

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 31.08.2026 10:26:59
Уникальный программный ключ:
40e1d729392b27c8c3c5e4145020da90ba799b43



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДЕНО

учёным советом

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

(протокол от 19.05.2026 N 10)

КОМПЛЕКТ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Терапия

**ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА ОРДИНАТУРЫ**

по специальности 31.08.49 Терапия

Разработчики: кафедра факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность в Университете
Урясьев Олег Михайлович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой факультетской терапии им. проф. В.Я. Гармаша
Панфилов Юрий Андреевич	к.м.н., доцент	Доцент кафедры факультетской терапии им. проф. В.Я. Гармаша

Рецензенты:

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность, организация
Юневич Денис Сергеевич	к.м.н.	Заместитель главного врача ГБОУ РО ОКБ
Аксентьев Сергей Брониславович	к.м.н.	Врач ГБОУ РО ОКБ

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
(протокол от 08.04.2026 N 9)

Одобрено учебно-методическим советом
(протокол от 23.04.2026 N 6)

1. Комплект оценочных материалов (далее – КОМ) предназначен для оценки планируемых результатов освоения рабочей программы дисциплины «Терапия».

1.1. КОМ включает задания для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

Код и наименование компетенции	Количество заданий закрытого типа	Количество заданий открытого типа
УК-1	15	41
УК-2	15	17
УК-3	16	16
УК-4	16	18
УК-5	16	18
ОПК-2	16	16
ОПК-3	18	15
ОПК-4	22	50
ОПК-5	19	46
ОПК-6	17	15
ОПК-7	19	24
ОПК-10	19	28
ПК-1	15	46
ПК-2	15	34
ПК-3	15	15
ПК-4	17	22
ПК-5	15	15
ПК-6	15	15
ПК-7	24	9

2. Задания всех типов, позволяющие осуществлять оценку всех компетенций, установленных рабочей программой дисциплины «Терапия».

Код и наименование компетенции	№ п/п	Формулировка задания
		Задания закрытого типа
ОПК-2, ОПК-5, ОПК-10	1.	Выберите диуретик, которому вы отдадите предпочтение при острой левожелудочковой недостаточности: а) диакарб; б) маннитол; в) фуросемид; г) верошпирон; д) гигротон;
ОПК-4, ОПК-5	2.	Лабораторная диагностика гепатита С осуществляется А. серологическим методом; Б. по анализу клинической симптоматики; В. молекулярно-биологическим методом; Г. серологическим и молекулярно-биологическим методами;
ОПК-4, ОПК-6, ОПК-5	3.	Уменьшение активности ренина плазмы характерно для: а) феохромоцитомы; б) реноваскулярной гипертензии; в) первичного гиперальдостеронизма; г) хронического гломерулонефрита;
ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5	4	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Бронходилатационный тест считается положительным А. если после ингаляции глюкокортикоидом коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 100 мл и более; Б. если после физической нагрузки коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более; В. если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 5%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более; Г. если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более;
УК-1, ОПК-10, ПК-1	5	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. У больного выслушивается побочный дыхательный шум, который не исчезает при покашливании и усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку: А. влажные хрипы; Б. шум трения плевры;

		В. крепитация; Г. сухие хрипы;
УК-1, УК-2, ОПК-6, ОПК-10, ПК-1	6	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Нормы гематокрита для женщин А. 28-33%; Б. 36-42 %; В. 40-48%; Г. 50-60%.
УК-1, УК-5, ПК-1	7	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Нормы гемоглобина для женщин А. 100-110 г/л; Б. 120-130 г/л; В. 150-160 г/л; Г. 90-100 г/л.
УК-1, УК-2, УК-5, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-4	8	Прочитайте текст и выберите несколько правильных ответов из предложенных. Возможные осложнения острого гломерулонефрита при развернутой клинической картине: почечная эклампсия острая почечная недостаточность инфекционно-токсический шок острая сердечная левожелудочковая недостаточность
УК-1, ПК-1	9	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Постепенное удлинение интервала PQ и периодическое выпадение комплекса QRST является признаком: А. АВ-блокады 1 степени Б. АВ-блокады 2 а степени В. АВ-блокады 2 б степени Г. АВ-блокады 3 степени
УК-1, ОПК-2, ОПК-6, ПК-1	10	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Какие изменения ЭКГ наиболее характерны для гипертрофической кардиомиопатии А. глубокие зубцы Q в отведениях V5-V6 Б. синдром WPW В. блокада правой ножки пучка Гиса Г. мерцательная аритмия Д. АВ блокада
УК-1, ПК-1	11	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных

		Дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т при гипертрофии левого желудочка вызвано: А. Очаговыми изменениями миокарда Б. Вторичными изменениями реполяризации вследствие гипертрофии В. Нарушениями сократительной функции
УК-1, УК-5, ОПК-2, ОПК-6, ПК-1, ОПК-10	12	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных При передне-перегородочном инфаркте миокарда характерные изменения ЭКГ отмечаются в А. V1-V3 Б. I, aVL В. II, III, aVF Г. V3-V4 Д. V5-V6
ОПК-5, ПК-2	13	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных К основному методу лечения сахарного диабета первого типа относят А. диетотерапию Б. фитотерапию В. режим физических нагрузок Г. заместительную терапию инсулином
ОПК-5, ПК-2	14	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Репаглинид относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса А. бигуанидов Б. производных сульфонилмочевины В. тиазолидиндионов Г. меглитинидов
УК-5, ОПК-5, ПК-2, ПК-3	15	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Для лечения ожирения используют ингибитор желудочно-кишечных липаз А. сибутрамин Б. изолипан В. орлистат Г. бисакодил
УК-4, ОПК-2, ПК-4, ПК-7	16	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных В очаге, где выявлен носитель дикого полиовируса, проводят мероприятия в отношении всех лиц, имевших с ним контакт, включающие ежедневное медицинское наблюдение в течение ____ дней, лабораторное обследование фекалий _____ А. 10; трёхкратно Б. 20; однократно В. 60; двукратно Г. 30; двукратно

УК-3, УК-4, ОПК-2, ПК-4	17	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных вич-инфекция передается _____ путем А. контактно-бытовым Б. парентеральным В. воздушно-капельным Г. трансмиссивным
УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-4	18	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Для клинической картины инфекционного мононуклеоза характерно наличие А. конъюнктивита, уретрита, артрита Б. конъюнктивита, фаринготонзилита, полилимфаденопатии, гепатоспленомегалии В. тонзиллита, регионарного лимфаденита Г. аденоидита, тонзиллита, полилимфаденопатии, гепатоспленомегалии
УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-3	19	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Экзантема при инфекционном мононуклеозе представлена сыпью А. розеолезно-петехиальной Б. папуло-везикулезной В. пятнисто-папулезной Г. геморрагической с некрозами
УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-3, ОПК-6, ОПК-10	20	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Типичные клинические проявления новой коронавирусной инфекции covid-19 включают А. одышку, непродуктивный кашель, заложенность в грудной клетке Б. сухой кашель, полимикробный лимфаденит, конъюнктивит В. высокую лихорадку, першение в ротоглотке, шейный лимфаденит Г. продуктивный кашель, рассеянные сухие хрипы, лимфаденопатию
ОПК-6, ПК-3, ПК-5, ПК-7	21	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных К ортезам относятся А. функциональные приспособления, изменяющие структурные и функциональные характеристики опорно-двигательного аппарата (шины, воротники, туторы, бандажи, пояса и т.д.) Б. давящие повязки для уменьшения отеков мягких тканей В. средства, используемые для облегчения передвижения (трости, костыли, ходунки) Г. циркулярные (сплошные) повязки, применяемые для иммобилизации конечности и туловища при переломах
ОПК-6, ПК-3	22	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных К приемам массажа при ревматоидном артрите в подострой стадии (при гипертонусе мышц и их болезненности) относят поглаживание, растирание и А. прерывистая вибрация Б. выжимание В. активное разминание

		Г. непрерывистую вибрацию
ОПК-6, УК-4, ПК-3	23	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных У больных артритами и артрозами на санаторном этапе реабилитации лечебная физкультура включает А. динамические упражнения в коленном суставе, баскетбол Б. изометрического напряжения мышц стопы и голени, подвижные игры В. динамические упражнения для пальцев стопы, волейбол Г. лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств, ходьбу
ОПК-10, ПК-4	24	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Возможной причиной легочной гипертензии является А. дивертикулез кишечника Б. синдром Пиквика В. пиелонефрит Г. язвенная болезнь
ПК-4	25	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных К возбудителям атипичных (интерстициальных) пневмоний относятся А. кишечная палочка, сальмонелла Б. хламидии, микоплазмы В. стафилококк, стрептококк Г. клебсиелла, синегнойная палочка
ОПК-4, ПК-3, ПК-1	26	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Ведущее место в диагностике центрального рака лёгкого занимает А. клинический анализ крови Б. рентгенография лёгких В. микроскопическое исследование мокроты Г. бронхоскопия с биопсией
УК-3, УК-4, ПК-4,	27	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Больной корью наиболее заразен в А. конце периода высыпания Б. периоде пигментации сыпи В. инкубационном периоде Г. катаральном периоде и на первые сутки появления сыпи
ПК-4	28	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Первичная репродукция вируса в организме инфицированных вирусом иммунодефицита человека происходит через _____ после заражения А. 2-3 недели Б. 7-10 дней В. 6-8 недель

		Г. 3-5 дней
УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1	29	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных К изменениям организма при старении относится А. увеличение продукции мелатонина шишковидной железой Б. понижение $\alpha 1$ -гликопротеина В. уменьшение уровня эстрогенов у женщин Г. развитие близорукости
УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1	30	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных синусовый узел находится в А. правом предсердии рядом с местом впадения верхней поллой вены Б. базальной части межпредсердной перегородки В. правом предсердии субэндокардиально в месте впадения коронарного синуса Г. левом предсердии в устье легочной вены
УК-1, ОПК-10, ПК-1	31	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных при аускультации сердца у больного с митральным стенозом можно выявить А. систолический шум на верхушке Б. ритм перепела В. диастолический шум на аорте Г. акцент II тона на аорте
УК-1, УК-5, УК-3, УК-4, ОПК-10, ПК-1	32	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных при диагностике ишемической болезни сердца положительным результатом нагрузочного теста является А. появление инверсии зубца Т Б. быстрая и косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм В. появление полной блокады левой ножки пучка Гиса Г. устойчивая горизонтальная и медленная косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм
УК-1, УК-5, ОПК-4, ПК-1	33	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Для болезни Рейтера в диагностике характерно А. повышение СОЭ Б. появление протеинурии В. наличие хламидийного уретрита Г. повышение ревматоидного фактора
УК-1, УК-5, ОПК-4, ПК-1	34	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных В дебюте ревматоидного артрита наиболее часто наблюдают поражение А. шейного отдела позвоночника Б. плечевых суставов В. коленных суставов Г. пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов

УК-1, УК-5, ОПК-4, ПК-1	35	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Выявление двустороннего сакроилеита второй стадии и выше характерно для А. реактивного артрита Б. диффузного идиопатического гиперостоза скелета (болезни Форестье) В. анкилозирующего спондилоартрита Г. псориатического артрита
УК-5, ПК-4	36	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных противовирусные антитела, как правило, появляются в сыворотке крови инфицированных вич через _____ после заражения А. 2-3 месяца Б. 1-2 года В. 2 недели Г. 3-4 недели
УК-4, УК-5, ПК-4,	37	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Основным способом профилактики гепатита дельта является А. пассивная иммунизация Б. иммунизация вакциной против гепатита дельта В. терапия хронического гепатита В Г. иммунизация рекомбинантной вакциной против гепатита В
УК-5, ОПК-3, ПК-4	38	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Основным, наиболее часто встречающимся фактором риска ХОБЛ, является А. инфекция Б. отягощенная наследственность В. вредное производство Г. табакокурение
УК-5, ОПК-5, ПК-2	39	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных При манифестном гипотиреозе показано назначение препаратов А. калия иодида в дозе 150 мкг/сут Б. калия иодида в индивидуальной дозе В. левотироксина в дозе 1,6 мкг/кг идеального веса Г. левотироксина в индивидуальной дозе
УК-5, ОПК-4	40	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных К системным васкулитам, повреждающим преимущественно крупные сосуды, относят А. артериит Такаясу Б. узелковый полиартериит В. пурпуру Шейнлейн-Геноха Г. гранулематоз с полиангиитом

УК-5, ОПК-4	41	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Поражением сердца, типичным для системной склеродермии, является А. абактериальный бородавчатый эндокардит Б. амилоидоз миокарда и клапанов В. фибринозный перикардит Г. продуктивный васкулит коронарных артерий
ОПК-4	42	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Изменение цвета мочи может быть обусловлено А. глюкозурией Б. белковой пищей В. характером потребляемой пищи, пищевыми красителями Г. бактериурией
УК-5, ОПК-4, ОПК-10	43	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных К основному (главному) диагностическому критерию нефротического синдрома относят А. суточную протеинурию более 3,5 г Б. массивные отеки В. удельный вес мочи менее 1010 Г. снижение диуреза до степени олигурии
ОПК-5, ПК-2	44	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Антибактериальным препаратом первой линии в лечении внутрибольничной пневмонии является А. кларитромицин Б. ципрофлоксацин В. левофлоксацин Г. меропенем
ОПК-5, ОПК-10, ПК-2	45	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Критерием госпитализации больного с внебольничной пневмонией является А. верхнедолевая локализация поражения Б. фебрильная лихорадка в течение 3 дней В. нестабильная гемодинамика Г. выявленный лейкоцитоз $10 \cdot 10^9/\text{л}$
УК-4, ПК-6, ОПК-3, ОПК-7, ПК-5, ПК-6, ПК-7	46	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении А не формируется (не выдается) Б формируется (выдается) на 7 дней В формируется (выдается) на 10 дней Г формируется (выдается) на 3 дня
УК-3, УК-4, ОПК-3,	47	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных

ОПК-7, ПК-5, ПК-6, ПК-7		Продление листка нетрудоспособности на срок более 15 дней осуществляет А) врачебная комиссия Б) заместитель главного врача по клинко-экспертной работе В) главный врач Г) заведующий отделением
ОПК-3, ОПК-7, ПК-5, ПК-6, ПК-7	48	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования А) детям-инвалидам Б) инвалидам I группы В) инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами Г) инвалидам по профессиональному заболеванию
ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-5	49	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Диетические мероприятия при остром гломерулонефрите включают А) увеличение количества потребляемой жидкости Б) увеличение потребления хлорида натрия В) ограничение потребления хлорида натрия до 1-2 г/сут Г) повышение потребления калий-содержащих продуктов
ОПК-5, ПК-2	50	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных При гиперкинетическом типе дисфункции желчного пузыря в питании следует резко ограничить А) капусту Б) гречневую крупу В) пшеничные отруби Г) растительные масла
ОПК-4, ПК-5	51	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Клинической симптоматикой компенсированной митральной недостаточности выступает А) сердечный толчок, одышка, отеки, увеличение печени Б) усиление I тона, появление щелчка открытия митрального клапана, диастолический шум на верхушке сердца В) бледность кожи, систолический шум во 2 межреберье справа Г) ослабление I тона, систолический шум на верхушке
ОПК-6, ОПК-7, ПК-3	52	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных К отличительным особенностям процедуры лечебной гимнастики при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей 1-2 стадии относят А) частую смену исходных положений Б) редкую смену исходных положений В) занятия только в исходном положении сидя Г) занятия только в исходном положении лежа
УК-3, УК-4, ОПК-3,	53	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных

ОПК-6, ОПК-7, ПК-3, ПК-6, ПК-7		К медицинским группам для занятий физкультурой лиц среднего и пожилого возраста относятся _____ группы А) основная, подготовительная, специальная Б) щадящего, щадяще-тренирующего, тренирующего режима В) корригирующей гимнастики Г) подготовительная, основная, по лечебной физкультуре
ОПК-4, ОПК-10	54	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Гипокалиемия может наблюдаться при А) феохромоцитоме Б) реноваскулярной гипертензии В) ренопаренхиматозной гипертензии Г) синдроме Кона
ОПК-4, ПК-5	55	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Концентрация гликированного гемоглобина отражает средний уровень гликемии за А) 6 недель Б) 3 месяца В) 3 недели Г) 6 месяцев
ОПК-4, ПК-5	56	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных На наличие холестаза указывает А) повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина Б) снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена В) увеличение амилазы, общего белка, креатинина Г) повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы
ОПК-5, ПК-2	57	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Пациентам с асцитом на фоне цирроза печени рекомендованы бессолевая диета, прием А) гормональных препаратов Б) диуретиков В) кишечных антисептиков Г) системных антибактериальных препаратов
ОПК-3, ОПК-7, ПК-6, ПК-7	58	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Временной утратой трудоспособности является состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду А) носят временный, обратимый характер Б) требуют смены трудовой деятельности В) приняли частично обратимый характер Г) приняли стойкий необратимый характер
ОПК-3, ПК-4, ПК-	59	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных

7		Показателем оценки первичной профилактики является А) динамика инвалидности Б) увеличение доли здоровых лиц в популяции В) частота снижения острых заболеваний Г) динамика первичной заболеваемости
ПК-4, ПК-7	60	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Пациент с циррозом печени класса А по чайлду в исходе хронического гепатита с после успешного противовирусного лечения с устойчивым вирусологическим ответом более года нуждается в диспансерном наблюдении для контроля за возможностью А) развития гепатоцеллюлярного рака Б) развития HCV индуцированного гломерулонефрита В) прогрессирования цирроза печени в связи с сохранением латентной инфекции Г) развития HCV – ассоциированной криоглобулинемии
УК-3, УК-4, ПК-4, ПК-7	61	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Диспансерные приемы врачом-терапевтом пациентов с эзофагитом осуществляются в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в (в месяцах) А) 3 Б) 6 В) 18 Г) 12
УК-3, УК-4, ОПК-3, ОПК-2, ПК-4, ПК-7	62	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Диспансерное наблюдение медицинский работник должен осуществлять с учетом стандартов медицинской помощи и на основе А) клинических рекомендаций Б) национальных руководств В) методических рекомендаций Г) положений приказа 404н
ОПК-5, ПК-2	63	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Препаратами, обладающими выраженными ангиопротективными и антиатеросклеротическими свойствами, являются А) β -адреноблокаторы Б) диуретики В) антагонисты кальция Г) α -адреноблокаторы
ПК-2, ПК-5	64	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Если причиной инфекционного эндокардита являются грамм-отрицательные бактерии, то следует назначить А) гентамицин и /или ампициллин Б) амфотерицин В

		В) тетрациклины Г) пенициллин со стрептомицином
ПК-2, ПК-5	65	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Противопоказанием к назначению сартанов является А) подагра Б) беременность В) сахарный диабет Г) инсульт в анамнез
УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7	66	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Лицам в возрасте от 18 до 39 лет диспансеризация проводится А) 1 раз в 3 года Б) ежегодно В) 1 раз в 2 года Г) 1 раз в 4 года
УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-7, ПК-4, ПК-7	67	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Задачей врача-терапевта при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения является А) формирование пакета учетно-отчетных документов по профилактическому медицинскому осмотру Б) составление плана проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на текущий год В) прием и осмотр граждан по результатам профилактического медицинского осмотра, первого и второго этапов диспансеризации Г) инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию
УК-1, ОПК-4, ОПК-10, ПК-1	68	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Биомаркером поражения миокарда у пациентов с новой коронавирусной инфекцией covid-19 является А) D-димер Б) С-реактивный белок В) миоглобин Г) тропонин
ОПК-10	69	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Типичным осложнением новой коронавирусной инфекции covid-19 является А) острый респираторный дистресс-синдром Б) гнойный менингоэнцефалит В) острая почечно-печеночная недостаточность Г) сепсис
ПК-2, ПК-5	70	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Лечение аутоиммунной гемолитической анемии следует начинать с назначения А) проведения гемотрансфузий

		Б) спленэктомии В) иммунодепрессантов Г) глюкокортикостероидов
ПК-2	71	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Больному с пернициозной анемией необходимо назначить А) витамины В, С Б) витамин В12 внутримышечно В) препараты железа Г) гемотрансфузии
ОПК-3, ОПК-10, ПК-2	72	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Показанием для парентерального введения препаратов железа является А) планируемое оперативное лечение миомы матки Б) язвенная болезнь желудка в стадии обострения В) язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии Г) повторная беременность
ОПК-3, ОПК-4	73	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Одышка с первых дней болезни, боли в грудной клетке, скудные физикальные данные наиболее характерны для А) туберкулеза легких Б) микоплазменной пневмонии В) пневмоцистной пневмонии Г) стафилококковой пневмонии
ПК-2, ПК-5	74	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных В рекомендованных схемах лечения covid-19 в амбулаторных условиях пероральные антикоагулянты назначаются вплоть до (в днях) А) 7 Б) 45 В) 30 Г) 14
УК-2, УК-3, ПК-7, ОПК-3, ПК-7	75	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных В российской федерации обязанность по хранению медицинской документации возложена на А) страховую компанию Б) медицинскую организацию В) территориальный фонд обязательного медицинского страхования Г) пациента
УК-3, ПК-5, ПК-7, ОПК-10, ПК-7	76	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Срок ожидания медицинской помощи при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме составляет не более _____ часов с момента обращения

		А) 5 Б) 2 В) 4 Г) 6
ОПК-4	77	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Заболеванием, сопровождающимся вторичным эритроцитозом, является А) первичный миелофиброз Б) гипернефрома В) хронический миелолейкоз Г) истинная полицитемия
ОПК-4	78	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Повышение уровня эритроцитов может наблюдаться при А) остром пиелонефрите Б) хронической обструктивной болезни легких В) стенокардии напряжения Г) сепсисе
ОПК-4, ОПК-10, ПК-7	79	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных Внешний механизм свертывания крови отражает показатель А) АКТ Б) АЧТВ В) протромбиновое время Г) уровень фибриногена
УК-3, УК-4, ПК-4, ОПК-2, ПК-7	80	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных В учреждениях общей медицинской сети к противотуберкулезным мероприятиям относят А) выявление больных туберкулезом среди населения Б) проведение специфической профилактики туберкулеза В) проведение дифференциальной диагностики туберкулеза у пациентов Г) лечение и наблюдение больных туберкулезом
ОПК-3, УК-4, ПК-4	81	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. К педагогическим методам, используемым врачом для обучения пациента, относится: А) назначение лекарственной терапии Б) мотивационное консультирование В) проведение инструментального обследования Г) заполнение медицинской документации
ОПК-3, ОПК-7, УК-3, ПК-1	82	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Какой метод обучения наиболее эффективен для передачи клинического опыта ординатору в сложных диагностических случаях?

		А) лекция Б) разбор клинического случая В) инструктаж Г) тестирование
ОПК-6, ОПК-7, ОПК-5, ПК-3, ПК-6	83	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Какой режим двигательной активности соответствует методам кинезотерапии на полупостельном режиме? А) Дыхательные упражнения, упражнения на малые мышечные группы, ходьба около кровати Б) Дыхательные упражнения, упражнения на малые и средние мышечные группы, ходьба по палате В) Упражнения на средние и большие мышечные группы, ходьба по коридору, подъем по лестнице на 1 этаж Г) Упражнения на все мышечные группы, ходьба в течение 30-40 минут
ОПК-6, ОПК-7, ОПК-5, ПК-3	84	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Какой компонент реабилитации направлен на предотвращение контрактур у пациентов с длительной неподвижностью? А) Пассивные движения в суставах Б) Активные изометрические упражнения В) Дыхательные упражнения Г) Психологическая поддержка
ОПК-6, ОПК-7, ОПК-4, ПК-3	85	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Какой метод реабилитации используется для улучшения глотания у пациентов с бульбарными нарушениями после инсульта? А) Дыхательная гимнастика Б) Логопедические упражнения В) Лечебный массаж Г) Физиотерапия
ОПК-6, ОПК-7, ОПК-5, ПК-3, ПК-6	86	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Какой метод медицинской реабилитации показан для уменьшения спастичности у пациентов с последствиями поражения центральной нервной системы? А) Применение тепловых процедур Б) Ботулинотерапия В) Магнитотерапия Г) Ультразвуковая терапия
ОПК-6, ОПК-7, ОПК-4, ОПК-5, ПК-3	87	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Критерием эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа является: А) Достижение целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA _{1c}) Б) Увеличение холестерина липопротеидов низкой плотности В) Появление диабетической ретинопатии Г) Увеличение креатинина
ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ОПК-2,	88	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Критерием эффективности специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения в части медицинской реабилитации является:

ПК-3		А) Использование рефлексотерапии в реабилитации Б) Использование методов физиотерапии в реабилитации В) Медицинская реабилитация начата не позднее 48 часов от момента поступления в стационар Г) Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее чем на 3 балла за время пребывания в стационаре
ОПК-6, ОПК-7, ОПК-4, ОПК-5, ПК-3	89	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Какой тест используется для оценки толерантности пациента к физической нагрузке в кардиологической реабилитации? А) Проба Штанге Б) Тест 6-минутной ходьбы В) Ортостатическая проба Г) Проба Мартине
ОПК-6, ОПК-7, ОПК-4, ОПК-2, ПК-3	90	Прочитайте текст и выберите один правильный ответ из предложенных. Что понимают под реабилитационным диагнозом? А) Диагноз, сформулированный по МКБ-10 Б) Диагноз, учитывающий функциональные возможности сердечно-сосудистой системы В) Диагноз, учитывающий резервные возможности пациента с учетом функциональных, клинических, возрастных, интеллектуальных и образовательных возможностей Г) Диагноз, сформулированный в категориях Международной классификации функционирования (МКФ)
УК-3, ОПК-7, ПК-6, ПК-7	91	На какой максимальный срок лечащий врач имеет право единолично выдать листок нетрудоспособности (без решения врачебной комиссии)? А) 10 календарных дней Б) 15 календарных дней В) 30 календарных дней Г) Срок не ограничен
УК-3, ОПК-2, ОПК-7, ПК-6,	92	Вопрос: Каким нормативным документом в Российской Федерации регулируется порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации? А) Федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» Б) Приказ Минздрава России от 10.04.2025 № 180н В) Постановление Правительства РФ № 608 Г) Приказ Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н
УК-3, ОПК-7, ОПК-2, ПК-2, ПК-6	93	Какие из перечисленных функций относятся к компетенции врачебной комиссии медицинской организации? А) Назначение лекарственных препаратов, не входящих в стандарт медицинской помощи Б) Проведение плановых профилактических осмотров В) Выдача рецептов на льготные лекарственные препараты Г) Проведение диспансеризации населения

УК-3, ОПК-7, ПК-6, ПК-7	94	При каком условии листок нетрудоспособности направляется на рассмотрение врачебной комиссии для решения вопроса о его обоснованности? А) При каждом случае выдачи листка Б) При выдаче листка на срок более 15 дней В) При выдаче листка по уходу за больным членом семьи Г) При выдаче 4-го и более листка за последние 6 месяцев
УК-3, ОПК-2, ПК-6, ПК-7	95	Какое должностное лицо возглавляет врачебную комиссию медицинской организации? А) Главный врач медицинской организации Б) Заведующий терапевтическим отделением В) Заместитель главного врача по медицинской части Г) Руководитель медицинской организации
УК-3, ОПК-2, ПК-6, ПК-7	96	Какое из перечисленных правомочий не входит в компетенцию врачебной комиссии? А) Принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации Б) Определение трудоспособности граждан В) Выдача листка нетрудоспособности на срок до 15 календарных дней Г) Оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий
УК-4, ОПК-7, ПК-7, ПК-6	97	В какой срок после подтверждения восстановления трудоспособности пациента лечащий врач должен закрыть листок нетрудоспособности при использовании телемедицинских технологий? А) Немедленно в день обращения Б) В течение 3 рабочих дней В) В порядке, установленном приказом Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н Г) Только после очного осмотра
УК-3, ОПК-7, ОПК-2, ПК-6	98	Какие категории медицинских работников не имеют права выдавать листок нетрудоспособности? А) Врачи общей практики Б) Врачи специализированных отделений В) Врачи структурных подразделений скорой медицинской помощи Г) Врачи, имеющие стаж работы менее 5 лет
УК-1, ОПК-2, ОПК-7, ПК-6, ПК-7	99	Каким нормативным актом установлены ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах? А) Приказом Минздрава России от 10.04.2025 № 180н Б) Ориентировочными сроками, утвержденными Минздравом России совместно с ФСС РФ В) Федеральным законом № 323-ФЗ Г) Постановлением Правительства РФ № 608

Код и наименование компетенции	№ п/п	Формулировка задания	Эталон ответа
		Задания открытого типа	
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5	1	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. На верхушке сердца выслушивается усиленный хлопающий первый тон, пресистолический шум, который проводится до точки Боткина. Задания: 1. Когда может быть подобная аускультативная симптоматика? 2. Что может быть со вторым тоном? 3. Свойства пульса? 4. Какие симптомы можно выявить при пальпации сердца? 5. Что можно выявить методом перкуссии?	Описана симптоматика стеноза митрального отверстия. 2. II тон над лёгочной артерией усилен, иногда расщеплён. 3. Пульс небольшого наполнения - pulsusparvus. 4. Пальпаторно выявляется симптом диастолического дрожания грудной клетки - «кошачье мурлыканье» в области верхушки сердца. 5. Перкуторно выявляется смещение границ относительной тупости сердца вверх и вправо.
УК-1, УК-4, ПК-1, ОПК-4, ОПК-10	2	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. Больная 50 лет обратился в поликлинику. Из анамнеза: в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приема Нитроглицерина. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 62 удара в минуту. ЭКГ в покое без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. Во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом скорой помощи, были зарегистрированы подъём сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет у больной отмечается повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст. при оптимальном АД для больной 130/80 мм рт. ст. Отец умер внезапно в возрасте 57 лет, мать страдает артериальной гипертензией и ИБС. Больная курит до 20 сигарет в день в течение 25 лет. Задания: 1. Выделите ведущие синдромы (объясните	1. Синдром стенокардии (типичный болевой синдром). 2. Данный синдром поставлен на основании жалоб на боли по ночам в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приёма Нитроглицерина; данных анамнеза: во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом «скорой помощи», были зарегистрированы подъём сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени.

		патофизиологические механизмы их возникновения). 2. Обоснуйте свои заключения.	
УК-1, УК-2, УК-5, ПК-1, ПК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	3	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. У больного 65 лет, в течение 20 лет страдающего гипертонической болезнью и не принимающего гипотензивных препаратов, АД держится на уровне 150- 160/102-108ммрт.ст. Жалоб нет, больной утверждает, что это его «рабочее давление». При осмотре: верхушечный толчок расположен по срединно-ключичной линии, напряженный, твердый разлитой. АД в момент обследования 160/100 мм рт. ст. Задания: 1. Назовите степень гипертонической болезни по уровню АД? 2. Какие изменения можно выявить при перкуссии больного? 3. Какие изменения можно выявить при аускультации больного? 4. Какие изменения можно выявить на ЭКГ? 5. Существует ли понятие «рабочего давления» и надо ли этому больному принимать гипотензивные препараты?	1. Гипертоническая болезнь, 2 степень. 2. Расширение границ относительной тупости сердца влево за счет дилатации левого желудочка. 3. Ослабление I тона сердца в 1 точке за счет уменьшения скорости сокращения гипертрофированного левого желудочка. Акцент II тона на аорте за счет повышения уровня АД и увеличения скорости захлопывания створок клапана. 4. Признаки гипертрофии левого желудочка. 5. Нет. Лечение гипертонической болезни необходимо. 1. Гипертоническая болезнь, 2 степень. 2. Расширение границ относительной тупости сердца влево за счет дилатации левого желудочка. 3. Ослабление I тона сердца в 1 точке за счет уменьшения скорости сокращения гипертрофированного левого желудочка. Акцент II тона на аорте за счет повышения уровня АД и увеличения скорости захлопывания створок клапана. 4. Признаки гипертрофии левого желудочка. 5. Нет. Лечение гипертонической болезни необходимо.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5	4	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. Больная П., 56 лет, жалуется на чувство тяжести и тошноты в подложечной области через 2-3 часа после приема пищи, отрыжку воздухом. Аппетит понижен. При объективном обследовании обнаружено вздутие в подложечной области, особенно после еды, когда начинается контурироваться желудок. При пальпации определяется шум плеска в области желудка спустя 6 -7 часов после приема пищи. Задания: 1. Какую патологию можно заподозрить у данного больного? 2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?	1. У данного больного можно заподозрить стеноз привратника - осложнение язвенной болезни (язва пилорического отдела желудка) 2. Для уточнения диагноза необходимо назначить исследование секреторной функции желудка, исследование кала на скрытую кровь наряду с клиническими анализами крови и мочи. Фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) с прицельной биопсией в т. ч. для микробиологического исследования рентгеноскопию желудка, кровь на ИФА на хеликобактерии
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5	5	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением.	1. Врач должен подумать об атрофическом гастрите в фазе обострения.

		Больного П., 45 лет, беспокоит отрыжка воздухом, иногда - тухлыми яйцами, тошнота, ощущение тяжести в подложечной области. Объективно: в области желудка разлитая нерезкая болезненность. При фракционном исследовании желудочного сока обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты во всех порциях, резко понижена общая кислотность. После введения гистамина кислотность не увеличилась. Секреторная функция желудка понижена (реакция с дифениламином увеличена). Задания: 1. О каком заболевании мог подумать врач? 2. Какие еще исследования можно провести для уточнения диагноза?	2. Для подтверждения диагноза необходимо провести фиброгастроскопию с биопсией
УК-1, ПК-1, ОПК-4	6	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. Жалобы пациента: кашель со слизисто-гнойной мокротой, инспираторная одышка, повышение температуры до фебрильных цифр. Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Пальпация: голосовое дрожание усилено. Перкуссия: притупление перкуторного звука. Перкуторно границы легких не изменены. Ограничение подвижности нижнего края правого легкого при экскурсии легких. Задания: 1. Укажите цели топографической перкуссии. 2. В каких случаях определяется смещение верхних границ легких вверх и увеличение полей Кренига? 3. Чем определяется степень притупления перкуторного звука? 4. Где отмечается граница легкого при задержке дыхания на высоте глубокого вдоха?	1. Определение границ и экскурсии легких. 2. При эмфиземе легких, в моменты приступа бронхиальной астмы. 3. Степень притупления перкуторного звука зависит от степени преобладания плотной среды над воздушной и от объема изменений легочной паренхимы. 4. Граница легкого отмечается по краю пальца – плессиметра, обращенному к легочному звуку.
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5	7	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. На верхушке сердца - ослабленный первый тон, имеется акцент и расщепление второго тона на легочной артерии, на верхушке сердца выслушивается систолический шум с распространением в левую подмышечную область. Задания: 1. Для какого поражения сердца или сосудов характерна описанная симптоматика?	1. Описанная симптоматика характерна для недостаточности митрального клапана. 2. При пальпации верхушечный толчок смещён влево. Перкуторно границы относительной тупости также увеличены влево. 3. Дополнительно необходимо провести: ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенографию сердца с контрастированием пищевода.

		2. Что можно выявить методом пальпации и перкуссии сердца? 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?	
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	8	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. Больной Ц., 42 лет, поступил с жалобами на увеличение живота, одышку, отеки на нижних конечностях и в области поясницы. В 20-летнем возрасте перенес болезнь Боткина. Неоднократно лечился в стационаре. При осмотре: больной истощен, кожные покровы слегка желтушны, отеки на нижних конечностях, в области поясницы, живот резко увеличен в размерах, на боковых поверхностях видна расширенная венозная сеть. При пальпации определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, поверхность ее бугристая. Перкуторно в вертикальном положении больного – тупой звук ниже пупка. Задания: 1. О каком заболевании Вы думаете? 2. Каким способом можно выявить наличие жидкости в брюшной полости? 3. Назовите нормальные размеры печени по Курлову? 4. Чем вызвано выраженное истощение больного, наличие отеков на ногах, в области поясницы?	1. Цирроз печени. 2. Методом флюктуации, методом перкуссии. 3. 9-8-7 см. 4. Нарушением белковообразующей функции печени.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	9	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. Больной предъявляет жалобы на приступы удушья, преимущественно в ночное время, периодически кашель с отделением слизистой мокроты. При осмотре наблюдается диффузный цианоз, набухание шейных вен. При топографической перкуссии высота стояния верхушек спереди составила 5,5 см от верхнего края ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 6 шейного позвонка. Нижние границы легких опущены на одно ребро. При аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы. Задания: 1. О каком заболевании идет речь? 2. Какой тип грудной клетки можно ожидать? 3. Какой основной дыхательный шум будет выслушиваться?	1. Бронхиальная астма. 2. Бочкообразная грудная клетка. 3. Ослабленное везикулярное дыхание 4. Это связано с повышением тонуса парасимпатической нервной системы. 5. Снижение показателей бронхиальной проходимости (тест Тиффно, ОФВ1, ФЖЕЛ), МВЛ, при неизменной или умеренно сниженной ЖЕЛ.

		4. Почему приступы удушья возникают в ночное время? 5. Как изменятся показатели функции внешнего дыхания?	
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-10	10	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. Больной 48 лет жалуется на боли в эпигастральной области, слабость. Ранее боли в животе не беспокоили. На ЭКГ зубец Q в отведениях I, AVF увеличен; сегмент S-T в отведениях III, AVF приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент S-T в отведениях V1-V3 ниже изолинии; в отведении V2 - высокий, остроконечный зубец T. Задание: дайте заключение: 1. инфаркт передней стенки левого желудочка; 2. инфаркт задней нижней стенки левого желудочка; 3. остро возникшее ущемление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; 4. инфаркт межжелудочковой перегородки;	2. инфаркт задней нижней стенки левого желудочка
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4	11	Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. В приемное отделение стационара бригадами СМП доставлено двое пациентов с болями в грудной клетке, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Один из них – больной М. 45 лет впервые в жизни почувствовал слабость, тяжесть в левой половине грудной клетки после интенсивной физической работы (копал колодец). Другой пациент – К. 38 лет после съемки ЭКГ в поликлинике, куда обратился в связи с жалобами на периодические колющие боли в левой половине грудной клетки во время ходьбы и в покое. ЭКГ №1	1. а) ЭКГ №1 больного К., ЭКГ №2 больного М. 2. На рис. 1 — ЭКГ №1 пациента К. синусовый ритм, угол $\alpha = -40^\circ$. Имеет место выраженный асинхронизм процессов деполяризации (высокая амплитуда зубцов R в отведениях I, aVL, V4-6) и реполяризации (глубокие (–) T и косонисходящая депрессия сегмента ST в отведениях I, aVL, V4-V6 от 1 до 4мм). Наиболее вероятно данные изменения обусловлены асимметричной ГЛЖ. Жалобы, предъявляемые пациентом, носят неспецифический характер. 3. На рис.2 — ЭКГ №2 пациента М. Ритм синусовый, угол $\alpha = +30$ Вероятнее, выраженные изменения реполяризации в I и aVL – прямые признаки ишемии, в III и AVF отведениях — реципрокные. Асинхронизма де- и реполяризации нет – на ЭКГ крайне низкоамплитудные зубцы r. По сравнению с ЭКГ пациента К., r в отведениях с глубокими отрицательными T явно «проигрывают». Данные изменения реполяризации характерны для

	ЭКГ №2. Задание: I. Какая из ЭКГ принадлежит больному М., а какая пациенту К.? Выбрать правильный вариант ответа: а) ЭКГ №1 больного К., ЭКГ №2 больного М. б) ЭКГ №1 больного М., ЭКГ №2 больного К. в) Обе ЭКГ свидетельствуют об одном и том же явлении и могут принадлежать как больному М., так и пациенту К. 2. Расшифруйте ЭКГ №1 3. Расшифруйте ЭКГ №2	субэндокардиального не Q-ИМ. В пользу диагноза ИМ также выступают и ангинозные боли и анамнез заболевания.
	Решите ситуационную задачу Женщина 62 лет с болями в костях, анемией, СОЭ 60 мм/ч, протеинурией 1,85 г/л и гиперпротеинемией (140 г/л). На рентгене — остеопороз и дефекты округлой формы. Диагноз? Дайте на вопросы развернутый ответ:	Диагноз: Множественная миелома (миеломная болезнь). Обоснование: Классическая триада: 1) Поражение костей (дефекты, остеопороз), 2) Анемия и высокая СОЭ (опухолевая интоксикация), 3) Высокий уровень общего белка за счет парапротеинов (гамма-патия). Подтверждение: Электрофорез белков сыворотки/мочи для выявления моноклонального пика (М-градиент);

			трепанобиопсия костного мозга для определения процента плазматических клеток .
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5,	12	Решите ситуационную задачу У 60-летнего мужчины с язвой желудка размером 2,5 см на рентгене выявлены неровные края, асимметричный вал. Дайте на вопросы развернутый ответ: Какова ваша тактика?	Оценка: Данные признаки подозрительны на злокачественный характер язвы (ранний признак рака желудка). Тактика: Экстренная ЭГДС с множественной биопсией (не менее 5-6 фрагментов) из края и дна язвы. Биопсийный материал направляется на гистологическое исследование. Дополнительно: эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) для оценки глубины инвазии, если позволит состояние пациента. Лечение зависит от результата гистологии (эрадикационная терапия, если аденокарцинома не подтверждена, или онкологическое вмешательство)
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5,	13	Решите ситуационную задачу Мужчина 26 лет с пневмонией и выпотом в плевральную полость (тупость справа до 7-го ребра, ослабленное дыхание). Дайте на вопросы развернутый ответ: что необходимо сделать для верификации выпота?	Обязательно: Плевральная пункция (под УЗИ-навигацией) с исследованием пунктата: цитология (для исключения опухоли), биохимия (белок, ЛДГ для идентификации экссудата/транссудата по критериям Лайта), бактериоскопия/посев на флору с определением чувствительности к антибиотикам. Дополнительно: КТ грудной клетки для оценки состояния легочной ткани и плевры. Анализ крови на прокальцитонин (для бактериальной этиологии)
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5,	14	Решите ситуационную задачу Больной 46 лет с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи, слабость. При ректороманоскопии — контактная кровоточивость, отек, эрозии и язвы. Дайте на вопросы развернутый ответ: предположительный диагноз?	Диагноз: Неспецифический язвенный колит (НЯК). Обоснование: Характерная эндоскопическая картина: кровоточивость, эрозии, язвы на фоне отека слизистой, исчезновение сосудистого рисунка. Дополнительно: для исключения инфекционного колита — бактериологический посев кала, при длительном течении — колоноскопия с биопсией для гистологического подтверждения и исключения болезни Крона
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4,	15	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Назовите методы лабораторной диагностики бронхиальной астмы.	Общий анализ крови. У 60-70% больных диагностируется эозинофилия (более 4%). Величина эозинофилии коррелирует с тяжестью заболевания Микроскопическое исследование мокроты. Выявление эозинофилов, кристаллов Шарко-Лейдена и спиралей

			Куршмана. Кожные пробы с экстрактами аллергенов. Позволяет выявить чувствительность к аллергенам. Уровень IgE в крови. Превышение уровня IgE говорит об атопическом характере БА.
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5	16	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Какова этиология пневмонии?	Перечень потенциальных возбудителей внебольничной пневмонии включает более 100 микроорганизмов (бактерии, вирусы, грибы, простейшие). Однако большинство случаев заболевания ассоциируется с относительно небольшим кругом патогенов, к которым относят <i>Streptococcus pneumoniae</i> (пневмококк), <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (респираторная микоплазма), <i>Chlamydia pneumoniae</i> (респираторная хламидия), <i>Haemophilus influenzae</i> (гемофильная палочка), респираторные вирусы, энтеробактерии, <i>Staphylococcus aureus</i> (золотистый стафилококк) и <i>Legionella pneumophila</i> (легионелла), синегнойная палочка. Внебольничная пневмония помимо бактериальных возбудителей могут вызывать респираторные вирусы, наиболее часто вирусы гриппа, коронавирусы, риносинцитиальный вирус. Иногда пневмонию вызывают простейшие и грибы (наиболее актуально для больных ВИЧ).
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4,	17	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Назовите критерии диагноза внебольничной пневмонии.	Диагноз внебольничной пневмонии является определенным при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков из числа следующих: 1. Остро возникшая лихорадка в начале заболевания (температура тела более 38,0°C); 2. Кашель с мокротой; 3. Физикальные признаки (фокус крепитации/мелкопузырчатых хрипов, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука); 4. Лейкоцитоз более 10х10⁹/л и/или палочкоядерный сдвиг влево лейкоцитарной формулы.
УК-1, ПК-1,	18	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ.	Под хроническим легочным сердцем (ХЛС) понимают

ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7		Дайте определение хронического легочного сердца?	гипертрофию правого желудочка (ПЖ), или сочетание гипертрофии с дилатацией и/или правожелудочковой сердечной недостаточностью (ПЖН) вследствие заболеваний, первично поражающих функции или структуру легких, или то и другое одновременно, и не связанных с первичной недостаточностью левых отделов сердца или врожденными и приобретенными пороками сердца. ХЛС предлагается рассматривать как легочную гипертензию в сочетании с гипертрофией, дилатацией правого желудочка, дисфункцией обоих желудочков сердца, связанных с первично возникающими структурными и функциональными изменениями в легких.
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	19	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Какова этиология хронического легочного сердца?	Поскольку хроническое легочное сердце (ХЛС) – это состояние, возникающее вторично и являющееся по существу осложнением целого ряда заболеваний органов дыхания, в соответствии с первичными причинами принято выделять следующие типы ХЛС: Бронхолегочный: Причина – заболевания, поражающие воздухоносные пути и альвеолы: Обструктивные заболевания (хроническая обструктивная болезнь легких, первичная эмфизема легких, бронхиальная астма тяжелого течения со значительно выраженной необратимой обструкцией) Заболевания, протекающие с выраженным фиброзом легких (туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, пневмокониозы, повторные пневмонии, радиационное поражение) Интерстициальные заболевания легких (идиопатический фиброзирующий альвеолит, саркоидоз легких и др.), коллагенозы, карциноматоз легких. 2. Торакодифрагмальный: Причина – заболевания, поражающие грудную клетку (кости, мышцы, плевру) и влияющие на подвижность грудной клетки:

			Кифосколиоз Болезнь Бехтерева Ревматоидный артрит Парезы диафрагмы Торакопластика Плевральный фиброз (обширные плевральные шварты) Ожирение (синдром Пиквика) Полиомиелит, миастения 3. Васкулярный: Причина – заболевания, поражающие сосудистое русло легких: Первичная легочная гипертензия Тромбоэмболия легочной артерии Узелковый периартериит Первичный легочный тромбоз Сдавление легочной артерии (опухолью, аневризмой).
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4,	20	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Назовите прямые признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ.	Прямые признаки гипертрофии правого желудочка - Увеличение вольтажа комплекса QRS: - Высокий зубец R в отведениях III, AVF, V1 и V2. Высокий зубец R в этих отведениях – обычно показатель очень резкой гипертрофии ПЖ - Глубокий зубец S в I отведении и выраженные зубцы S в левых грудных отведениях, неглубокие S в отведениях V1-V2, вплоть до исчезновения. При этом соотношение R/S в отведении V1>1, а R/S в отведении V5<1. - Убедительными критериями гипертрофии ПЖ считаются следующие показатели: RV1>7мм, SV1<2мм, RV1+SV6>10,5мм (показатели Соколова-Лайона). - Изменение реполяризации: - Смещение вниз сегмента ST (в сторону, противоположную высокому зубцу R) в отведениях V1, V2, III, AVF, переходящее в ассиметричные, отрицательные или двухфазные T - В отведениях, где регистрируется глубокий S, может быть небольшой подъем сегмента ST - Нарушение деполяризации:

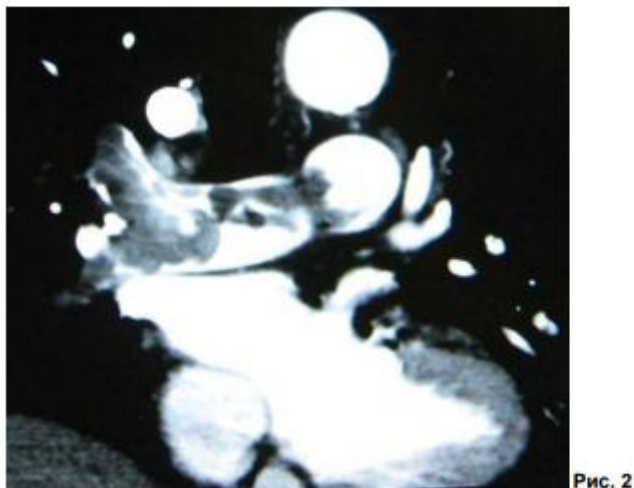
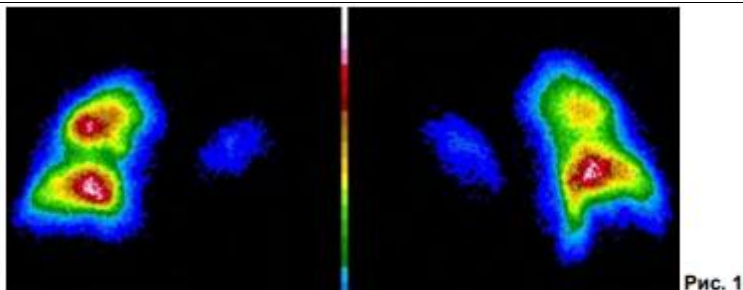
			- Изменение формы комплекса QRS в отведении V1 - Увеличение времени внутреннего отклонения в правых грудных отведениях V1, V2 > 0,035 с.																
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	21	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Какова этиология артериальной гипертензии?	Этиология АГ остается не до конца выясненной, но выявлен ряд факторов, тесно и независимо связанных с повышением АД: возраст – увеличение возраста ассоциировано с повышением частоты АГ и уровня АД (прежде всего систолического); избыточная масса тела и ожирение способствуют повышению АД; наследственная предрасположенность – повышение АД встречается приблизительно в 2 раза чаще среди лиц, у которых один или оба родителя имели АГ. Эпидемиологические исследования показали, что около 30% вариаций АД в различных популяциях обусловлены генетическими факторами; избыточное потребление натрия (>5 г/день); злоупотребление алкоголем; гиподинамия.																
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	22	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Представьте степени артериальной гипертензии.	<table><tr><td>Категория АД</td><td>САД (мм рт. ст.)</td></tr><tr><td>Оптимальное</td><td><120</td></tr><tr><td>Нормальное</td><td>120–129</td></tr><tr><td>Высокое нормальное</td><td>130–139</td></tr><tr><td>АГ 1-й степени</td><td>140–159</td></tr><tr><td>АГ 2-й степени</td><td>160–179</td></tr><tr><td>АГ 3-й степени</td><td>≥180</td></tr><tr><td>Изолированная систолическая гипертензия</td><td>≥140</td></tr></table>	Категория АД	САД (мм рт. ст.)	Оптимальное	<120	Нормальное	120–129	Высокое нормальное	130–139	АГ 1-й степени	140–159	АГ 2-й степени	160–179	АГ 3-й степени	≥180	Изолированная систолическая гипертензия	≥140
Категория АД	САД (мм рт. ст.)																		
Оптимальное	<120																		
Нормальное	120–129																		
Высокое нормальное	130–139																		
АГ 1-й степени	140–159																		
АГ 2-й степени	160–179																		
АГ 3-й степени	≥180																		
Изолированная систолическая гипертензия	≥140																		
УК-1, ПК-1, ОПК-4,	23	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Каковы принципы формулировки диагноза при артериальной гипертензии?	Принципы формулировки диагноза при АГ Необходимо указать стадию гипертонической болезни. Степень АГ обязательно указывается у пациентов с впервые диагностированной АГ. Если пациент принимает антигипертензивную терапию, то в диагнозе указывается наличие контроля АД (контролируемая /неконтролируемая АГ).																

			Необходимо максимально полно отразить факторы риска, поражение органов-мишеней, сердечно-сосудистые заболевания, ХБП и категорию сердечно-сосудистого риска (таблица 4). Указать достигнут или нет целевой уровень АД для данного пациента.
УК-1, УК-2, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	24	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Представьте этиопатогенез ишемической болезни сердца.	Ишемия миокарда вызвана дисбалансом между потребностью кислорода и его доставкой. Доставка кислорода преимущественно зависит от величины коронарного кровотока, который определяется сопротивлением коронарного русла, и в меньшей степени – от кислородной емкости крови. Снижение коронарного кровотока может быть опосредовано наличием окклюзирующего коронарного тромбоза, спазмом или тяжелой гипотензией, микроваскулярной дисфункцией. Кислородная емкость крови снижается при анемии, гипоксии и легочной гипертензии. Следует отметить и факторы, повышающие потребность миокарда в кислороде. Их принято разделять на кардиальные и некардиальные. К кардиальным относят гипертрофическую кардиомиопатию, аортальные пороки сердца, тахикардию, к некардиальным – артериальную гипертензию, гипертиреоз, интоксикацию кокаином.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	25	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Каков этиопатогенез стабильной стенокардии?	Патогенез и этиология стабильной стенокардии Стенокардия обусловлена преходящей ишемией миокарда, которая возникает при несоответствии между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой коронарным кровотоком. Основные причины приступов стабильной стенокардии Обструкция коронарных артерий; Спазм коронарных артерий; Повышение потребности миокарда в кислороде.
УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10 ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	26	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Какова диагностическая значимость ЭКГ при стабильной стенокардии?	Метод исследования обладает относительно невысокой информативностью, даже у больных с выраженной клинической картиной ИБС могут отсутствовать какие-либо отклонения на ЭКГ в состоянии покоя. Особую ценность имеет ЭКГ, снятая во время болевого приступа.

			Во время ишемии миокарда на ЭКГ диагностируются преходящее горизонтально снижение сегмента ST и уплощение или инверсия зубца T, иногда отмечают подъем сегмента ST, что свидетельствует о более тяжелой ишемии миокарда. Перечисленные изменения быстро проходят после устранения симптомов.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	27	Решите ситуационную задачу Условие: Пациентка 72 лет доставлена в приемный покой с жалобами на резкую одышку в покое, чувство нехватки воздуха, усиливающееся в положении лежа, кашель с выделением пенистой мокроты розового цвета, выраженную слабость, сердцебиение. Со слов родственников, около 3 часов назад на фоне эмоционального стресса отметила резкий подъем артериального давления (точные цифры неизвестны), затем присоединилась вышеописанная симптоматика. Из анамнеза: длительно (около 20 лет) страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД до 200/110 мм рт. ст., сахарным диабетом 2 типа в течение 8 лет. Регулярную антигипертензивную и сахароснижающую терапию не принимает, "лечится травами". Госпитализаций за последние 5 лет не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Объективно при поступлении: состояние тяжелое. Сознание ясное, возбуждена, испугана. Положение ортопноэ (сидит в постели, опустив ноги). Кожные покровы бледные, акроцианоз, цианоз губ. Дыхание шумное, клакочущее, ЧДД 32 в минуту. Аускультативно: над всей поверхностью легких множественные разнокалиберные влажные хрипы, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия. ЧСС 125 в минуту. АД 210/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ, снятая в приемном покое: синусовая тахикардия с ЧСС 122 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка, диффузные изменения миокарда. Дайте на вопросы развернутый ответ: Какой неотложный диагноз следует выставить пациентке?	1. Диагноз: Гипертонический криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью (альвеолярный отек легких). 2. Препараты первого выбора и цели их применения Вазодилататоры (периферические): нитроглицерин (в/в капельно или перфузором), нитропруссид натрия. Петлевые диуретики: фуросемид (в/в болюсно). Наркотические анальгетики (морфин): морфина гидрохлорид (в/в дробно). 3. Снижать АД в первый час рекомендуется не более чем на 20-25% от исходного уровня. У пациентов с длительной и тяжелой артериальной гипертензией ауторегуляция мозгового кровотока адаптируется к стабильно высоким цифрам АД. Резкое снижение АД до нормальных или низких цифр может привести к падению перфузионного давления в церебральных артериях ниже критического уровня, что вызовет ишемию головного мозга и может спровоцировать развитие ишемического инсульта. Целевые цифры на начальном этапе: Необходимо стремиться к снижению систолического АД до уровня 130-140 мм рт. ст. в течение первого часа терапии. Полной нормализации АД в первые минуты добиваться нельзя. 4. Противопоказанные препараты и методы При отеке легких, вызванном гипертоническим кризом, противопоказаны: Бета-адреноблокаторы (неселективные и в высоких дозах): препараты этой группы снижают сократимость миокарда (отрицательный инотропный эффект) и урежают ЧСС. В данной ситуации сердце и так работает

		Перечислите три группы препаратов первого выбора для купирования данного состояния. С какой скоростью (в % от исходного уровня) рекомендуется снижать артериальное давление в первый час терапии и почему нельзя сделать это слишком быстро? Назовите целевые цифры АД, к которым следует стремиться на начальном этапе. Какие группы препаратов и методы лечения абсолютно противопоказаны при данном состоянии? Назовите два дополнительных инструментальных исследования (помимо контроля ЭКГ), которые необходимо выполнить пациентке после стабилизации состояния, и укажите, с какой целью каждое из них проводится.	на пределе своих возможностей, а тахикардия носит компенсаторный характер (поддержание сердечного выброса). Угнетение сократимости может привести к усугублению отека легких и коллапсу. Сердечные гликозиды (строфантин, дигоксин): при остром отеке легких они неэффективны, так как не обладают быстрым положительным инотропным действием, достаточным для купирования неотложного состояния. Они не снижают пред- и постнагрузку. Их применение может быть опасным из-за риска аритмий и не оправдано патогенетически на этом этапе. Препараты калия и калийсберегающие диуретики: в остром периоде на фоне массивной диуретической терапии уровень калия непредсказуем. Их назначение "вслепую" может вызвать опасную гиперкалиемию. Ингаляционные анестетики (как метод лечения): не применяются в стандартной терапии отека легких в условиях приемного покоя/отделения реанимации. 5. Эхокардиография (Эхо-КГ): с целью оценки систолической и диастолической функции левого желудочка (фракция выброса), выявление зон гипокинезии (рубцовые изменения после перенесенного инфаркта), оценка состояния клапанного аппарата, исключение гипертрофической кардиомиопатии. Это необходимо для определения дальнейшей стратегии лечения ХСН и подбора терапии. Рентгенография грудной клетки с целью подтверждения наличия отека легких (усиление легочного рисунка, затемнения в прикорневых зонах, линии Керли и др.), исключение другой патологии (пневмония, ТЭЛА), а также оценка динамики разрешения отека на фоне проводимой терапии.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7ОПК-4,	28	Решите ситуационную задачу Больной 76 лет, после оперативного вмешательства 5 суток наблюдался в отделении реанимации (соблюдал постельный режим), на 6 сутки переведен на каталке в общую палату. Ночью медицинская сестра услышала шум в туалете, где нашла	1. Массивная тромбоземболия легочной артерии, обструктивный шок. Обоснование: наличие факторов риска ТЭЛА низких градаций (оперативное вмешательство, постельный режим >3 суток, пожилой возраст); характерные признаки высокой легочной

ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10		пациента лежащим на полу, уже без сознания, кожные покровы лица интенсивно цианотичны («чугунный» оттенок), язык цианотичен. Признаков дыхательной и сердечной недостаточности нет. Дайте на вопросы развернутый ответ: 1. Установите предварительный диагноз. 2. Что явилось предрасполагающими факторами резкого ухудшения состояния пациента. 3. Перечислите необходимые для верификации диагноза методы исследования, определите тактику лечения.	гипертензии (цианоз кожи лица и языка), отсутствие сознания. 2. Оперативное вмешательство, постельный режим >3 дней, пожилой возраст. 3. КТ-ангиография с контрастированием органов грудной клетки, трансторакальное ЭХО-КГ. Тактика лечения: проведение тромболиза (массивная ТЭЛА, признаки нестабильной гемодинамики), далее – терапия антикоагулянтами.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10	29	Решите ситуационную задачу Прочитайте (ситуационную) задачу и каждое задание к ней, дайте развернутый ответ с решением. Больная 68 лет перенесла эндопротезирование тазобедренного сустава. На 4-е сутки послеоперационного периода, при вставании с постели отметила появление слабости, головокружения, чувство нехватки воздуха, учащённое сердцебиение. Ранее периодически беспокоили боли за грудиной, больная принимала нитраты. При осмотре состояние тяжёлое, АД – 110/70 мм рт. ст., ЧДД – 28 в одну минуту, пульс – 108 в одну минуту, определяются экстрасистолы. Отёков нижних конечностей нет. Пульсация на артериях стопы сохранена с обеих сторон. Послеоперационная рана без признаков воспаления. Выполнено перфузионное сканирование лёгких (Рис. 1) и компьютерная томография грудной клетки (Рис. 2). На ЭКГ – перегрузка правых отделов сердца.	1. Тромбоэмболия легочной артерии. Обоснование: наличие факторов риска ТЭЛА высоких градаций (эндопротезирование тазобедренного сустава), характерная клиническая картина (резкая слабость, головокружение, одышка, тахикардия). ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов, КТ-признаки тромбоза ветвей ЛА. 2. Да, повышенный уровень D-димера свидетельствует о процессе тромбообразования. 3. От стабильности гемодинамики. Показано лечение антикоагулянтами. Профилактика данного состояния заключается в профилактическом применении антикоагулянтов в послеоперационном периоде, ранней активизации, использовании компрессионного трикотажа.



Дайте на вопросы развернутый ответ:

1. Установите предварительный диагноз?
2. Может ли определение уровня D-димера в плазме помочь в постановке диагноза?
3. От чего зависит тактика лечения? Можно ли было предотвратить развившееся осложнение?

УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-10

30

Решите ситуационную задачу
Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.
Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KILLIP класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПС3аА1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени.
2. 1. Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли или других неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной

		повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм І, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм ІІ, ІІІ, AVF. Дайте на вопросы развернутый ответ: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	клетке) и инструментальных данных (стойкие подъёмы сегмента ST или «новая», впервые возникающая, или предположительно впервые возникшая ПБЛНПГ на ЭКГ). 2. 2.Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии ІІІ тона и хрипов в лёгких. 2.3. Стадия гипертонической болезни соответствует ІІІ, так как у пациента имеет место сердечно-сосудистые заболевания (ИБС). 2.4. Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечно-сосудистых событий расценён как очень высокий (4). 2.5. Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м², повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев. 2.6. Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	31	Решите ситуационную задачу Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли	1. Гипертоническая болезнь ІІ стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Неосложнённый гипертонический криз. Ожирение 1 степени. Курение - 30 пачко-лет. 2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - гипертрофия левого желудочка сердца по

	принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка. Дайте на вопросы развернутый ответ: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии. 4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его. 5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.	данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложнённый гипертонический криз - быстрое повышения АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней. Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ. Курение по данным анамнеза. 3. Лечение больного с неосложнённым ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложнённом ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложнённом гипертоническом кризе (ГК) возможно как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики). Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Нифедипин, Каптоприл, Клонидин, Пропранолол, Празозин. 4. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса - для определения атеросклеротического поражения артерий. Лабораторные исследования: общий анализ крови - оценка общего статуса; общий анализ мочи - оценка поражения почек; креатинин крови для расчёта скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек;
--	--	---

		глюкоза крови натощак - исключить СД; липидограмма - определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ - оценка поражения почек. Инструментальное исследование: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отёк соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) - оценка поражения артерий и аорты. При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление. 5. Количество назначаемого препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. В настоящее время возможно использование 2 стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственного средства при необходимости. Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с низким или средним риском. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО. Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на
--	--	---

		комбинированную терапию целесообразно только в случае отсутствия эффекта последней. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать ещё один препарат. Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе, и в конечном итоге ведёт к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ 1 и 2 степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой - минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению. Недостатком комбинированной терапии является то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с АД > 160/100 мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15-20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.
--	--	--

УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7ОПК-4, ОПК-5	32	Решите ситуационную задачу Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приемное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД выше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст. Дайте на вопросы развернутый ответ: 1. Выделите ведущие синдромы. 2. Установите предварительный диагноз. 3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе. 4. Определите круг дифференциального диагноза. 5. Определите тактику лечения.	1. Синдром артериальной гипертензии, синдром цефалгии, синдром вегетативной дисфункции. 2. Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз. 3. Пациентке рекомендовано: ОАК, сахар крови натощак, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты, проба с тропафеном. 4. Дифференциальная диагностика с гипертоническим кризом, симптоматическими артериальными гипертензиями. 5. Альфа-адреноблокаторы, при необходимости комбинация с бета- адреноблокаторами, антагонистами кальциевых каналов, ингибиторами АПФ. В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	33	Решите ситуационную задачу Бригада СМП вызвана на базу отдыха в лесопарковую зону в окрестностях города. Молодого мужчину 25 лет укусила змея. С момента происшествия прошло 2 часа. Пострадавший стонет от боли, состояние средней тяжести, положение вынужденное, на передней поверхности бедра отмечаются парные прокушенные ранки, область укуса отечная, цвет кожи синюшный, больной бледен, сознание ясное зрачки обычной формы. Дыхание 24 в минуту. Пульс 100 уд./мин. АД 90 и 60 мм рт.ст. Дайте на вопросы развернутый ответ: 1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента. 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте	1. Укус ядовитой змеи, поражение неизвестным ядом. 2. Помочь пострадавшему занять удобное положение, опустить бедро ниже уровня сердца для замедления всасывания яда, положить на место укуса холод, нельзя тереть рану и накладывать жгут! Не нужно отсасывать яд! Необходимо ввести обезболивание: р-р трамала 2 мл в мышцу, применить антидот 30% р-р тиосульфата натрия 50 мл в вену, начать форсированный диурез: в вену ввести до 2 л 0,9% р-ра натрия хлорида и 120 мг лазикса, немедленно доставить пострадавшего в отделение токсикологии.

		каждый этап.	
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	34	Решите ситуационную задачу Больной С., 25 лет, заболел остро 3 часа назад, когда появилась тошнота, многократная обильная рвота съеденной непереваренной пищей, повысилась температура тела до 37,3°C. Вызвал «скорую помощь», госпитализирован с диагнозом: Отравление неизвестным ядом. Из эпидемиологического анамнеза: 5 часов назад употреблял в пищу йогурт с кисловатым привкусом, который хранился двое суток открытым вне холодильника. При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, рвота фонтаном 3 раза. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДЦ - 19/мин. Пульс - 92/мин., АД - 110/80 мм рт.ст. Язык сухой, чистый. Температура тела 37,4°C. Живот безболезненный урчит во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стула не было. В периферической крови: НЬ -187 г/л, L - 12*109/л, СОЭ - 7 мм/час. В биохимическом анализе сыворотки крови: К⁺ - 3,0 ммоль/л, Na⁺ - 140 ммоль/л, мочевины-10,1 ммоль/л. Дайте на вопросы развернутый ответ: 1.Поставьте диагноз. 2.Составьте план обследования больного. 3.Окажите помощь на догоспитальном этапе. 4.Составьте план лечения. 5.Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.	1.Пищевая токсикоинфекция, гастритический вариант, средней тяжести. 2.Общеклиническое, бактериологическое. 3.Промывание желудка, сорбенты (полисорб, полифепан, энтерсоргель), при неукротимой рвоте Sol. Metoclopramidi 4 ml в/м или в/в. Оральная регидратация глюкозо-солевыми растворами или готовым раствором Регидрон. 4.Промывание желудка, Полисорб 3,0 г 3 раза в день за 1 час до еды 3-4 дня, Солевые растворы (дисоль, трисоль, квартасоль) до 2,5-3 литров в/в в первые сутки, с уменьшением в последующие, метоклопрамид 2 мл в/м 2 раза в день, ферментативные препараты (панкреатин 25 ЕД или креон 10000 ЕД) 3 раза в день во время еды, стол 4 Б. 5.От 30 минут до нескольких часов.
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	35	Решите ситуационную задачу В отделение интенсивной терапии поступила больная 45 лет в состоянии комы с дыханием Куссмауля. Со слов доставивших больную родственников известно, что больная страдает инсулинзависимым сахарным диабетом и постоянно принимает инсулин. Ухудшение состояния наступило в результате нарушения диеты и прекращения приема инсулина. Анализы: рН	У пациентки – диабетическая кетоацидотическая кома, о чем свидетельствуют анамнестические данные (нарушения диеты, прекращение приема инсулина), клиническая картина и данные лабораторного исследования (ацидоз, гипергликемия, кетонурия). Лечение гипергликемической кетоацидотической комы должно включать: инфузионную терапию,

		– 6,8; глюкоза 30 ммоль/л; в крови и моче – ацетон. Назовите осложнение сахарного диабета, развившееся у пациентки. Дайте на вопросы развернутый ответ: Назовите основные направления интенсивной терапии развившегося состояния.	инсулинотерапию, коррекцию электролитных расстройств, поддержание функции жизненно важных органов (дыхания, кровообращения).
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	36	Решите ситуационную задачу Пациентка Б., 54 лет. Обратилась за медицинской помощью с жалобами на головные боли, преимущественно в затылочной области, мелькание мушек перед глазами, тошноту. Впервые 7 лет назад зарегистрировано повышение АД до 170/110 мм рт.ст. 2 года назад перенесла инфаркт миокарда, назначенную терапию принимала нерегулярно, рост 164, вес 96 кг. Тоны сердца ослаблены, акцент 2 тона над аортой, АД 170/115 мм рт.ст. Пульс 68 уд. в минуту, ритмичный, напряженный. Дайте на вопросы развернутый ответ: 1. Ваш диагноз 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.	1. Гипертонический криз 2. Уложить с приподнятым изголовьем и опущенными ногами (или усадить), успокоить пациентку, освободить от стесняющей одежды, обеспечить доступ свежего воздуха. Дать под язык каптоприл 25 мг, перорально фуросемид 40 мг, при неэффективности моксонидин 0,2-0,4 мкг под язык. Дать рекомендации по коррекции факторов риска и подбор адекватной гипотензивной терапии с достижением целевых уровней АД
УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	37	Решите ситуационную задачу Больной А., мужчина 63 лет, обратился приемный покой кардиостационара с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое надплечье, сильнейшую слабость, обильное потоотделение. Боли возникли остро, 4 часа назад. Некоторое время терпел, далее самостоятельно пошел больницу. В анамнезе примерно 3-5 лет подъема АД максимально до 160/100 мм рт.ст. без ухудшения самочувствия; не наблюдался и не лечился. Курит около 20 сигарет/сутки, алкоголь употребляет 200-300 мл водки 2-3 раза в месяц. В остальном анамнез жизни без особенностей. Объективно состояние тяжелое. Сознание ясное, положение активное. Нормостенического телосложения, повышенного питания. Рост 178 см., вес 103 кг. ИМТ=32,5 кг/м ² Кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=19/минуту. Тоны сердца ослаблены на всех точках, III тон сердца на верхушке, шумы не выслушиваются. Ритм сердца правильный, ЧСС=Ps. Ps=96/минуту. АД=132/88 мм рт.ст. В остальном физикальный статус без особенностей. На ЭКГ - синусовый ритм, подъем ST выпуклостью вверх II, III, aVF максимально 2 мм. Дайте на вопросы развернутый ответ:	1.Обезболивание (морфин дробно в/в), болюс ацетилсалициловой кислоты 250 мг без оболочки разжевать, болюс второго дезагреганта в зависимости от возможностей кардиоцентра (тикагрелор 180 мг, прасутрел 60 мг, клопидогрель 600 мг) и выбора тактики реваскуляризации, антикоагулянт в/в болюсом (эноксапарин натрия 0,5 мг/кг) 2. Первичное ЧКВ

			правило, многократная и не приносящая больному облегчения.
УК-1, ПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	41	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ. Текст задания: Опишите клинику тромбоза печеночных вен	Боль в животе отмечается у 80% пациентов с синдромом Бадда–Киари (тромбоз печеночных вен) и чаще локализуется в правом подреберье. К другим симптомам относятся: асцит (обнаруживается более чем у 90% пациентов), гепатоспленомегалия, желтуха (выражена незначительно и может отсутствовать), печеночная энцефалопатия и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (диагностируется менее часто – в 10–20% случаев).
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-5, ОПК-10	42	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ. Текст задания: Укажите основные подходы по антитромботической терапии при остром коронарном синдроме	Антитромботическая терапия включает в себя применение ацетилсалициловой кислоты плюс тикагрелор, клопидогрель или прасугрел плюс прямой антикоагулянт. Эти препараты применяют болюсно (в том числе на догоспитальном этапе) и в дальнейшем длительным курсом. Практически всегда применяют ацетилсалициловую кислоту. Выбор второго дезагреганта, антикоагулянтов (в том числе продолжительность курса) определяется видом ОКС, вариантом коронарного вмешательства и рядом других аспектов. Двойная дезагрегантная терапия назначается курсом, чаще всего 12 месячным. Продолжительность курса меняют в зависимости от рисков кровотечений и ишемических событий.
УК-1, ПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-10	43	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ. Текст задания: Опишите алгоритм использования автоматического наружного дефибриллятора (АНД).	–электроды нельзя накладывать на область установки имплантированного кардиостимулятора или кардиовертера-дефибриллятора и трансдермальных лекарственных систем! – убедиться, что во время анализа ритма никто не прикасается к больному – это может нарушить алгоритм анализа ритма – автоматический наружный дефибриллятор проводит автоматизированный анализ сердечного ритма по специально разработанному компьютерному алгоритму – если дефибрилляция показана (ФЖ или тахикардия с

			широкими комплексами), убедиться, что никто не прикасается к больному, и нажать на кнопку; сразу же после нанесения разряда продолжить базовые реанимационные мероприятия (БРМ) в соотношении 30:2;
УК-1, ПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-10	44	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ. Опишите оценку эффективности реанимационных мероприятий:	- появление пульса на сонных артериях — дабы убедиться, что пульс сохраняется, массаж сердца можно прекратить на 3-5 секунд; - возвращение реакции зрачков на световой раздражитель — сужение свидетельствует об обогащении оксигенированной кровью головного мозга; - появление самостоятельного дыхания с полноценным устойчивым вдохом и выдохом, без эпизодов судорожных вдохов с последующим прекращением (апноэ); - исчезновение синюшности кожи лица, губ, кистей;
УК-1, ПК-1, ОПК-10	45	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ. Что свидетельствует о неэффективности проведенных реанимационных мероприятий?	Отсутствие сознания, спонтанного дыхания, электрической активности сердца, а также максимально расширенные зрачки без реакции на свет.
УК-1, ПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	46	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ. Текст задания: Опишите показания для экстренной госпитализации при ГК:	• гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе; • гипертонический криз при феохромоцитоме; • гипертонический криз с выраженными явлениями гипертонической энцефалопатии; • осложнения АГ, требующие интенсивной терапии: инсульт, ОКС, субарахноидальное кровоизлияние, острые нарушения зрения, отек легких, расслоение аорты, почечная недостаточность, эклампсия
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	47	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ. Назовите принципы детоксикации.	1) задержка всасывания токсического вещества в кровь; 2) удаление токсического вещества из организма; 3) устранение действия всосавшегося токсичного вещества. Удаление токсических веществ и задержка их всасывания в кровь – основная задача при лечении острых отравлений.
УК-1, ПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	48	Внебольничная пневмония. Основные этиологические варианты. Критерии диагностики, оценка тяжести. Пульсоксиметрия.	Основные этиологические варианты Наиболее частым возбудителем является пневмококк, который выявляется в 30-50% случаев. У молодых пациентов часто встречается микоплазменная инфекция,

		которая обычно протекает с затяжным кашлем. Хламидофила пневмонии также характерна для молодых и пациентов среднего возраста. У курильщиков и пациентов с хронической обструктивной болезнью легких часто выделяют гемофильную палочку. Легионеллезная инфекция протекает тяжело и часто связана с кондиционерами и водными системами. Вирусы, включая грипп, COVID-19 и РС-вирус, также могут вызывать пневмонию, нередко в сочетании с бактериальной инфекцией. Критерии диагностики Диагноз устанавливается на основании сочетания клинических, физикальных и инструментальных данных. Клинически заболевание характеризуется острым началом с лихорадкой, кашлем (с мокротой или сухим), одышкой и болью в грудной клетке. При физикальном обследовании выявляются признаки уплотнения легочной ткани: укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиление голосового дрожания, крепитация или влажные хрипы. Обязательным инструментальным подтверждением является рентгенография органов грудной клетки, которая показывает свежие очагово-инфильтративные изменения в легких. Лабораторно отмечаются лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение С-реактивного белка и прокальцитонина. Оценка тяжести по шкале CURB-65 Шкала CURB-65 является быстрым и простым методом оценки риска летального исхода. Каждый из пяти критериев оценивается в один балл. Первый критерий — спутанность сознания, связанная с пневмонией. Второй — уровень азота мочевины в крови более 7 ммоль/л. Третий — частота дыхания 30 и более в минуту. Четвертый — систолическое артериальное давление ниже 90 мм рт. ст. или диастолическое давление 60 мм рт. ст. и ниже. Пятый — возраст 65 лет и старше.
--	--	--

			Интерпретация результатов позволяет определить тактику ведения. При сумме 0-1 балла риск летальности низкий (менее 3%), и лечение может проводиться амбулаторно. При 2 баллах риск умеренный (около 9%), требуется краткосрочная госпитализация или наблюдение. При 3-5 баллах риск высокий (15-40%), показана срочная госпитализация, а при 3 и более баллах рассматривается перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии. Для амбулаторной практики существует упрощенная версия CRB-65, не требующая лабораторного определения мочевины. Пульсоксиметрия в диагностике Пульсоксиметрия является неинвазивным методом измерения сатурации кислорода и обязательным компонентом оценки тяжести пневмонии. Снижение сатурации ниже 92% является одним из ключевых признаков тяжелой пневмонии и входит в малые критерии тяжести Американского торакального общества. Падение сатурации служит независимым фактором риска неблагоприятного исхода. В сложных случаях, например у пожилых пациентов со стертой клинической картиной, снижение сатурации ниже 94% с высокой вероятностью указывает на пневмонию. Важно отслеживать уровень сатурации в динамике, так как его падение на фоне лечения свидетельствует о прогрессировании дыхательной недостаточности. Таким образом, комплексный подход, включающий этиологическую диагностику, клиническое обследование, объективную оценку по шкале CURB-65 и пульсоксиметрию, позволяет своевременно определить тяжесть состояния и выбрать оптимальную тактику ведения пациента.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	49	Ведение больных внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.	Показания к госпитализации Госпитализация показана при наличии хотя бы одного из следующих критериев:

			Тяжесть состояния: наличие тяжелой дыхательной недостаточности (частота дыхания ≥ 30/мин, сатурация кислорода (SpO_2) $< 92\%$ или $< 90\%$ при пульсоксиметрии), нестабильная гемодинамика (систолическое АД < 90 мм рт. ст. или диастолическое < 60 мм рт. ст., ЧСС ≥ 125 уд/мин), нарушение сознания, лихорадка $< 35,5^\circ\text{C}$ или $\geq 40^\circ\text{C}$. Лабораторные и рентгенологические признаки: выраженный лейкоцитоз или лейкопения, анемия, признаки полиорганной недостаточности (повышение креатинина, метаболический ацидоз), обширное поражение легких (2-3 доли), быстрое прогрессирование инфильтрата, наличие плеврального выпота или полостей распада. Высокий риск по шкалам: оценка 3 и более баллов по шкале CRB-65 или CURB-65. Факторы, связанные с пациентом и окружением: возраст ≥ 60–65 лет, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, сахарный диабет, сердечная недостаточность, ХБП, злокачественные новообразования), неэффективность начальной антибактериальной терапии в течение 48-72 часов, беременность, невозможность обеспечить адекватный уход и выполнение врачебных предписаний дома. Шкалы оценки тяжести (CURB-65 и CRB-65) Для объективизации решения о госпитализации используются шкалы CURB-65 и CRB-65, которые предсказывают риск летального исхода: CURB-65 — используется в стационаре, включает 5 критериев: спутанность сознания, уровень азота мочевины > 7 ммоль/л, частота дыхания ≥ 30/мин, систолическое АД < 90 или диастолическое ≤ 60 мм рт. ст., возраст ≥ 65 лет. При 0-1 балле — лечение
--	--	--	--

			амбулаторно; при 2 баллах — краткосрочная госпитализация; при ≥ 3 баллах — показана срочная госпитализация. CRB-65 — упрощенная версия для амбулаторного этапа, не требует лабораторного определения мочевины и оценивает те же критерии (сознание, дыхание, давление, возраст). Используется для быстрого принятия решения и оценки риска на догоспитальном этапе. Важно: Шкалы не учитывают гипоксемию и сопутствующие заболевания, поэтому решение о госпитализации должно приниматься с учетом всей клинической картины, включая пульсоксиметрию. Ведение в амбулаторных условиях Амбулаторное лечение возможно для пациентов с нетяжелой пневмонией (0-1 балл по CRB-65). Оно включает назначение эмпирической антибактериальной терапии (преимущественно внутрь), контроль температуры и общего состояния, а также повторный осмотр для оценки эффективности лечения (через 48-72 часа). Обязательным условием для амбулаторного ведения является информирование пациента о симптомах, требующих срочного обращения за медицинской помощью (усиление одышки, высокая лихорадка, спутанность сознания). В случае неэффективности стартовой терапии или ухудшения состояния показана госпитализация.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	50	Больная Н., 32-х лет, предъявляет жалобы на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Своё заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы. Объективно: температура 38С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне	1. Предположительный диагноз и его обоснование Диагноз: Острый правосторонний пиелонефрит, среднетяжелое течение. Вероятно, вторичный (обструктивный) на фоне анатомических особенностей или нарушений уродинамики, учитывая частые циститы в анамнезе. Обоснование: Диагноз основывается на характерной триаде симптомов:

		реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа. 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Назовите необходимые дополнительные исследования. 3. Перечислите возможные осложнения. 4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.	Симптомы интоксикации: Острое начало с потрясающего озноба и фебрильной температуры (38°C), что указывает на системный воспалительный ответ. Болевой синдром: Локализованная боль в пояснице справа (проекция почки). Болезненность по ходу мочеточника (по наружному краю прямой мышцы живота) и положительный симптом Пастернацкого справа подтверждают вовлечение верхних мочевыводящих путей Дизурические явления: Частое болезненное мочеиспускание указывает на сопутствующий цистит, что характерно для восходящего пути инфекции. 2. Необходимые дополнительные исследования Для подтверждения диагноза, оценки тяжести и выбора тактики лечения необходимы: Лабораторные исследования: Общий анализ мочи (ОАМ): Выявление лейкоцитурии (пиурии), бактериурии. Исследование должно быть выполнено до начала антибактериальной терапии, не позднее 2 часов после сбора. Бактериологический посев мочи: Определение возбудителя и его чувствительности к антибиотикам для последующей коррекции терапии (золотой стандарт). Общий анализ крови (ОАК): Оценка активности воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ). Биохимический анализ крови: Определение уровня креатинина, С-реактивного белка (СРБ). Оценка функции почек необходима для исключения хронической болезни почек и коррекции доз антибиотиков. Инструментальные исследования: Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря: Для визуализации почек, выявления признаков воспаления (отек паренхимы, расширение чашечно-лоханочной системы), а также для исключения обструкции (камни, стриктуры, аномалии развития) как
--	--	---	---

		причины вторичного пиелонефрита. 3. Возможные осложнения При отсутствии адекватного и своевременного лечения острый пиелонефрит может привести к следующим осложнениям: Переход в хроническую форму: Хронический пиелонефрит, который может привести к сморщиванию почки и хронической почечной недостаточности (ХПН) . Гнойные осложнения: Апостематозный пиелонефрит: Множественные мелкие гнойнички в паренхиме почки. Карбункул почки: Слияние гнойников в один крупный очаг некроза. Абсцесс почки или околопочечной клетчатки: Формирование ограниченной полости с гноем. Уросепсис и бактериемический шок: Генерализация инфекции с высокой летальностью. 4. Тактика ведения, принципы лечения, прогноз и профилактика Тактика: Пациентка нуждается в госпитализации в терапевтическое или урологическое отделение, так как клиническая картина (фебрильная лихорадка, выраженный болевой синдром) и наличие в анамнезе рецидивирующих инфекций предполагают среднетяжелое течение с высоким риском осложнений. Принципы лечения: Режим: Постельный режим в острый период. Антибактериальная терапия: Эмпирическая терапия: Назначается сразу после забора анализов, до получения результатов посева. Препаратами выбора при неосложненном пиелонефрите средней тяжести являются фторхинолоны (например, левофлоксацин, цiproфлоксацин) внутрь или парентерально, либо цефалоспорины III поколения,
--	--	--

		аминогликозиды. Коррекция терапии: Проводится после получения результатов антибиотикограммы для назначения наиболее эффективного и безопасного препарата. Длительность: Обычно составляет 7-10 дней, но может быть увеличена до 14 дней при тяжелом течении или осложнениях. Патогенетическая и симптоматическая терапия: Дезинтоксикационная терапия: Обильное питье (при отсутствии нарушений функции почек) или внутривенное введение инфузионных растворов для снижения интоксикации. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): Для купирования боли и снижения температуры (с осторожностью, при нормальной функции почек) . Дренирование: При выявлении обструкции мочевыводящих путей (например, камня) на УЗИ, может потребоваться хирургическое вмешательство для восстановления оттока мочи (например, установка стента или нефростомы). Прогноз: При своевременной диагностике и адекватном лечении прогноз благоприятный. Полное выздоровление наступает у большинства пациентов. Однако наличие рецидивирующих инфекций в анамнезе требует тщательного поиска и устранения предрасполагающих факторов. Профилактика: Санация очагов хронической инфекции: Своевременное лечение кариеса, тонзиллита, гинекологических заболеваний. Соблюдение правил личной гигиены: Чтобы предотвратить восходящий путь инфекции. Адекватный питьевой режим: Обеспечивает хороший диурез и "промывание" мочевыводящих путей. Избегание переохлаждений: Важно для предотвращения рецидивов. Своевременное лечение острых циститов: Предотвращает
--	--	--

			распространение инфекции на почки. Диспансерное наблюдение: После перенесенного острого пиелонефрита рекомендуется наблюдение врача с периодическим контролем анализов мочи.
УК-1, ПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	51	Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагноз и оценка степени тяжести.	Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — это гетерогенное состояние легких, характеризующееся хроническими респираторными симптомами (одышка, кашель, отхождение мокроты) и обострениями из-за поражения дыхательных путей и/или альвеол, вызывающими персистирующее, часто прогрессирующее ограничение воздушного потока. Эпидемиология ХОБЛ является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире. По данным ВОЗ, в 2019 году в мире насчитывалось 212,3 миллиона больных ХОБЛ, а число смертей достигло 3,3 миллиона. Распространенность составила 2638,2 случая на 100 тысяч населения. В России официально зарегистрировано около 2,4 миллиона пациентов, однако по оценкам Российского респираторного общества, реальное число больных может достигать 11 миллионов, включая недиагностированные случаи. Заболеваемость неуклонно растет, и к 2030 году ХОБЛ прогнозируется как третья ведущая причина смерти в мире. Факторы риска Ключевые факторы риска развития ХОБЛ включают курение табака, которое является основным и наиболее значимым фактором риска. Профессиональные факторы, такие как воздействие вредных производственных аэрозолей и химических веществ на рабочем месте, также играют важную роль, причем наибольшему риску развития профессиональной ХОБЛ подвержены работники горнодобывающей и обрабатывающей промышленности. Загрязнение воздуха промышленными и бытовыми загрязнителями, генетические факторы, в

		частности дефицит альфа-1-антитрипсина, а также повторяющиеся тяжелые респираторные инфекции в детстве также являются значимыми факторами риска. Патогенез Ключевые патогенетические механизмы ХОБЛ включают хроническое воспаление дыхательных путей, которое характеризуется повышением количества нейтрофилов, макрофагов и Т-лимфоцитов в различных отделах дыхательных путей и легких. Оксидативный стресс, сопровождающийся выделением повышенного количества свободных радикалов, оказывает мощное повреждающее действие на все структурные компоненты легких. Дисбаланс системы протеиназы-антипротеиназы возникает в результате как увеличенной продукции протеиназ, так и снижения активности антипротеаз, часто являясь следствием воспаления, индуцированного воздействием повреждающих веществ. Данные механизмы приводят к ограничению воздушного потока, сочетающему обратимые и необратимые компоненты, и легочной гиперинфляции — неполному опустошению альвеол во время выдоха, что является одним из важнейших патофизиологических последствий. Классификация и оценка степени тяжести В настоящее время в РФ используются обновленные клинические рекомендации, основанные на стратегии GOLD 2023 года, которая учитывает не только степень тяжести бронхиальной обструкции, но и клинические данные о пациенте. Оценка степени тяжести бронхообструкции проводится по данным спирометрии после ингаляции бронходилататора. При легкой степени тяжести объем форсированного выдоха за первую секунду составляет 80 процентов и более от должного. При среднетяжелой степени этот показатель находится в диапазоне от 50 до 79 процентов. Тяжелая степень характеризуется
--	--	--

		значениями от 30 до 49 процентов, а крайне тяжелая — менее 30 процентов. Во всех случаях соотношение объема форсированного выдоха за первую секунду к форсированной жизненной емкости легких составляет менее 0,7. Клиническая классификация GOLD 2023 выделяет группы А, В, Е на основе сочетания выраженности симптомов и риска обострений. Выраженность симптомов оценивается по шкале одышки mMRC и тесту САТ. Риск обострений определяется по количеству обострений за последние 12 месяцев — два и более среднетяжелых или одно тяжелое, потребовавшее госпитализации. Клиническая картина Клиническая картина ХОБЛ характеризуется прогрессирующей одышкой, которая усиливается при физической нагрузке. Хронический кашель часто сопровождается выделением мокроты, особенно в утренние часы, причем мокрота может быть слизистого или гнойного характера. Обострения, представляющие собой эпизоды ухудшения симптомов, требуют изменения терапии. Диагноз Диагноз ХОБЛ устанавливается у пациентов старше 40 лет при наличии необратимого ограничения воздушного потока, которое подтверждается спирометрией (соотношение объема форсированного выдоха за первую секунду к форсированной жизненной емкости легких менее 0,7 после ингаляции бронходилататора). Диагностика включает также сбор жалоб и анамнеза, включая оценку курения в пачках-лет, клиническое обследование и дополнительные методы, такие как рентгенография органов грудной клетки, анализ газов крови, электрокардиография и эхокардиография, для оценки тяжести и осложнений. В последних версиях
--	--	---

			GOLD тест на обратимость бронхиальной обструкции не рекомендуется для дифференциальной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-10	52	Лечение ХОБЛ стабильного течения и обострений в соответствии с международными рекомендациями. Бронхолитики. Ингаляционные глюкокортикостероиды. Муколитики. Пролонгированная кислородотерапия.	Лечение ХОБЛ в соответствии с рекомендациями GOLD 2025 I. Лечение стабильного течения ХОБЛ Общие принципы Согласно обновленным рекомендациям GOLD 2025, лечение стабильной ХОБЛ делится на две фазы: начальная терапия и терапия наблюдения (follow-up) . Ключевое изменение 2025 года — комбинация ингаляционных кортикостероидов (ИГКС) и длительнодействующих β2-агонистов (ДДБА) исключена из начальной терапии. Немедикаментозные мероприятия (для всех пациентов): Отказ от курения (замедляет прогрессирование ХОБЛ) Вакцинация против гриппа, пневмококка, коклюша, RSV, COVID-19 Легочная реабилитация (снижает одышку, тревогу, депрессию и частоту госпитализаций) Обучение пациентов, письменный план действий при обострении Выбор стартовой терапии (в зависимости от группы GOLD) Группа А (низкий риск симптомов, редкие обострения): Предпочтителен длительнодействующий бронхолитик (LAMA или LABA). Исследования показывают преимущество LAMA перед LABA в снижении обострений. Короткодействующие бронхолитики (SABA, SAMA) — только для экстренного купирования симптомов, но не для регулярного применения. Группа В (высокая симптоматика, низкий риск обострений): Рекомендована комбинация LABA + LAMA как стартовая терапия. В рандомизированном исследовании у

		пациентов группы В комбинация LABA+LAMA обеспечила устойчивое улучшение симптомов у 55% пациентов против 50% на LABA и 48% на LAMA. Группа Е (высокий риск обострений): Рекомендована комбинация LABA + LAMA. В мета-анализе LABA+LAMA снижала частоту обострений по сравнению с LABA, LAMA или ИГКС+LABA. Терапия наблюдения (при неэффективности начальной) При неадекватном ответе на терапию GOLD рекомендует ориентироваться на преобладающий фенотип: одышка или обострения. При сохраняющейся одышке на фоне LABA+LAMA: Добавление энсифентрина (ингаляционный ингибитор PDE3/PDE4) для пациентов с сохраняющимися симптомами. При сохраняющихся обострениях на фоне LABA+LAMA: Решение о добавлении ИГКС зависит от уровня эозинофилов крови (ЭФ): ЭФ ≥ 300 клеток/мкл: добавление ИГКС к LABA+LAMA наиболее эффективно. ЭФ 100–300 клеток/мкл: добавление ИГКС может быть рассмотрено. ЭФ < 100 клеток/мкл: добавление ИГКС не рекомендуется (низкая эффективность, риск пневмонии) . При сохраняющихся обострениях на фоне тройной терапии (LABA+LAMA+ИГКС): Добавление дупилумаба (моноклональное антитело к IL-4/IL-13) при ЭФ ≥ 300 клеток/мкл. Добавление азитромицина (у некурящих пациентов). Добавление рофлумапта (ингибитор PDE4) при ФВД $< 50\%$ и хроническом бронхите . II. Бронхолитики Бронхолитики — основа фармакотерапии ХОБЛ. Они
--	--	--

		уменьшают бронхиальную обструкцию, снижают одышку и улучшают качество жизни. Короткодействующие бронхолитики (только для экстренного применения): SABA (сальбутамол, левальбутамол). SAMA (ипратропия бромид). Длительнодействующие бронхолитики (основа базисной терапии): LABA (сальметерол, олодатерол, арформотерол). LAMA (тиотропия бромид, гликопирролат, аклидиния бромид, умеклидиния бромид). LABA + LAMA — предпочтительная комбинация для большинства пациентов благодаря синергизму в бронходилатации и снижению обострений. III. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) Показания к назначению ИГКС (в комбинации с LABA+LAMA): Пациенты группы E с ЭФ ≥ 300 клеток/мкл . Пациенты с частыми обострениями и ЭФ 100–300 клеток/мкл (рассмотреть). При обострении на фоне дуальной бронхолитической терапии можно эскалировать до тройной терапии. Важные изменения GOLD 2025: ИГКС+LABA удалены из начальной терапии — их не следует назначать в качестве первого шага. Преимущество ИГКС наиболее выражено при высоком уровне эозинофилов. Риск пневмонии возрастает на фоне ИГКС, особенно при ЭФ < 100 клеток/мкл. IV. Муколитики Муколитики (эрдостеин, N-ацетилцистеин, карбоцистеин) улучшают реологические свойства мокроты, облегчают отхаркивание и доказанно снижают частоту обострений. Ключевые исследования: В исследовании RESTORE эрдостеин снизил частоту
--	--	--

			обострений на 57%, а продолжительность обострений — с 12,3 до 9,1 дня. Мета-анализы подтверждают эффективность тиоловых муколитиков (эрдостеин, NAC) в снижении обострений независимо от приема ИГКС. В реальной клинической практике добавление эрдостеина к базисной терапии снижало частоту обострений на 0,19 в год. Механизмы действия муколитиков: Снижение вязкости мокроты . Антиоксидантное действие (эрдостеин, NAC) — снижение концентрации активных форм кислорода и IL-8 Усиление антибактериального эффекта некоторых антибиотиков . V. Пролонгированная кислородотерапия (ПКТ) Длительная кислородотерапия (>15 часов в сутки) — единственное лечение, доказанно улучшающее выживаемость у пациентов с ХОБЛ и тяжелой гипоксемией . Критерии назначения (GOLD 2025) — стабильное состояние, подтвержденное двукратно с интервалом в 3 недели: $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст. (7,3 кПа) или $SpO_2 \leq 88\%$. PaO_2 56–59 мм рт. ст. (7,3–8,0 кПа) или $SpO_2 \leq 88\%$ при наличии осложнений: легочное сердце, полицитемия (гематокрит > 55%), отеки. Правила назначения: Газы крови и сатурация определяются в стабильном состоянии на фоне оптимальной терапии. Оксигенотерапия должна проводиться не менее 15 часов в сутки . Исследования показали, что применение кислорода > 15 ч/сут снижает смертность на 50% по сравнению с 12 ч/сут .
--	--	--	---

			Цель — поддержание $PaO_2 > 55$ мм рт. ст. ($SpO_2 > 90\%$) . При гипоксемии только на фоне физической нагрузки назначается амбулаторный кислород. VI. Лечение обострений Критерии обострения: усиление одышки, увеличение объема и гнойности мокроты. Амбулаторное лечение (легкие-средние обострения): Кортикостероиды системные: преднизолон 40 мг/сут × 5 дней. Антибиотики (при гнойной мокроте): амоксициллин, доксициклин, азитромицин (с учетом локальной резистентности). Контроль через 48–72 часа Лечение в стационаре: Кислородотерапия (целевая SpO_2 88–92%). Бронхолитики через небулайзер каждые 4–6 часов. Системные кортикостероиды: преднизолон 40 мг/сут или эквивалент внутривенно × 5 дней. Антибиотики (5–7 дней). Антикоагулянты для профилактики тромбоэмболий. Оптимизация терапии при выписке: У пациентов с обострением на фоне дуальной бронхолитической терапии рекомендуется эскалация до LABA+LAMA+ИГКС при ЭФ > 300 клеток/мкл . Пациентам с ЭФ < 100 клеток/мкл добавление ИГКС не рекомендуется . Всем пациентам показано наблюдение врача через 48–72 часа после выписки.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5	53	32-летний мужчина госпитализирован с жалобами на боли в сердце, перебои, обмороки, которые появились полгода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте. При суточном мониторинге ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой	1.. Диагноз Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП), обструктивная форма (асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки с толщиной 1,7 см, задней стенки — 1,3 см, градиент давления в выносящем тракте

		тахикардии. При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 1,7 см, задней стенки левого желудочка - 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу 4,2 см. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какой противоаритмический препарат целесообразно назначить больному? • Пропранолол. • Кордарон. • Лидокаин. • Хинидин. • Новокаиномид.	левого желудочка > 30 мм рт. ст. предположительно). Желудочковые нарушения ритма (частая желудочковая экстрасистолия, пароксизмы желудочковой тахикардии). Синкопальные состояния в анамнезе. Отягощенный семейный анамнез по внезапной сердечной смерти. Обоснование: Диагноз основывается на характерной асимметричной гипертрофии миокарда левого желудочка (толщина МЖП > 1,5 см), клинической картине (боли, перебои, синкопе) и наличии желудочковых нарушений ритма у пациента молодого возраста с отягощенным семейным анамнезом по внезапной смерти. 2. Выбор противоаритмического препарата Кордарон (амиодарон). Обоснование: При ГКМП с желудочковыми нарушениями ритма и высоким риском внезапной смерти препаратом выбора является амиодарон. Он эффективно подавляет желудочковые аритмии и не оказывает отрицательного инотропного действия (в отличие от пропранолола, который может усугубить обструкцию и снизить сократимость). Кордарон также снижает риск внезапной смерти у пациентов с ГКМП. Почему не другие препараты: Пропранолол — показан при ГКМП для уменьшения обструкции и стенокардии, но при желудочковых тахикардиях и синкопе недостаточно эффективен, может усугубить брадикардию. Лидокаин — неэффективен при желудочковых аритмиях на фоне ГКМП. Хинидин и Новокаиномид — не являются препаратами выбора при ГКМП, могут усугублять обструкцию и иметь проаритмогенный эффект.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-	54	Бронхиальная астма. Определение. Факторы влияющие на развитие и клинические проявления БА. Механизмы развития. Клиническая картина. Диагностика. Классификация по степени	Бронхиальная астма — это хроническое гетерогенное заболевание дыхательных путей, характеризующееся хроническим воспалением, гиперреактивностью бронхов

5, ОПК-7		тяжести. Пикфлоуметрия. Критерии контроля над астмой в соответствии с GINA	и переменной обструкцией дыхательных путей. Основные механизмы развития: Воспаление и гиперреактивность: хроническое воспаление делает бронхи гиперчувствительными к триггерам. Бронхоспазм: спазм гладкой мускулатуры бронхов в ответ на раздражители. Ремоделирование: структурные изменения стенки бронхов при длительном течении, приводящие к необратимой обструкции. Факторы, влияющие на развитие и клинические проявления Факторы риска: наследственность, аллергены, вирусные инфекции, табакокурение, загрязнение воздуха, ожирение Триггеры обострений: физическая нагрузка, холодный воздух, стресс, респираторные инфекции, контакт с аллергенами. Клиническая картина Переменные симптомы: свистящее дыхание (wheezing), одышка (чувство нехватки воздуха), чувство заложенности в груди, кашель (часто в ночное время или ранним утром) . Симптомы могут усиливаться под влиянием триггеров и уменьшаться спонтанно или под действием лекарств. Диагностика Диагноз основан на клинической картине (симптомы) и доказательстве переменной обструкции дыхательных путей. Основной инструмент — спирометрия с бронходилатационным тестом. Положительный тест: прирост ОФВ₁ $\geq 12\%$ и ≥ 200 мл после ингаляции бронходилататора. Вспомогательные методы: Переменная ПСВ: суточная переменность $> 10\%$
----------	--	---	--

			(взрослые) при двукратном измерении в течение 14 дней. Бронхопровокационные тесты (метилахолин, маннитол). Биомаркеры: уровень эозинофилов крови ($> 0.5 \times 10^3/\text{мкл}$) или FeNO (фракция оксида азота в выдыхаемом воздухе $> 50 \text{ ppb}$) могут поддерживать диагноз, если спирометрия не позволяет его подтвердить . Классификация по степени тяжести и критерии контроля Ключевой принцип современной классификации — оценка контроля симптомов, а не степени тяжести, которая определяется объемом необходимой терапии. Критерии контроля симптомов у взрослых и детей (GINA): Астма контролируется, если в течение последних 4 недель у пациента отсутствуют следующие признаки: Дневные симптомы чаще 2 раз в неделю. Ночные пробуждения из-за астмы. Использование препаратов для купирования симптомов чаще 2 раз в неделю. Ограничение активности из-за астмы. Астма считается контролируемой при наличии 0-1 критерия и неконтролируемой при наличии 2-4 критериев. Пикфлоуметрия Метод измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) для: Оценки вариабельности бронхиальной обструкции (как критерий диагностики). Мониторинга эффективности лечения и контроля заболевания. Выявления ранних признаков ухудшения и предупреждения обострений.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-3, ОПК-6, ОПК-7	55	Ступенчатый подход к долгосрочному лечению бронхиальной астмы. Ингаляционные глюкокортикостероиды.	Современные международные рекомендации GINA 2025 предлагают два основных подхода к ступенчатой терапии бронхиальной астмы, которые позволяют персонализировать лечение с учетом индивидуальных особенностей пациента.

		Track 1, или предпочтительный подход, полностью исключает использование короткодействующих бета-агонистов в качестве единственного препарата для купирования симптомов. Вместо этого для большинства пациентов используется низкодозовая комбинация ингаляционного глюкокортикостероида с формотеролом, которая применяется как для регулярной базисной терапии, так и по требованию для облегчения симптомов. На начальной ступени 1 пациентам назначается только ингалятор, содержащий низкую дозу ИГКС и формотерол, который используется исключительно по потребности. На ступени 2 к этому добавляется регулярный прием той же комбинации два раза в день — утром и вечером. На ступени 3 пациенты переходят на режим поддерживающей и облегчающей терапии, при котором они продолжают принимать низкую дозу комбинации дважды в день, но для купирования симптомов могут использовать тот же ингалятор дополнительно, но не более определенного количества ингаляций в день. На ступени 4 доза поддерживающего препарата увеличивается до средней, а режим по требованию сохраняется. Track 2 является альтернативным подходом для пациентов, которые предпочитают отдельные ингаляторы или плохо привержены режиму поддерживающей и облегчающей терапии. На первой ступени назначается регулярный прием низких доз одного только ингаляционного глюкокортикостероида, а для купирования симптомов используется короткодействующий бета-агонист по требованию. На второй ступени к низкой дозе ИГКС добавляется длительнодействующий бета-агонист (LABA) в виде фиксированной комбинации, а для облегчения симптомов сохраняется SABA. На третьей ступени доза ИГКС-LABA повышается до средних или высоких доз при сохранении SABA по требованию. Ингаляционные глюкокортикостероиды
--	--	---

			Ингаляционные глюкокортикостероиды остаются наиболее эффективными противовоспалительными препаратами для долгосрочного контроля астмы и являются основой терапии всех пациентов с персистирующим течением заболевания. Их основной эффект реализуется через связывание с рецепторами глюкокортикоидов в цитоплазме клеток, что приводит к подавлению синтеза провоспалительных цитокинов и активации противовоспалительных генов. Кроме того, ИГКС обладают быстрым негеномным действием, подавляя проницаемость сосудов дыхательных путей уже в течение нескольких минут. Ключевым принципом является необходимость назначения ИГКС всем пациентам с персистирующей астмой, так как они эффективно контролируют симптомы и снижают риск обострений. При правильном применении в стандартных дозах риск системных побочных эффектов, таких как угнетение функции надпочечников или задержка роста у детей, минимален и зависит от величины дозы. Однако в высоких дозах, особенно у пожилых пациентов, может возрастать риск развития катаракты, остеопороза и других системных эффектов. Поэтому важно титровать дозу до минимальной эффективной, обеспечивающей контроль симптомов. Таким образом, ступенчатый подход GINA, особенно предпочтительный Track 1, направлен на максимальное снижение воспаления и риска обострений, отходя от устаревшей практики использования SABA в качестве монотерапии, которая сегодня признана небезопасной.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	56	У больного 46 лет, появились жалобы на жидкий стул с примесью слизи и крови, общую слабость, повышение температуры (37,50). При ректороманоскопии на фоне отека слизистой оболочки и отсутствия сосудистого рисунка определяется контактная кровоточивость, поверхность слизистой шероховатая, видны эрозии и язвы, сливающиеся между собой. При рентгенологическом исследовании с бариевой клизмой	Неспецифический язвенный колит Обоснование Клиническая картина (жидкий стул с примесью слизи и крови, слабость, субфебрильная температура) в сочетании с характерными эндоскопическими и рентгенологическими данными позволяет диагностировать неспецифический язвенный колит

	отмечается сужение просвета, сглаживание гаустраций, нечеткость контуров. Предполагаемый диагноз: 1. Полип кишки. 2. Неспецифический язвенный колит. 3. Доброкачественная опухоль. 4. Дивертикулез. 5. Хронический спастический колит.	(НЯК). Ключевые признаки, указывающие на НЯК: Клинические проявления: Хроническая диарея с примесью крови и слизи (патогномоничный симптом НЯК) Субфебрильная температура (37,5°C) — признак активности воспалительного процесса Общая слабость и интоксикация Эндоскопическая картина (ректороманоскопия): Отек слизистой оболочки, отсутствие сосудистого рисунка Контактная кровоточивость (легкость повреждения слизистой при прикосновении инструментом) Шероховатая поверхность слизистой Эрозии и язвы, сливающиеся между собой — характерный признак НЯК Рентгенологическая картина (ирригоскопия с барием): Сужение просвета кишки Сглаживание гаустраций («симптом отсутствия гаустрации» или «симптом водопроводной трубы») Нечеткость контуров — признак отека и воспаления Почему не подходят другие варианты: 1. Полип кишки: Не дает диффузного поражения слизистой; нет изъязвлений и кровоточивости по всей поверхности. 3. Доброкачественная опухоль: Не вызывает диффузных изменений слизистой, не сопровождается лихорадкой и кровянисто-слизистой диареей. 4. Дивертикулез: Характерны выпячивания стенки кишки, но не диффузное воспаление, эрозии и язвы; кровь обычно свежая, но без слизи.
--	--	---

			5. Хронический спастический колит: Нет эрозивно-язвенных изменений и контактной кровоточивости; кровь и слизь не характерны.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-6	57	Больная Б., 62 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в ребрах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника, слабость. При осмотре в области затылочной кости определяется опухолевидное образование размером 2*2 см, плотное, неподвижное, малоблезненное. Такие же опухолевидные образования, но меньших размеров, имелись в ребрах справа. В анализе крови отмечалась умеренная анемия и увеличенная СОЭ (60 мм/час). В анализах мочи – протеинурия 1,85 г/л. Общий белок – 140 г/л, гамма-глобулины 36%. На рентгенограмме черепа, ребер, тазовых костей выявлен остеопороз и округлой формы дефекты размером от 0,2 до 1,5 см. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какое исследование необходимо провести для установления точного клинического диагноза?	1.Предварительный диагноз Множественная миелома (плазмоклеточная миелома, болезнь Рустицкого-Калера) Диагноз основывается на характерной клинико-лабораторной картине: Поражение костной системы: остеопороз и множественные остеолитические дефекты ("дырчатые" дефекты) в плоских костях (черепа, ребра, таз) на рентгенограмме. Это является отражением деструкции костной ткани, которая сопровождается болями в ребрах и позвоночнике. Опухолевые образования: наличие плотных, малоблезненных опухолевидных образований в костях (затылочная кость, ребра), которые представляют собой плазмцитомы (локальные скопления миеломных клеток) Лабораторные признаки: Протеинурия 1,85 г/л. Эта массивная потеря белка с мочой при отсутствии других явных почечных заболеваний характерна для экскреции белка Бенс-Джонса (парапротеина — свободных легких цепей иммуноглобулинов), который является патогномоничным маркером миеломы. Умеренная анемия и высокая СОЭ (60 мм/час) — типичные проявления угнетения нормального кроветворения в костном мозге и парапротеинемии. Общий белок 140 г/л и гамма-глобулины 36%. Выраженная гиперпротеинемия (значительное повышение общего белка) за счет фракции гамма-глобулинов указывает на продукцию большого количества патологического белка (парапротеина)

			миеломными клетками. 2. Какое исследование необходимо провести для установления точного диагноза Для установления точного клинического диагноза необходимо провести исследование костного мозга (миелограмму). Основные методы: Стернальная пункция (пункция грудины) или трепанобиопсия подвздошной кости. Данные методы позволяют получить костный мозг для цитологического и гистологического исследования. Миелограмма: подсчет количества плазматических клеток. Наличие более 10% плазматических клеток (миеломных клеток) в костном мозге является основным диагностическим критерием множественной миеломы . В норме их количество не превышает 2–4%. При подтверждении диагноза также требуется дополнительная диагностика (иммунофиксация для типирования парапротеина, цитогенетическое исследование) для определения стадии и прогноза. Таким образом, первым и определяющим этапом верификации диагноза является гистологическое/цитологическое исследование костного мозга с обнаружением клональных плазматических клеток
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	58	Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические варианты.	Миокардит — это воспалительное заболевание сердечной мышцы (миокарда), которое может приводить к нарушению её насосной функции и возникновению аритмий. Воспаление может затрагивать как кардиомиоциты, так и интерстициальную ткань, и нередко сочетается с воспалением перикарда (миоперикардит). Этиология

		Причины миокардита многообразны и делятся на инфекционные и неинфекционные; во многих случаях этиология остается неизвестной (идиопатический миокардит). Инфекционные причины: в развитых странах чаще всего имеют вирусную природу . К наиболее распространенным вирусам относятся парвовирус В19 и вирус герпеса человека 6-го типа . Среди других значимых инфекционных агентов выделяют вирусы Коксаки А и В, ЕСНО-вирусы, вирусы гриппа, аденовирусы, цитомегаловирус, Эпштейна-Барр и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) . Из бактериальных причин важное место занимает дифтерийная инфекция . Причиной также могут быть паразитарные инвазии (болезнь Шагаса, токсоплазмоз) и грибковые инфекции . Неинфекционные причины включают в себя : Аллергические и гиперчувствительные реакции: на лекарственные препараты (антибиотики, сульфаниламиды, новокаин), вакцины и сыворотки . Токсические воздействия: например, кардиотоксическое действие кокаина и некоторых химиотерапевтических препаратов (доксорубицин) . Системные аутоиммунные заболевания: миокардит может быть проявлением системной красной волчанки, саркоидоза, болезни Бехчета и других ревматических заболеваний [citation:12]. Патогенез Патогенез миокардита представляет собой сложный процесс, в котором выделяют несколько ключевых механизмов. Прямое повреждение кардиомиоцитов происходит под действием самого инфекционного агента
--	--	---

		или его токсинов. За этим следует каскад иммуноопосредованных реакций: вирусная инфекция может приводить к сенсibilизации лимфоцитов, которые начинают атаковать собственные клетки миокарда . Образуются антитела к мембранам кардиомиоцитов, активируется система комплемента и образуются иммунные комплексы, фиксирующиеся в интерстиции и вызывающие воспаление. Воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, нейтрофилов или макрофагов, инфильтрирует ткань миокарда. Степень повреждения может варьировать от очагового (локализованного) до диффузного (распространенного). Этот процесс при хроническом течении может приводить к фиброзу (замещению мышечной ткани соединительной) и развитию дилатационной кардиомиопатии. Классификация Существует несколько подходов к классификации миокардита, в том числе новая классификация Американского колледжа кардиологии (ACC) 2024 года, которая выделяет четыре стадии заболевания по аналогии с сердечной недостаточностью. В клинической практике широко используется классификация, основанная на данных эндомиокардиальной биопсии (по Lieberman и соавт., 1991) и предложенная Американской кардиологической ассоциацией: Фульминантный (молниеносный) миокардит: бурное начало с тяжелой сердечной недостаточностью. При гистологическом исследовании обнаруживаются множественные очаги воспаления и некроза. При благоприятном исходе может завершиться полным выздоровлением. Острый миокардит: менее стремительное начало, но также с явлениями сердечной недостаточности и снижением сократимости. Часто прогрессирует в дилатационную кардиомиопатию.
--	--	---

		Хронический активный миокардит: характеризуется постепенным развитием, наличием воспаления и фиброза в биоптатах, что также приводит к дилатационной кардиомиопатии. Хронический персистирующий миокардит: при этой форме заболевания дилатации полостей сердца и выраженного снижения фракции выброса не происходит, прогноз более благоприятный. Гигантоклеточный миокардит: редкая, но крайне тяжелая форма, характеризующаяся наличием многоядерных клеток в биоптате и прогрессирующей рефрактерной сердечной недостаточностью с крайне неблагоприятным прогнозом. Эозинофильный миокардит: особая форма, связанная с эозинофильной инфильтрацией миокарда, которая может быть вызвана различными причинами, в том числе гиперчувствительностью. Основные клинические варианты Клиническая картина миокардитов чрезвычайно вариабельна и может варьировать от бессимптомного течения до развития кардиогенного шока. Выделяют несколько типичных клинических вариантов: Инфарктоподобный (псевдокоронарный) вариант: дебютирует с выраженного болевого синдрома в грудной клетке, напоминающего инфаркт миокарда, с характерными изменениями на ЭКГ и повышением тропонина, но при отсутствии коронарного атеросклероза. Аритмический вариант: ведущими в клинической картине являются нарушения ритма и проводимости (экстрасистолия, пароксизмы тахикардии, фибрилляция предсердий, блокады). Декомпенсационный вариант (с синдромом сердечной недостаточности): проявляется симптомами застойной сердечной недостаточности (одышка, отеки,
--	--	---

			гепатомегалия). Тромбоэмболический вариант: характеризуется тромбообразованием в полостях сердца с развитием тромбоэмболических осложнений. Псевдоклапанный вариант: симптомы миокардита могут имитировать порок сердца из-за шумов и изменения тонов. Бессимптомный (латентный или малосимптомный) вариант: протекает скрыто и выявляется случайно (например, при наличии стойких нарушений ритма на ЭКГ)
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-10	59	Миокардиты. Критерии диагноза. Этиологическое, патогенетическое, симптоматическое лечение.	Критерии диагноза миокардита Диагностика миокардита базируется на клинических, лабораторных и инструментальных данных, при этом "золотым стандартом" остается эндомикардиальная биопсия (ЭМБ) . Согласно клиническим рекомендациям РФ 2025 года, диагноз может быть установлен на основании сочетания следующих критериев: Клинические проявления: выделяют три классических варианта течения: боли в грудной клетке, симптомы аритмии (пальпитации, синкопе) или симптомы сердечной недостаточности (одышка, отеки, слабость) вплоть до кардиогенного шока . Лабораторные маркеры: повышение уровня высокочувствительного тропонина (hs-cTn) или креатинфосфокиназы (КФК-МВ) указывает на повреждение миокарда . Инструментальные методы: ЭКГ: неспецифические изменения (депрессия/подъем ST, инверсия Т), нарушения ритма и проводимости . Эхокардиография: для оценки глобальной и сегментарной сократимости, исключения клапанной патологии и перикардального выпота. МРТ сердца с контрастированием (Лейк-Энхансмент): ключевой неинвазивный метод, позволяющий визуализировать отек и фиброз миокарда .

		Эндомиокардиальная биопсия (ЭМБ): проводится при неясном диагнозе, фульминантном течении или подозрении на специфические формы (гигантоклеточный, эозинофильный миокардит). Диагностические критерии: воспалительный инфильтрат (>14 клеток/мм^2) с некрозом кардиомиоцитов (острый) или фиброзом (хронический) . Генетическое тестирование: рекомендуется при рецидивирующем течении, семейном анамнезе или тяжелых желудочковых аритмиях ввиду растущего понимания генетической предрасположенности . Этиологическое, патогенетическое и симптоматическое лечение 1. Этиологическое лечение Направлено на устранение причины заболевания и возможно при установленном возбудителе: Инфекционный миокардит: при бактериальной этиологии назначаются антибиотики (после верификации возбудителя и его чувствительности). Лекарственно-индуцированный (гиперчувствительный) миокардит: критически важна отмена подозреваемого препарата. Аутоиммунные и системные заболевания: в основе терапии лежит лечение основного ревматологического заболевания (например, глюкокортикоиды, цитостатики при СКВ, саркоидозе). 2. Патогенетическая (иммуносупрессивная) терапия Применяется для подавления иммунного воспаления и улучшения прогноза при определенных формах: Гигантоклеточный миокардит и саркоидоз сердца: показана агрессивная иммуносупрессивная терапия (кортикостероиды, возможно, в комбинации с циклоспорином или другими иммунодепрессантами) ввиду крайне неблагоприятного прогноза этих состояний. Эозинофильный миокардит: требует применения
--	--	---

		глюкокортикоидов. Лимфоцитарный миокардит: роль иммуносупрессии остается предметом дискуссий и требует дальнейших исследований. 3. Симптоматическое (неспецифическое) лечение Направлено на стабилизацию гемодинамики, устранение симптомов сердечной недостаточности и аритмий : При сердечной недостаточности (СН): Диуретики: для устранения задержки жидкости (отек легких, периферические отеки). При рефрактерных состояниях возможна комбинация петлевых диуретиков (фуросемид) с ингибиторами карбоангидразы (ацетазоламид) или антагонистами альдостерона. Инотропные препараты: при низком сердечном выбросе и гипоперфузии для поддержания кровообращения. Вазодилататоры: для снижения пред- и постнагрузки (при АД > 90 мм рт. ст.). Механическая поддержка: в тяжелых случаях (фульминантный миокардит, кардиогенный шок) используется внутриаортальная баллонная контрпульсация, ЭКМО или вспомогательные системы кровообращения. Таргетная терапия ХСН: на этапе стабилизации назначаются ингибиторы АПФ/АРНИ, бета-блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов и ингибиторы SGLT2. При нарушениях ритма: Антиаритмические препараты (по показаниям). Временная или постоянная электрокардиостимуляция при развитии атриовентрикулярной блокады. При болевом синдроме и перикардите: возможно использование НПВП или колхицина, но с осторожностью при сниженной фракции выброса левого
--	--	---

			желудочка . Ограничение физической активности: пациентам рекомендуется избегать интенсивных нагрузок и соревновательного спорта в течение 3–6 месяцев с постепенным возвращением к активности под контролем врача
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	60	Больной И., 26 лет, обратился в поликлинику с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больному легче сидеть, чем лежать. Болен 2-ю неделю. Объективно: температура 37,80 С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Назовите необходимые дополнительные исследования.	1.Предположительный диагноз: Внебольничная правосторонняя пневмония (нижнедолевая), осложненная экссудативным плевритом. Дыхательная недостаточность I-II степени. Инфекционно-токсический синдром. Обоснование диагноза: Острое начало и синдром интоксикации. Заболевание дебютировало с озноба, лихорадки (37,8°C) и сухого кашля — классические признаки инфекционного процесса. Плевральный синдром. Сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, и тяжесть в грудной клетке указывают на вовлечение плевры (сухой плеврит). Спустя 2 недели это состояние перешло в стадию экссудации, о чём свидетельствует изменение характера болей (тяжесть) и появление одышки. Наличие плеврального выпота. Объективные данные подтверждают наличие жидкости в правой плевральной полости: Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в дыхании. Пальпация: ослабление голосового дрожания (жидкость препятствует проведению звука). Перкуссия: тупой перкуторный звук от 7-го ребра по среднеподмышечной линии (верхняя граница жидкости по линии Дамуазо). Аускультация: резкое ослабление дыхания в зоне тупости. Признаки сердечно-сосудистых нарушений. Тахикардия (ЧСС 110 уд/мин), гипотензия (АД 90/60 мм рт. ст.) и

			смещение левой границы сердца кнаружи (на 1 см) могут указывать на развитие инфекционно-токсического шока или на смещение органов средостения из-за массивного выпота. 2. Необходимые дополнительные исследования Для подтверждения диагноза и определения тактики лечения необходимы: Общий анализ крови (ОАК): выявление лейкоцитоза, нейтрофилеза со сдвигом влево, повышения СОЭ. Рентгенография органов грудной клетки (ОГК) в прямой и боковой проекциях (или КТ): обязательный метод для визуализации инфильтрации лёгочной ткани и подтверждения наличия жидкости в плевральной полости. Ультразвуковое исследование (УЗИ) плевральных полостей: для точной визуализации выпота и выбора оптимальной точки для пункции. Диагностическая плевральная пункция: для подтверждения экссудата. Полученную жидкость отправляют на цитологическое, биохимическое и бактериологическое исследование (с определением чувствительности к антибиотикам). Бактериологическое исследование мокроты (или промывных вод бронхов) для выделения возбудителя. Электрокардиография (ЭКГ): для исключения острой сердечной патологии и подтверждения тахикардии. Общий анализ мочи и биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, электролиты, С-реактивный белок) для оценки тяжести состояния. Пульсоксиметрия для определения степени дыхательной недостаточности.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	61	Гипертоническая болезнь. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска. Патогенез.	Факторы риска гипертонической болезни Факторы риска развития гипертонической болезни традиционно делятся на немодифицируемые (которые нельзя изменить) и модифицируемые (на которые можно

			воздействовать). Немодифицируемые факторы риска: Наследственность и генетическая предрасположенность. Наличие гипертонической болезни у ближайших родственников (родителей, братьев, сестер) значительно повышает риск развития заболевания. Считается, что артериальная гипертензия имеет полигенную природу, и наследуется сочетание генетических вариантов, влияющих, например, на работу почечных транспортеров натрия или компоненты ренин-ангиотензиновой системы Возраст. Риск развития гипертонической болезни неуклонно растет с возрастом. В частности, с возрастом происходят изменения в вегетативной регуляции кровообращения, которые могут способствовать повышению давления, особенно после 40 лет . Пол. У мужчин риск развития артериальной гипертензии выше в более молодом возрасте, в то время как у женщин риск возрастает в постменопаузальном периоде. Модифицируемые факторы риска: Избыточная масса тела и ожирение. Это один из самых сильных и распространенных факторов риска. Снижение веса даже на 5% от исходного рекомендовано в качестве первоочередной меры для профилактики и лечения гипертонии. Избыточное потребление соли. Высокое потребление натрия (соли) — критический фактор, особенно для лиц с генетической предрасположенностью. Снижение потребления соли до менее 2300 мг в день является ключевой рекомендацией для контроля давления. Нездоровое питание. Диета с высоким содержанием насыщенных жиров и низким содержанием калия, кальция и клетчатки повышает риск. Диетический подход, такой как DASH-диета, доказал свою эффективность в снижении давления.
--	--	--	--

			Недостаточная физическая активность. Гиподинамия напрямую связана с развитием ожирения и снижением сосудистого тонуса. Курение. Курение табака является мощным фактором риска как для развития гипертонии, так и для сердечно-сосудистых осложнений. Психосоциальный стресс. Хронический стресс играет значительную роль в этиологии гипертонической болезни, способствуя стойкому повышению тонуса сосудов. Избыточное потребление алкоголя. Сахарный диабет и другие нарушения углеводного обмена. Патогенез гипертонической болезни Патогенез гипертонической болезни — сложный многофакторный процесс, в основе которого лежит нарушение регуляции тонуса периферических сосудов, приводящее к стойкому повышению артериального давления. Современные представления связывают развитие гипертонии с несколькими ключевыми механизмами. 1. Ключевая роль почек и натриевого баланса. Согласно современным данным, первичная причина развития эссенциальной гипертензии часто кроется в нарушении функции почек по выведению натрия. В норме почки поддерживают артериальное давление на стабильном уровне через механизм «pressure-natriuresis» (натрийурез, зависимый от давления). Любое нарушение этого механизма, вызванное генетическими факторами или приобретенными изменениями, приводит к задержке натрия и воды, что запускает каскад патологических реакций. Перегрузка солью ведет к увеличению объема плазмы и, как следствие, к повышению давления. Гипернатриемия также повреждает эндотелий сосудов и может провоцировать воспаление.
--	--	--	---

		2. Активация нейрогормональных систем. Ключевую роль в патогенезе играют две основные регуляторные системы: Ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС) и симпатическая нервная система (СНС) . При нарушении функции почек происходит активация РААС, что приводит к высвобождению ангиотензина II, мощного вазоконстриктора, который также стимулирует выработку альдостерона, задерживающего натрий. Гиперактивация СНС усиливает тонус сосудов и увеличивает сердечный выброс. Важно, что гипертония возникает, когда активность этих систем не подавляется в ответ на увеличение потребления соли. 3. Дисфункция вегетативной регуляции. Уже на начальных стадиях заболевания наблюдается нейроэндокринная активация и нарушение вегетативной регуляции кровообращения, что способствует ремоделированию (изменению структуры) сердца и сосудов. С течением времени и прогрессированием болезни эти нарушения усугубляются, приводя к стойкому повышению сосудистого тонуса. Определенную роль играет и развитие дисфункции барорефлекса. 4. Структурные изменения сосудов и сердца. Длительно существующая артериальная гипертензия сама по себе становится причиной дальнейшего усугубления патологического процесса. Повышенное давление приводит к гипертрофии миокарда левого желудочка и ремоделированию сосудистой стенки. Эти структурные изменения, в свою очередь, поддерживают и усиливают нарушения вегетативной регуляции, замыкая «порочный круг». На уровне сосудистой стенки ключевую роль в развитии гипертрофии и ускоренном атеросклерозе играет локальная тканевая РАА . Таким образом, патогенез гипертонической болезни —
--	--	--

			это процесс, в котором первичное нарушение регуляции (часто на уровне почек) активирует нейрогормональные системы, что приводит к дисфункции эндотелия, стойкой вазоконстрикции и последующим структурным изменениям в органах-мишенях, поддерживающим повышенное давление.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5,	62	Гипертоническая болезнь. Подходы к классификации (стадия, степень, стратификация риска). Поражение органов-мишеней. Ассоциированные клинические состояния	Гипертоническая болезнь (ГБ) — это хроническое заболевание, основным проявлением которого является стойкое повышение артериального давления (АД) без явных причин для развития вторичной (симптоматической) гипертензии. Классификация и подходы к ведению пациентов строятся на комплексной оценке нескольких ключевых параметров, которые определяют прогноз и тактику лечения. Классификация и стратификация риска Современный подход к гипертонической болезни требует оценки состояния пациента по трем основным осям: стадия, степень и категория риска. 1. Стадия гипертонической болезни — отражает наличие и тяжесть поражения органов-мишеней и сопутствующих заболеваний, но не зависит от уровня артериального давления. I стадия: отсутствие поражения органов-мишеней. Присутствие факторов риска возможно, но бессимптомного поражения органов нет. II стадия: выявляется бессимптомное поражение органов-мишеней, которое связано с гипертензией. Сюда также относится хроническая болезнь почек (ХБП) 3-й стадии или сахарный диабет без поражения органов-мишеней. III стадия: наличие ассоциированных клинических состояний, включая сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт, инсульт), ХБП 4-5-й стадии, или сахарный диабет с поражением органов-мишеней. 2. Степень гипертонической болезни — определяется

			исключительно уровнем артериального давления. 3. Стратификация (оценка) риска — это интегрированная оценка, которая суммирует влияние уровня АД (степени), всех факторов риска, наличия поражения органов-мишеней (стадии) и ассоциированных клинических состояний для определения общего сердечно-сосудистого прогноза. Конечная цель — определить категорию риска: низкий, умеренный, высокий или очень высокий. Пациенты с 3 степенью АД или с уже имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями по умолчанию относятся к группе очень высокого риска. Поражение органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированные клинические состояния (АКС) Основная цель диагностики при гипертонической болезни — выявить бессимптомное поражение органов-мишеней и ассоциированные состояния, так как именно они определяют стадию заболевания и высокий риск осложнений. Поражение органов-мишеней (ПОМ) К бессимптомному поражению органов-мишеней, которое свидетельствует о переходе заболевания во II стадию, относят: Сердце: гипертрофия левого желудочка, подтвержденная данными ЭКГ (индексы Соколова-Лайона, Корнелла) или ЭхоКГ (индекс массы миокарда ЛЖ). Сосуды: утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий ($>0,9$ мм) или наличие атеросклеротической бляшки; увеличение скорости пульсовой волны (>10 м/сек). Почки: снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до уровня 30–60 мл/мин/1,73 м² (ХБП 3 стадии); наличие микроальбуминурии (30–300 мг/сут). Ассоциированные клинические состояния (АКС)
--	--	--	---

			Наличие одного из этих состояний автоматически переводит пациента в группу очень высокого риска и свидетельствует о III стадии ГБ: Цереброваскулярные заболевания: ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака (ТИА). Ишемическая болезнь сердца (ИБС): инфаркт миокарда, стенокардия, перенесенная коронарная реваскуляризация Сердечная недостаточность: как со сниженной, так и с сохранной фракцией выброса. Хроническая болезнь почек (ХБП): с расчетной СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² (4-5 стадия) . Поражение периферических артерий: с клиническими проявлениями. Сахарный диабет с поражением органов-мишеней. Тяжелая гипертоническая ретинопатия: кровоизлияния, экссудаты или отек соска зрительного нерва
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	63	У 55-летнего больного, длительно страдающего мочекаменной болезнью, внезапно появились интенсивные распирающие боли в правой половине живота, озноб, повысилась температура до 39,5 0С, состояние крайне тяжелое, бледен, акроцианоз. АД 80/50 мм рт.ст. Пульс 150 в минуту, нитевидный. Креатинин крови 440 мкмоль/л. Наличие каких состояний наиболее вероятно у больного? 1. быстро прогрессирующий гломерулонефрит; 2. острый пиелонефрит; 3. острая окклюзия мочевых путей; 4. острый интерстициальный нефрит; 5. бактериемический шок.	Наиболее вероятные состояния 5. Бактериемический шок 3. Острая окклюзия мочевых путей Обоснование Исходное состояние (мочекаменная болезнь) — ключевой фактор риска развития острой обструкции мочевых путей. Внезапное начало с интенсивных распирающих болей в правой половине живота — характерный признак острой обтурации верхних мочевыводящих путей камнем. Фебрильная лихорадка (39,5°С), озноб, прогрессирующее ухудшение состояния, бледность, акроцианоз — признаки системной воспалительной реакции и надвигающегося септического шока. Артериальная гипотензия (АД 80/50 мм рт. ст.), нитевидный пульс 150 уд/мин — прямые признаки бактериемического (септического) шока. Креатинин крови 440 мкмоль/л — острое повреждение почек (острая почечная недостаточность), обусловленное обструкцией и/или шоком.

			Почему другие варианты менее вероятны: 1. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит — обычно не сопровождается выраженным болевым синдромом и фебрильной лихорадкой, характерно наличие гематурии, нефротического синдрома, а также связь с системными заболеваниями. 2. Острый пиелонефрит — является промежуточным звеном: он развивается на фоне обструкции и может привести к бактериемическому шоку. Однако сам по себе пиелонефрит не объясняет острую обструкцию, а клиническая картина (распирающие боли, шок) указывает на более тяжелый процесс, включающий обструкцию. 4. Острый интерстициальный нефрит — чаще связан с приемом лекарств, протекает с умеренной протеинурией и гематурией, без распирающих болей и обструкции. Вывод: Наиболее вероятно сочетание двух состояний: Острая обтурация правого мочеточника (вероятно, камнем) с развитием острого обструктивного пиелонефрита и бактериемического шока. Это ургентное состояние, требующее неотложного восстановления пассажа мочи (стентирование, чрескожная нефростомия) и массивной антибактериальной терапии в условиях отделения реанимации.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10	64	Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Стратификация риска. Лекарственные препараты, улучшающие прогноз. Медикаментозная терапия для купирования симптомов.	Стратификация риска Оценка риска определяет тактику ведения. Пациенты с низким риском могут получать только оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ), тогда как для пациентов с высоким риском часто требуется более агрессивная стратегия, включая инвазивную диагностику и реваскуляризацию. Низкий риск: ежегодная смертность <1%, неинвазивные

		тесты обычно не требуются. Промежуточный/высокий риск: проводятся неинвазивные функциональные пробы (стресс-ЭхоКГ, однофотонная эмиссионная КТ) или коронарная КТ-ангиография для оценки анатомии. Очень высокий риск: Коронароангиография (КАГ) показана при III–IV ФК стенокардии, высоком риске по данным неинвазивных тестов, или низкой эффективности медикаментозной терапии. Препараты, улучшающие прогноз Эти препараты снижают риск смерти, инфаркта миокарда и инсульта, и рекомендуются всем пациентам с подтвержденным диагнозом при отсутствии противопоказаний. Антитромбоцитарные (Антиагреганты): Ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-100 мг/сут — основа вторичной профилактики . Альтернатива при непереносимости АСК — клопидогрел. Липидснижающие препараты (Статины): Назначаются для достижения целевого уровня липопротеинов низкой плотности (ЛНП), независимо от исходного уровня холестерина. Ингибиторы АПФ (иАПФ) или Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА): Особенно показаны пациентам с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, сердечной недостаточностью или после инфаркта миокарда. Терапия для купирования симптомов Направлена на устранение приступов стенокардии и улучшение качества жизни. Выбор препарата зависит от частоты сердечных сокращений (ЧСС) и переносимости. Препараты 1-й линии: β-адреноблокаторы (БАБ): предпочтительны при исходно
--	--	---

			высокой ЧСС (> 60 уд/мин), сочетании с артериальной гипертензией или нарушениями ритма. Целевая ЧСС — 55–60 уд/мин. Блокаторы кальциевых каналов (БКК): недигидропиридиновые (верапамил, дилтиазем) используются как альтернатива БАБ для урежения пульса, дигидропиридиновые (амлодипин) — при низкой ЧСС. Для купирования острого приступа: Нитроглицерин короткого действия (сублингвально или в виде спрея). Препараты 2-й линии (при неэффективности или непереносимости первой линии): Длительнодействующие нитраты, ивабрадин (при непереносимости БАБ/БКК), триметазидин или ранолазин
УК-1, ПК-1, ОПК-4,	65	У больного 46 лет выявлены следующие изменения общего анализа крови: эритроциты – $2,4 \times 10^{12}/л$, Hb – 80 г/л, цветной показатель – 1,0, тромбоциты - $60 \times 10^9/л$, лейкоциты - $30 \times 10^9/л$, бластные клетки – 55%, пал. – 2%, сегм. – 15%, лимф. – 23%, мон. – 5%. СОЭ – 22 мм/час. 1. Какие изменения в анализе крови? 2. Какой диагноз можно поставить по данному анализу?	1.Изменения в анализе крови В данном общем анализе крови выявляется комплекс выраженных патологических изменений, указывающих на тяжелое нарушение системы кроветворения: Анемия — снижение уровня эритроцитов ($2,4 \times 10^{12}/л$) и гемоглобина (80 г/л). Цветовой показатель = 1,0 указывает на нормохромную анемию. Тромбоцитопения — значительное снижение числа тромбоцитов ($60 \times 10^9/л$), что создает риск геморрагических осложнений. Лейкоцитоз — повышение общего числа лейкоцитов до $30 \times 10^9/л$ за счет появления в крови бластных клеток (55%), что является абсолютно патологическим признаком. Наличие бластов — появление незрелых клеток-предшественников в периферической крови (в норме их быть не должно). Это указывает на опухолевую трансформацию костного мозга и нарушение нормального созревания клеток крови. СОЭ — умеренно повышена (22 мм/час), что отражает

			активность патологического процесса. 2. Предположительный диагноз На основании выявленных изменений (анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, наличие > 20% бластных клеток в периферической крови) наиболее вероятен диагноз: Острый лейкоз. Для уточнения типа лейкоза (миелоидный или лимфобластный) и подтверждения диагноза необходимо проведение: Миелограммы (исследования костного мозга) — выявление бластов более 20% в костном мозге является основным диагностическим критерием острого лейкоза. Цитохимического, иммунофенотипического и цитогенетического исследований для определения варианта острого лейкоза и выбора тактики терапии.
УК-1, ПК-1, ОПК-4,	66	Острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST. Диагностический алгоритм.	Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST — это критическое состояние, характеризующееся острой ишемией миокарда, вызванной полной окклюзией коронарной артерии, и наличием стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ. В основе патогенеза лежит тромбоз на месте разрыва нестабильной атеросклеротической бляшки, приводящий к трансмуральной ишемии. Термин «ОКС» является рабочим диагнозом, используемым в первые часы заболевания, когда еще недостаточно данных для окончательного диагноза (инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия). Диагностический алгоритм Диагностика ОКСпST должна проводиться по строгому алгоритму с целью минимизации времени до начала реперфузионной терапии. Клиническая оценка: Жалобы и анамнез: Типичная ангинозная боль — чувство сдавления, жжения или тяжести за грудиной, длительностью более 20 минут, не купирующаяся

		нитратами, с иррадиацией в левую руку, плечо, челюсть, спину или эпигастрий. Важно помнить об атипичных проявлениях (астматический, абдоминальный, цереброваскулярный, аритмический варианты), особенно у женщин, пожилых и пациентов с сахарным диабетом. Физикальное обследование: Оценка гемодинамики (АД, ЧСС), наличие признаков сердечной недостаточности (одышка, влажные хрипы в легких), беспокойство, бледность, гипергидроз. Электрокардиография — КЛЮЧЕВОЙ ЭТАП: Время выполнения: ЭКГ должна быть зарегистрирована в течение 10 минут с момента первого контакта с медицинским работником (на догоспитальном этапе или в приемном покое). Диагностические критерии: Стойкий (более 20 минут) подъем сегмента ST, по крайней мере, в двух смежных отведениях. Критерии подъема: $\geq 2,5$ мм у мужчин < 40 лет, ≥ 2 мм у мужчин ≥ 40 лет и $\geq 1,5$ мм у женщин в отведениях V2–V3, и ≥ 1 мм в других отведениях (при отсутствии гипертрофии левого желудочка и блокады левой ножки пучка Гиса) . Дополнительные отведения: При подозрении на инфаркт задней стенки или правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения V7–V9 и V3R–V4R соответственно. Лабораторная диагностика: Биомаркеры некроза миокарда: Определение уровня высокочувствительного тропонина (hs-cTn) является обязательным для подтверждения диагноза и дифференцировки инфаркта миокарда. Однако назначение реперфузионной терапии не должно задерживаться в ожидании результатов тропонинового теста, если ЭКГ-критерии ОКСnST очевидны. Дополнительные методы:
--	--	---

			Эхокардиография: Проводится для оценки глобальной и локальной сократимости миокарда, выявления осложнений (разрывы, тромбы, перикардит), но не должна задерживать проведение коронарной ангиографии. В идеале выполняется в первые 24 часа. Коронарная ангиография (КАГ): Является «золотым стандартом» для определения анатомии поражения коронарных артерий и выбора тактики реваскуляризации (чрескожное коронарное вмешательство). МРТ сердца: Может использоваться для дифференциальной диагностики с миокардитами и уточнения объема поражения, но не в остром периоде
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-5, ОПК-10	67	Острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST. Основные направления в лечении (обезболивание, тромболизис, антитромбоцитарные средства, β – блокаторы, ИАПФ, нитраты).	Обезболивание Морфин является препаратом выбора для купирования интенсивной ангинозной боли при ОКСпST, если она сохраняется на фоне приема нитратов. Морфин не только устраняет боль и страх, но также снижает симпатическую активность, уменьшает потребность миокарда в кислороде и способствует венозной вазодилатации, что особенно важно при отеке легких. Вводят его внутривенно дробно: начальная доза 2-4 мг, при необходимости повторяют каждые 5-15 минут до купирования боли. Важно помнить, что морфин может замедлять всасывание и ослаблять эффект пероральных антиагрегантов, поэтому при его использовании следует учитывать этот факт. Также возможно развитие таких побочных эффектов, как артериальная гипотензия, брадикардия, тошнота и угнетение дыхания, для коррекции которых применяются стандартные меры. Тромболизис (Фибринолитическая терапия) Тромболизис — это метод реперфузии, который заключается во внутривенном введении препаратов, разрушающих фибриновый тромб, окклюзирующий коронарную артерию. Его применение наиболее эффективно в первые 4-6 часов от начала симптомов, а максимальная польза достигается в течение первых 2

		часов. Тромболитическая терапия является альтернативой первичному ЧКВ в ситуациях, когда выполнить интервенционное вмешательство в рекомендуемые сроки (менее 120 минут от постановки диагноза) невозможно. Наиболее эффективными и предпочтительными являются фибринспецифичные препараты (непрямые фибринолитики), такие как альтеплаза, тенектеплаза, проурокиназа. Ключевой особенностью является то, что при проведении тромболизиса всегда необходимо сочетать его с антитромбоцитарной терапией (аспирин и клопидогрел), так как ядро фибринового тромба составляет тромбоцитарный агрегат, и монотерапия тромболитиком неэффективна. Антитромбоцитарные средства Антитромбоцитарные препараты являются краеугольным камнем медикаментозной терапии ОКСпST, поскольку они подавляют агрегацию тромбоцитов, предотвращая рост тромба и реокклюзию коронарной артерии после реперфузии. Ацетилсалициловая кислота (Аспирин): назначается как можно раньше в нагрузочной дозе 162-325 мг (разжевать) и является обязательным компонентом терапии. Ингибиторы P2Y₁₂: Тикагрелор или Прасугрел являются предпочтительными ингибиторами P2Y₁₂ у пациентов, которым планируется первичное ЧКВ. Нагрузочная доза тикагрелора 180 мг, прасугрела 60 мг. Прасугрел противопоказан при наличии в анамнезе ишемического инсульта или ТИА. Клопидогрел используется в основном при проведении тромболитической терапии (нагрузочная доза 300 мг, или 75 мг у пациентов старше 75 лет), либо когда тикагрелор и прасугрел противопоказаны или недоступны по цене.
--	--	---

			Бета-адреноблокаторы Бета-блокаторы назначаются для снижения потребности миокарда в кислороде и уменьшения риска злокачественных желудочковых аритмий. Они показаны всем пациентам с ОКСпST при отсутствии противопоказаний. Внутривенное введение рекомендовано в основном пациентам, получающим тромболитическую терапию, для снижения риска аритмий. После стабилизации состояния начинается или продолжается пероральный прием бета-блокаторов. Предпочтение отдается карведилолу, метопрололу, сукуинату или бисопрололу, особенно при наличии дисфункции левого желудочка. Абсолютными противопоказаниями являются гипотензия, острая сердечная недостаточность, АВ-блокада и тяжелая брадикардия.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5	68	У 60-летнего мужчины при рентгенологическом исследовании выявлена язва желудка размером 2,5 см. Какой признак позволяет предполагать злокачественный характер язвы? 1. снижение массы тела на 5 кг за два месяца; 2. отсутствие болей в эпигастральной области, несмотря на наличие язвы; 3. наличие соляной кислоты в желудочном соке при исследовании секреции тонким зондом; 4. язва желудка больших размеров; 5. выявление неровных краев язвенного кратера, асимметричность плотного бугристого вала, обрыв складок слизистой оболочки на границе с этим участком, ригидность прилежащих к нише участков стенки желудка при рентгенологическом исследовании.	Злокачественный характер язвы желудка (рак) можно заподозрить по характерным рентгенологическим признакам: 5. Неровные, подрытые края язвенного кратера — в отличие от доброкачественной язвы, которая имеет ровные, четкие контуры. Асимметричность плотного бугристого вала — инфильтрация опухолевой тканью, которая делает вал вокруг язвы неровным, бугристым, плотным. Обрыв складок слизистой оболочки на границе с язвой — в отличие от доброкачественной язвы, где складки сходятся к кратеру (симптом "лучистой конвергенции"), при раке складки обрываются. Ригидность (неподвижность) прилежащих участков стенки желудка — обусловлена инфильтрацией опухолью, в результате чего стенка теряет эластичность и не сокращается. Почему другие признаки менее специфичны: 1. Снижение массы тела на 5 кг за два месяца — является

			важным, но неспецифическим симптомом, может наблюдаться и при доброкачественной язве с нарушением питания, либо при других заболеваниях. 2. Отсутствие болей в эпигастрии — при злокачественных язвах боли могут отсутствовать ("немые язвы"), но этот признак не является достоверным. 3. Наличие соляной кислоты в желудочном соке — при раке желудка кислотопродукция часто снижена или отсутствует (ахлоргидрия), однако сохранение секреции не исключает злокачественности. 4. Язва больших размеров (более 2 см) — является фактором риска, но сама по себе не является достоверным критерием злокачественности.
УК-1, УК-4, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	69	Антигипертензивная терапия. Тактика долгосрочного медикаментозного контроля артериального давления. Подходы к выбору препарата. Монотерапия и комбинированное лечение. Медикамент и качество жизни. Сопутствующая терапия для коррекции факторов риска.	Тактика долгосрочного контроля АД Основная цель терапии — достижение индивидуального целевого уровня АД (обычно < 140/90 мм рт. ст.) с хорошей переносимостью. Контроль эффективности проводится через 4-6 недель после назначения или коррекции лечения. Достижение цели часто требует времени и упорства как от врача, так и от пациента. Выбор препарата и подходы к терапии Стартовая стратегия зависит от исходного уровня АД и сопутствующих рисков: Монотерапия: Как правило, является первым шагом при 1-й степени гипертонии (АД 140-159/90-99 мм рт. ст.) или у пациентов с низким риском. Назначается один препарат одной из пяти основных групп: ингибитор АПФ, блокатор рецепторов ангиотензина (БРА), блокатор кальциевых каналов (БКК) или тиазидный диуретик. Комбинированная терапия: Рекомендуются в качестве стартовой тактики для большинства пациентов, особенно при 2-й степени гипертонии (АД ≥ 140/90 мм рт. ст.) и высоком сердечно-сосудистом риске. Комбинация двух препаратов, часто в виде фиксированной комбинации в одной таблетке, позволяет быстрее достичь целевого

		давления, снижает риск побочных эффектов и улучшает приверженность лечению. Предпочтительны сочетания: Ингибитор АПФ/БРА + БКК (например, периндоприл + амлодипин). Ингибитор АПФ/БРА + диуретик. Выбор препарата: Зависит от сопутствующих заболеваний. Например, бета-блокаторы — препараты выбора при сочетании гипертонии с сердечной недостаточностью или ИБС. Препараты и качество жизни Учет качества жизни — важный аспект долгосрочной терапии: Побочные эффекты: Сухой кашель (ИАПФ), периферические отеки (БКК), электролитные нарушения (диуретики) могут существенно снижать приверженность лечению. При их появлении необходима замена препарата или коррекция дозы. Кратность приема: Предпочтение отдается препаратам с длительным действием и возможностью однократного приема в сутки, а также фиксированным комбинациям, упрощающим схему лечения. Приверженность: Использование дневников самоконтроля и фиксированных комбинаций значительно повышает приверженность пациентов лечению. Сопутствующая терапия для коррекции факторов риска Медикаментозное лечение гипертонии неразрывно связано с модификацией образа жизни. Эти меры являются основой терапии и значительно повышают ее эффективность: Ограничение соли: Менее 5-6 граммов в сутки. Снижение массы тела: При ожирении и избыточном весе. Регулярная физическая активность: Аэробные нагрузки умеренной интенсивности. Отказ от курения: Снижает общий сердечно-сосудистый
--	--	--

			риск. Коррекция дислипидемии и гипергликемии: Назначение статинов или сахароснижающих препаратов при необходимости (например, при сахарном диабете) для комплексного снижения риска.
УК-1, ПК-1, ОПК-4	70	48-летняя женщина госпитализирована с жалобами на боли и ограничение движений в межфаланговых суставах кистей. При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов выявлены плотные узелки размером 0,5 см, болезненные при пальпации. Суставы незначительно деформированы, движения в них ограничены. При рентгенографии обнаружено сужение суставной щели, остеопороз. Наиболее вероятный диагноз? 1. Ревматоидный артрит. 2. Реактивный артрит. 3. Остеоартроз. 4. Псориатический артрит. 5. Болезнь Рейтера.	Остеоартроз Обоснование Клинико-рентгенологическая картина указывает на остеоартроз (ОА) — дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов. Ключевые признаки, характерные для ОА: Локализация: Поражение дистальных межфаланговых суставов кистей (узелки Гебердена) — это классическая локализация для остеоартроза, в отличие от ревматоидного артрита, который поражает проксимальные межфаланговые и пястно-фаланговые суставы. Узелки: Плотные, болезненные при пальпации узелки размером 0,5 см в области дистальных межфаланговых суставов — это узелки Гебердена, патогномоничный признак остеоартроза. Рентгенологические изменения: Сужение суставной щели (свидетельство потери хряща), остеопороз (в данном контексте — субхондральный остеосклероз, часто ошибочно называемый остеопорозом) — типичные рентгенологические признаки остеоартроза. Хотя остеопороз более характерен для ревматоидного артрита, в данном случае он может описывать изменения в костной ткани, сопутствующие ОА. Почему другие варианты менее вероятны: а. Ревматоидный артрит: Характеризуется поражением проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов, утренней скованностью > 30 мин, симметричностью, наличием ревматоидного фактора и

			эрозивными изменениями на рентгенограммах. 2. Реактивный артрит: Развивается после перенесенной инфекции (кишечной, урогенитальной), сопровождается поражением суставов нижних конечностей, уретритом, конъюнктивитом. 4. Псориатический артрит: Характерно поражение дистальных межфаланговых суставов, но обязательно наличие кожных проявлений псориаза и характерных рентгенологических изменений («симптом карандаша в стакане», оститы). 5. Болезнь Рейтера: Является вариантом реактивного артрита и проявляется классической триадой: уретрит, конъюнктивит, артрит. В данном случае таких симптомов нет.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10	71	Больной 50 лет, страдающей ишемической болезнью сердца и ожирением, проведена холецистэктомия. На 5-е сутки появилась одышка, боли в груди, кровохарканье. Температура тела 37,20, артериальное давление 110/70 мм рт.ст. Частота пульса 110 в минуту. При рентгенологическом исследовании обнаружены множественные очаговые тени и однородное затемнение в виде треугольной тени в нижней доле правого легкого. 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Составьте план обследования и лечения?	1.Предварительный диагноз Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), предположительно массивная или субмассивная, с развитием инфарктной пневмонии нижней доли правого легкого. Осложнение раннего послеоперационного периода. Обоснование: Диагноз основывается на совокупности клинических и рентгенологических данных. Наличие факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) — ожирение, недавнее оперативное вмешательство (холецистэктомия) — в сочетании с внезапным появлением классических симптомов ТЭЛА (одышка, тахикардия, боли в груди, кровохарканье) является высокоспецифичным. Патогномоничным для легочного инфаркта на рентгенограмме является однородная треугольная тень (симптом Хамптона) в нижней доле правого легкого, которая, наряду с множественными очаговыми тенями, является поздним рентгенологическим признаком ТЭЛА.

		2. План обследования и лечения 1. План обследования (для подтверждения диагноза и оценки риска) Подтверждение диагноза: КТ-ангиография легочной артерии (КТ-АЛ): «Золотой стандарт» для визуализации тромбов. Эхокардиография: Оценка функции правого желудочка и давления в легочной артерии (признак субмассивной ТЭЛА). Оценка тяжести: ЭКГ: Признаки перегрузки правых отделов сердца (SIQIII, блокада правой ножки пучка Гиса). Лабораторные тесты: D-димер (для дифференциальной диагностики), высокочувствительный тропонин и NT-proBNP (для стратификации риска), а также коагулограмма (МНО, АЧТВ). Уточнение источника: УЗИ (компрессионное) вен нижних конечностей: Для поиска источника тромбоза. 2. План лечения (стратегия зависит от тяжести) Лечение должно начинаться немедленно при подозрении на ТЭЛА, до получения результатов инструментальной диагностики. Антикоагулянтная терапия (основа лечения): Назначается немедленно. В качестве начальной терапии предпочтительны низкомолекулярные гепарины (эноксапарин) или фондапаринукс, которые имеют более предсказуемый эффект и меньший риск кровотечений, чем нефракционированный гепарин. Затем осуществляется переход на пероральные антикоагулянты (ривароксабан, апиксабан, дабигатран). Реперфузионная терапия (тромболизис): Жизненно необходима при массивной ТЭЛА (кардиогенный шок, стойкая гипотензия) и рассматривается при субмассивной
--	--	--

			(дисфункция правого желудочка, повышение тропонина). Проводится тромболитиками (алтеплаза) для быстрого восстановления кровотока. Ингаляция кислорода: Для коррекции гипоксемии. Хирургические методы: Эмболизэктомия рассматривается при неэффективности тромболитизиса или наличии противопоказаний к нему. Профилактика рецидивов: Обязательная эластическая компрессия нижних конечностей и ранняя активизация пациента для предотвращения повторных ВТЭО.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-6, ОПК-7	73	Хроническая сердечная недостаточность. Определение ХСН. Этиология. Основные препараты для медикаментозного лечения. ИАПФ. β – блокаторы. Антагонисты альдостерона. Диуретики. Сердечные гликозиды. Антагонисты рецепторов к ангиотензину- II. Хирургические и электрофизиологические методы лечения.	Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — это клинический синдром, характеризующийся характерными симптомами (одышка, отеки, слабость) и/или признаками (повышенное давление в яремных венах, влажные хрипы в легких, периферические отеки), обусловленными структурными и/или функциональными нарушениями сердца, приводящими к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения камер сердца как в покое, так и при нагрузке. Этиология ХСН Этиология ХСН многогранна и включает широкий спектр причин, которые принято делить на несколько основных групп: Ишемическая болезнь сердца (ИБС): является ведущей причиной в развитых странах, включая перенесенный инфаркт миокарда и хроническую ишемию. Артериальная гипертензия: длительно существующая гипертензия приводит к гипертрофии и диастолической дисфункции левого желудочка. Клапанные пороки сердца: как врожденные, так и приобретенные (например, аортальный стеноз, митральная недостаточность). Кардиомиопатии: идиопатические, генетические, токсические (алкоголь, химиотерапевтические препараты), воспалительные (миокардит) и др.

			Нарушения ритма сердца: особенно фибрилляция предсердий, которая может как быть причиной, так и следствием ХСН. Другие причины: заболевания перикарда, врожденные пороки, инфильтративные болезни (амилоидоз, саркоидоз), эндокринные нарушения (гипер- и гипотиреоз). Основные группы препаратов для лечения ХСН Медикаментозная терапия ХСН направлена на улучшение прогноза (снижение смертности и госпитализаций), уменьшение симптомов и улучшение качества жизни. 1. Ингибиторы АПФ (ИАПФ) и Антагонисты рецепторов ангиотензина II (БРА) Механизм действия (ИАПФ): снижают образование ангиотензина II и распад брадикинина, вызывая вазодилатацию, снижение нагрузки на сердце и уменьшение ремоделирования миокарда. Механизм действия (БРА): блокируют рецепторы AT1 к ангиотензину II, устраняя его сосудосуживающее действие, но не влияя на распад брадикинина (в отличие от ИАПФ). Клиническое применение: оба класса являются препаратами первой линии при ХСНнФВ, улучшая прогноз. Предпочтение отдается ИАПФ (эналаприл, рамиприл, периндоприл) как более изученным препаратам. БРА (валсартан, кандесартан, лозартан) являются альтернативой при непереносимости ИАПФ (например, при упорном кашле) или показаны в комбинации с ИАПФ и сакубитрилом (в составе АРНИ). Важно: в 2026 году АРНИ (сакубитрил/валсартан) занимает лидирующие позиции в лечении ХСНнФВ,
--	--	--	---

			превосходя ИАПФ по эффективности в снижении сердечно-сосудистой смертности и госпитализаций. 2. Бета-адреноблокаторы (β-блокаторы) Механизм действия: блокада β1-адренорецепторов сердца, что приводит к снижению ЧСС, замедлению проводимости и уменьшению потребности миокарда в кислороде. Клиническое применение: препараты выбора для всех пациентов с ХСНнФВ (бисопролол, карведилол, метопролол сукцинат). Требуют медленного титрования доз. Эффективность: доказано снижение смертности, частоты госпитализаций и улучшение ремоделирования сердца. 3. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) Механизм действия: блокируют рецепторы альдостерона в почках, что способствует выведению натрия и воды, а также уменьшает фиброз миокарда. Клиническое применение: показаны всем пациентам с ХСНнФВ и сохранной ФВ (при сохранной ФВ — преимущественно при наличии симптомов). Спиронолактон и эплеренон назначаются в малых (не диуретических) дозах 25-50 мг/сут под контролем калия и функции почек. 4. Диуретики Механизм действия: увеличивают экскрецию натрия и воды, уменьшая объем циркулирующей крови и отеки. Клиническое применение: применяются для коррекции задержки жидкости (одышка, отеки) и являются препаратами симптоматической терапии. Предпочтение отдается петлевым диуретикам (фуросемид, торасемид) . Тиазидные диуретики добавляются при рефрактерных отеках . Используются в минимально эффективных дозах для контроля симптомов, так как не улучшают прогноз.
--	--	--	--

		5. Сердечные гликозиды (дигоксин) Механизм действия: блокада натрий-калиевой АТФазы в кардиомиоцитах, что приводит к повышению внутриклеточного кальция и усилению сократимости миокарда (положительный инотропный эффект). Клиническое применение: дигоксин является препаратом второго ряда. Показан в основном для контроля ЧСС при фибрилляции предсердий и для облегчения симптомов у пациентов с тяжелой ХСНнФВ (NYHA III-IV класс) . Не улучшает прогноз, но может уменьшать частоту госпитализаций. Хирургические и электрофизиологические методы лечения Эти методы применяются у пациентов с тяжелой ХСН (стадия D) при неэффективности максимальной медикаментозной терапии. Хирургические методы: Коронарное шунтирование (КШ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ): для реваскуляризации миокарда при ИБС. Коррекция клапанных пороков: например, пластика или протезирование клапанов. Трансплантация сердца: радикальный метод для терминальных стадий ХСН. Имплантация систем вспомогательного кровообращения (ВКК): в качестве «моста» к трансплантации или для долгосрочной терапии. Электрофизиологические методы: Имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы (ИКД): для профилактики внезапной сердечной смерти, показаны при ФВ $\leq 35\%$ и ХСН II-III ФК. Сердечная ресинхронизирующая терапия (СРТ):
--	--	---

			имплантация трехкамерного электрокардиостимулятора для улучшения синхронизации сокращений левого и правого желудочков. Показана при ФВ $\leq 35\%$ и наличии блокады левой ножки пучка Гиса с QRS ≥ 150 мс, а также при симптомах СН II-IV ФК, не поддающейся медикаментозной коррекции.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	74	Мужчина, 52 лет, госпитализирован с жалобами на рвоту «кофейной гущи», повторный жидкий дегтеобразный стул в течение суток. Ранее подобных явлений не было. Частота пульса 96 в минуту. Артериальное давление 100/70 мм рт.ст. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены следы кала черного цвета. Выберите оптимальный метод исследования: 1. Ректороманоскопия. 2. Ирригоскопия. 3. Эзофагогастродуоденоскопия. 4. Рентгеноскопия желудка. 5. Лапароскопия.	Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) Обоснование Клиническая картина (рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул — мелена, тахикардия, гипотензия) с высокой вероятностью указывает на острое желудочно-кишечное кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка). ЭГДС является методом выбора («золотым стандартом») в данной ситуации, так как она позволяет: Визуализировать источник кровотечения — обнаружить язву, эрозию, варикозно-расширенные вены пищевода или другую патологию. Провести лечебные мероприятия — осуществить эндоскопический гемостаз (инъекционный, аргонплазменную коагуляцию, клипирование) непосредственно во время исследования, что может остановить кровотечение без хирургического вмешательства. Взять биопсию при подозрении на злокачественный процесс. Почему другие варианты менее подходят: 1. Ректороманоскопия — позволяет осмотреть только прямую и сигмовидную кишку и не даст информации об источнике кровотечения в верхних отделах ЖКТ. 2. Ирригоскопия — рентгенологическое исследование толстой кишки; не является методом выбора при подозрении на кровотечение из верхних отделов.

			4. Рентгеноскопия желудка — менее информативна, чем ЭГДС, не позволяет провести лечебные манипуляции и имеет ограниченную чувствительность для выявления острых эрозий и язв. 5. Лапароскопия — инвазивный хирургический метод, который используется только в сложных диагностических случаях, когда другие методы не дали результата, и при подозрении на хирургическую патологию органов брюшной полости. При подозрении на ЖКК из верхних отделов ЭГДС является первым и основным методом.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	75	Фибрилляция предсердий. Основные этиологические факторы. Механизмы развития. Клинические и электрокардиографические проявления. Гемодинамические последствия.	Фибрилляция предсердий (ФП) — это самая распространенная наджелудочковая тахикардия, характеризующаяся хаотичной электрической активностью предсердий с частотой 350-700 в минуту, что исключает их координированное сокращение и сопровождается нерегулярным (абсолютно аритмичным) ритмом желудочков. Основные этиологические факторы Развитию ФП способствуют как сердечно-сосудистые заболевания, так и некардиальные причины. Кардиальные причины: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (включая инфаркт миокарда), клапанные пороки сердца (особенно митральный стеноз), кардиомиопатии, гипертрофия миокарда, а также состояния после кардиохирургических операций. Некардиальные причины и факторы риска: гиперфункция щитовидной железы (тиреотоксикоз), ожирение, синдром апноэ во сне, хроническая болезнь почек, злоупотребление алкоголем, а также курение и пожилой возраст. Идиопатическая ФП: у ряда пациентов ФП развивается

			без видимых структурных изменений сердца (так называемая "солевая" ФП). Механизмы развития Основой патогенеза ФП являются электрофизиологические изменения в предсердиях. Выделяют два ключевых механизма. Теория множественных волн (Моэ): наличие множества независимых волн возбуждения, циркулирующих по предсердиям, поддерживающих хаотическую активность. Триггерная активность: особую роль играют устья легочных вен, откуда часто исходят эктопические импульсы, запускающие пароксизм ФП. Этот механизм стал основой для разработки метода катетерной абляции. Важное значение имеет электрофизиологическое ремоделирование — изменения свойств предсердий, которые происходят под воздействием самой аритмии (ускорение ритма и дилатация предсердий). Чем дольше сохраняется ФП, тем сильнее выражены эти изменения, что затрудняет восстановление синусового ритма и способствует ее хронизации. Клинические и электрокардиографические проявления Симптоматика вариабельна и часто зависит от частоты желудочковых сокращений. Клинические симптомы: могут полностью отсутствовать (бессимптомное течение). Частыми симптомами являются сердцебиение (пальпитация), дискомфорт в груди, слабость, головокружение и одышка. При очень высокой ЧСС (более 140 уд/мин) возможно развитие острой сердечной недостаточности, а при наличии сопутствующей ИБС — стенокардии. Физикальные признаки: характерный признак —
--	--	--	--

			абсолютно нерегулярный ("беспорядочный") пульс, при котором частота пульса на лучевой артерии может быть меньше частоты сердечных сокращений на верхушке (дефицит пульса). ЭКГ-критерии ФП: Отсутствие зубцов Р во всех отведениях. Наличие мелких, нерегулярных волн f (фибрилляции) с частотой > 300 в минуту, которые лучше всего видны в отведении V1. Абсолютно нерегулярные интервалы R-R . Гемодинамические последствия Фибрилляция предсердий оказывает значительное влияние на системную гемодинамику. Потеря систолы предсердий: координированное сокращение предсердий обеспечивает до 20-30% наполнения желудочков кровью. При ФП этот механизм утрачивается, что снижает сердечный выброс и усугубляет симптомы сердечной недостаточности, особенно у пациентов с исходной диастолической дисфункцией. Высокий риск тромбоэмболий: из-за неэффективного сокращения и дилатации предсердий кровь застаивается, особенно в ушке левого предсердия, создавая условия для формирования тромбов. Отрыв тромба ведет к системной тромбоэмболии, самым грозным проявлением которой является ишемический инсульт. ФП повышает риск инсульта в 5 раз. Тахикардиомиопатия: длительная тахисистолия (частая форма ФП с высокой ЧСС) может приводить к дилатации полостей сердца и развитию или прогрессированию сердечной недостаточности, а именно дилатационной кардиомиопатии, индуцированной тахикардией
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	76	Фибрилляция предсердий. Фармакологическая кардиоверсия. Электрическая кардиоверсия. Контроль частоты желудочковых сокращений при фибрилляции предсердий. Профилактика	Фибрилляция предсердий (ФП) — одна из самых частых аритмий, требующая решения трех ключевых задач: контроля ритма (кардиоверсия), контроля частоты

		тромбоэмболических осложнений.	желудочковых сокращений и профилактики тромбоэмболических осложнений. Выбор тактики зависит от длительности аритмии, гемодинамической стабильности и риска инсульта. Фармакологическая кардиоверсия (восстановление ритма) Фармакологическая кардиоверсия применяется для восстановления синусового ритма у пациентов с недавно возникшей (менее 48 часов) фибрилляцией предсердий при отсутствии грубых гемодинамических нарушений . Препараты вводятся внутривенно под контролем ЭКГ. Препараты выбора: Для этой цели используются антиаритмические препараты классов IC и III. В отечественной практике часто применяются амиодарон и пропафенон. В некоторых клинических ситуациях рассматривается использование других препаратов. Вернакалант: Это относительно новый внутривенный препарат, обладающий высокой эффективностью для купирования пароксизмов ФП (восстановление ритма у 47% пациентов против 14% на плацебо). Он действует быстро — в среднем за 12 минут . Однако его применение ограничено из-за специфических побочных эффектов, включая искажение вкуса, чихание, парестезии и риск гипотензии. Электрическая кардиоверсия Электрическая кардиоверсия является наиболее эффективным методом восстановления синусового ритма, особенно при затяжных пароксизмах (более 48 часов) или при гемодинамической нестабильности, когда требуется экстренное вмешательство. Применение: Метод заключается в нанесении синхронизированного электрического разряда на определенную фазу сердечного цикла. Проводится под
--	--	---------------------------------------	---

		кратковременной седацией или наркозом. Подготовка: Критически важным условием перед плановой кардиоверсией является адекватная антикоагулянтная терапия в течение как минимум 3 недель до и 4 недель после процедуры для профилактики тромбоэмболий. Альтернативный подход — проведение чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) перед процедурой для исключения тромба в ушке левого предсердия, что позволяет выполнить кардиоверсию на фоне гепарина без длительной предварительной подготовки. Контроль частоты желудочковых сокращений Стратегия контроля частоты (урежения пульса) является приоритетной у пожилых пациентов и при бессимптомном течении ФП. Целевые значения: Обычно стремятся к целевой частоте желудочковых сокращений в покое менее 80–100 ударов в минуту, а при нагрузке — менее 110 ударов в минуту. Препараты для контроля ЧСС: Основными группами препаратов являются бета-блокаторы (метопролол, бисопролол), недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем) и сердечные гликозиды (дигоксин) . Выбор препарата зависит от сопутствующей патологии и клинической ситуации. Дигоксин особенно эффективен при сочетании ФП с сердечной недостаточностью. Экстренная ситуация: При тахисистолической форме ФП с нестабильной гемодинамикой или тяжелой ишемией требуется немедленное медикаментозное урежение ритма внутривенными препаратами или проведение экстренной электрической кардиоверсии. Профилактика тромбоэмболических осложнений Фибрилляция предсердий увеличивает риск
--	--	--

			ишемического инсульта в 5 раз. Профилактика тромбоэмболий является важнейшей задачей, решение которой зависит от риска, оцениваемого по шкале CHA₂DS₂-VASc. Оценка риска: Шкала учитывает возраст, пол, наличие сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, сахарного диабета, перенесенных инсультов и сосудистых заболеваний. Пациентам с 2 и более баллами показана антикоагулянтная терапия . Препараты для длительной терапии: Варфарин: Классический антагонист витамина К. Требует регулярного контроля МНО (целевой уровень 2.0-3.0), что обеспечивает его эффективность, но создает определенные неудобства для пациента. Прямые оральные антикоагулянты (ПОАК): Апиксабан, дабигатран, ривароксабан и эдоксабан являются препаратами выбора для большинства пациентов с неклапанной ФП. Они обладают предсказуемым эффектом и не требуют рутинного контроля коагулограммы. Пре-, пери- и постпроцедурная антикоагуляция: При выполнении кардиоверсии (как фармакологической, так и электрической) обязательна антикоагулянтная терапия. При длительности ФП более 48 часов или неизвестной длительности необходима антикоагуляция в течение ≥ 3 недель до и ≥ 4 недель после кардиоверсии. При нестабильной гемодинамике возможно экстренное проведение кардиоверсии на фоне внутривенного введения гепарина с последующим переходом на пероральные антикоагулянты.
УК-1, ПК-1, ОПК-4, ОПК-5,	77	Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе частые циститы. Объективно: температура 38°C. Общее состояние средней	1. Диагноз и его обоснование Диагноз: Острый правосторонний пиелонефрит, среднетяжелое течение. Вероятно, вторичный (обструктивный) на фоне анатомических особенностей или нарушений уродинамики, учитывая частые циститы в анамнезе.

		тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа. 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Назовите необходимые дополнительные исследования.	Обоснование: Диагноз основывается на характерной клинической картине: Синдром интоксикации: Острое начало с потрясающего озноба и фебрильной температуры (38°C) указывает на системный воспалительный ответ. Болевой синдром: Локализованная боль в пояснице справа (проекция почки). Болезненность по ходу мочеточника (по наружному краю прямой мышцы живота) и положительный симптом Пастернацкого справа подтверждают вовлечение верхних мочевыводящих путей Дизурические явления: Частое болезненное мочеиспускание указывает на сопутствующий цистит, что характерно для восходящего пути инфекции. 2. Необходимые дополнительные исследования Для подтверждения диагноза, оценки тяжести и выбора тактики лечения необходимы: Лабораторные исследования: Общий анализ мочи (ОАМ): Выявление лейкоцитурии (пиурии), бактериурии. Исследование должно быть выполнено до начала антибактериальной терапии, не позднее 2 часов после сбора. Бактериологический посев мочи: Определение возбудителя и его чувствительности к антибиотикам для последующей коррекции терапии (золотой стандарт). Клинически значимой считается бактериурия более 10⁴ КОЕ/мл. Общий анализ крови (ОАК): Оценка активности воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ). Биохимический анализ крови: Определение уровня креатинина, С-реактивного белка (СРБ). Оценка функции почек необходима для исключения хронической болезни почек и коррекции доз антибиотиков.
--	--	--	--

			Инструментальные исследования: Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря: Для визуализации почек, выявления признаков воспаления (отек паренхимы, расширение чашечно-лоханочной системы), а также для исключения обструкции (камни, стриктуры, аномалии развития) как причины вторичного пиелонефрита. Выполняется в течение 2 часов от момента поступления. Допплерография почек: Для оценки степени нарушения внутривисочечного кровотока.
УК-1, ПК-1, ОПК-4	78	Мужчина 47 лет в течение двух месяцев жалуется на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м, или при подъеме по лестнице на 3-й этаж. Изредка боли появляются и в покое. 1. Какой вариант стенокардии у данного пациента? 2. Определите функциональный класс стенокардии	1. Вариант стенокардии Стабильная стенокардия напряжения (стенокардия напряжения II функционального класса с эпизодами вазоспастической стенокардии — вариантная/Принцметала, если боли в покое возникают без связи с нагрузкой и сопровождаются подъемом ST на ЭКГ). Обоснование: У пациента имеется четкий стереотип болей: они возникают при физической нагрузке (ходьба на определенное расстояние, подъем по лестнице) и имеют сжимающий характер, что характерно для стабильной стенокардии напряжения. Однако наличие болей в покое указывает на возможный вазоспастический компонент или нестабильность течения, что требует дополнительного обследования. 2. Функциональный класс стенокардии Функциональный класс II (ФК II). Обоснование: Согласно классификации Канадского сердечно-сосудистого общества (CCS), функциональный класс стенокардии определяется по толерантности к физической нагрузке: ФК I: Обычная физическая нагрузка (ходьба, подъем по лестнице) не вызывает приступов. Боли возникают только при интенсивной или длительной нагрузке. ФК II: Небольшое ограничение физической активности. Приступы возникают при ходьбе более 200 метров по

			ровной местности или при подъеме более чем на 1 этаж, а также при быстрой ходьбе, после еды, на холоде или при эмоциональном стрессе. ФК III: Выраженное ограничение физической активности. Приступы возникают при ходьбе на 100-200 метров или при подъеме на 1 этаж. ФК IV: Невозможность выполнения любой физической нагрузки без появления дискомфорта. Симптомы могут возникать в покое. У пациента приступы возникают при ходьбе через 500 м в среднем темпе или при подъеме на 3-й этаж, что соответствует II функциональному классу, так как порог нагрузки умеренно снижен, но сохраняется способность к достаточно длительной ходьбе без боли. Эпизоды болей в покое могут указывать на нестабильность или вазоспастический компонент, что требует исключения острого коронарного синдрома и рассмотрения добавления антагонистов кальция (например, верапамила или дилтиазема) для купирования вазоспазма.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7,	79	Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Факторы риска. Концепции патогенеза. Методы выявления <i>Helicobacter pylori</i> . Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.	Определение и факторы риска Язвенная болезнь — это хроническое, циклически рецидивирующее заболевание, основным проявлением которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Заболевание полиэтиологично, и его развитие связано с воздействием комплекса факторов риска. Основные факторы риска: Инфицирование <i>H. pylori</i>: ключевой этиологический фактор, выявляемый у большинства пациентов. Прием НПВП и других ульцерогенных препаратов: ацетилсалициловая кислота, глюкокортикоиды, цитостатики.

		Нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки. К факторам агрессии относят соляную кислоту, пепсин, желчные кислоты; к факторам защиты — слизь, выработку простагландинов, адекватное кровоснабжение. Генетическая предрасположенность (отягощенный семейный анамнез). Нервно-психическое перенапряжение, стресс. Вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем. Погрешности в диете: нерегулярное питание, употребление острой, горячей пищи. 2. Концепции патогенеза В основе патогенеза лежит нарушение баланса между факторами «агрессии» и «защиты» слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Роль <i>H. pylori</i> (ключевая концепция): микроорганизм колонизирует слизистую оболочку, вызывая хроническое воспаление, что приводит к повышению уровня гастрина, увеличению секреции соляной кислоты и повреждению защитного барьера. Кислотно-пептический фактор: гиперпродукция соляной кислоты и пепсина, особенно при язве двенадцатиперстной кишки, играет ведущую роль в повреждении слизистой. Нарушение кровоснабжения и микроциркуляции: ишемические изменения в слизистой оболочке могут быть причиной язвообразования, особенно у пожилых пациентов и при сердечно-сосудистой патологии.
--	--	--

		3. Методы выявления <i>Helicobacter pylori</i> Диагностика <i>H. pylori</i> обязательна для подтверждения этиологии и выбора тактики лечения. Инвазивные методы (требуют эндоскопии и биопсии): Гистологический метод — «золотой стандарт»: окрашивание биоптатов для визуализации бактерий. Быстрый уреазный тест — оценка наличия уреазы в биоптате по изменению цвета индикатора. Бактериологический метод (посев) — с определением чувствительности к антибиотикам. ПЦР — высокочувствительный метод. Неинвазивные методы (не требуют эндоскопии): Дыхательный уреазный тест — определение в выдыхаемом воздухе меченого углекислого газа, образующегося при распаде мочевины. Серологический метод (ИФА) — определение антител к <i>H. pylori</i> в крови. Определение антигена <i>H. pylori</i> в кале. 4. Клиническая картина и диагностика Клиническая картина вариабельна и нередко неспецифична. Ведущий симптом — боль, характер и время появления которой зависят от локализации язвы. Язва желудка: боли возникают через 20-40 минут после еды, усиливаются при приеме пищи, особенно при ишемической природе язвы. Язва двенадцатиперстной кишки: характерны «голодные» боли, возникающие натощак и стихающие после приема
--	--	---

		пищи, а также ночные боли. Другие симптомы: Изжога, отрыжка. Тошнота, рвота, приносящая облегчение (чаще при язве желудка). Снижение аппетита, запоры. Диагностика: Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — основной и «золотой стандарт»: позволяет визуализировать язву, оценить ее размеры, локализацию, стадию, а также провести биопсию и тесты на <i>H. pylori</i>. Рентгеноскопия желудка — используется ограниченно (при невозможности ЭГДС), позволяет обнаружить «нишу» (дефект наполнения). Лабораторные исследования: ОАК (может выявить анемию), кал на скрытую кровь (реакция Грегерсена), исследование кислотности желудочного сока. 5. Дифференциальный диагноз Дифференциальную диагностику проводят в первую очередь с симптоматическими язвами. Лекарственные язвы (НПВП-индуцированные): возникают на фоне приема НПВП, часто протекают бессимптомно и проявляются осложнениями (кровотечение). Ишемические язвы: возникают на фоне атеросклероза, характеризуются ранними постпрандиальными болями, отсутствием сезонности, часто сочетаются с ИБС. Язвы при синдроме Золлингера-Эллисона (гастринома): множественные язвы, крайне высокий уровень кислотности и гастрин в крови, упорные поносы. Рак желудка: язва может быть злокачественной, поэтому обязательна биопсия с гистологическим исследованием. Особенно настороженно следует относиться к пожилым пациентам.
--	--	--

			Другие заболевания: с панкреатитом, холециститом, эрозивным гастродуоденитом.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7,	80	Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Осложнения язвенной болезни. Лечение. Схемы эрадикационной терапии. Показания к хирургическому лечению. НПВП-гастропатии. Профилактика.	Осложнения язвенной болезни Осложнения язвенной болезни являются угрожающими жизни состояниями и требуют экстренного вмешательства. К ним относят: Кровотечение — наиболее частое осложнение. Проявляется рвотой «кофейной гущей», дегтеобразным стулом (мелена), слабостью, падением АД, тахикардией и анемией. Перфорация (прободение) язвы — возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или 12-перстной кишки, что приводит к выходу содержимого в брюшную полость и развитию перитонита. Характеризуется «кинжальной» болью, доскообразным напряжением мышц живота. Пенетрация — проникновение язвы за пределы стенки органа в соседние ткани (печень, поджелудочную железу, сальник). Характеризуется упорным болевым синдромом, нередко с иррадиацией в спину, и отсутствием эффекта от стандартной терапии. Стеноз привратника — сужение выходного отдела желудка из-за рубцевания язвы. Проявляется чувством быстрого насыщения, отрыжкой тухлым, рвотой пищей, съеденной накануне, и выраженным снижением массы тела. Лечение и схемы эрадикационной терапии Лечение язвенной болезни, ассоциированной с <i>H. pylori</i>, основано на эрадикации инфекции. Выбор схемы зависит от резистентности микроорганизма к антибиотикам в регионе и наличия у пациента аллергии на пенициллин. Рекомендованные схемы эрадикационной терапии (в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями): Тройная терапия (для регионов с низкой резистентностью

		к кларитромицину): Ингибитор протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки. Курс — 14 дней. Альтернатива (при аллергии на пенициллин): ИПП + кларитромицин + метронидазол 500 мг 2 раза в сутки (14 дней). Висмутсодержащая квадротерапия (препарат выбора при резистентности к кларитромицину и в качестве терапии второй линии): ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3-4 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки. Курс — 10–14 дней. Данная схема демонстрирует высокую эффективность, в том числе при повторных курсах лечения. Схема на основе воноразана (новый класс препаратов — ингибиторы кислоты, конкурирующие с калием, P-CAB): Воноразан 20 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 3 раза в сутки. Курс — 14 дней. Данная схема особенно эффективна при резистентности к кларитромицину и левофлоксацину. Важно: Подбор схемы терапии должен проводиться врачом с учетом индивидуальных особенностей пациента, аллергологического анамнеза и данных о локальной резистентности <i>H. pylori</i>. Показания к хирургическому лечению Хирургическое лечение применяется в основном при возникновении осложнений или при неэффективности консервативной терапии. Показания: Кровотечение, не поддающееся эндоскопическому
--	--	---

		гемостазу. Перфорация язвы. Стеноз привратника в стадии декомпенсации. Пенетрация язвы, не поддающаяся медикаментозному лечению. Рецидивирующие язвы, несмотря на проведение полноценной эрадикационной терапии. Малигнизация (озлокачествление) язвы (подтвержденная биопсией). НПВП-гастропатии НПВП-гастропатия — это поражение слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, вызванное приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Ключевые факторы: НПВП подавляют синтез простагландинов, которые защищают слизистую оболочку желудка от агрессивных факторов. Риск возрастает у пожилых пациентов, при длительном приеме, наличии в анамнезе язвенной болезни, а также при сочетанном приеме с антикоагулянтами или глюкокортикостероидами. Профилактика: Основная стратегия — минимизация использования НПВП. При необходимости длительного приема рекомендуется: Назначение селективных ингибиторов ЦОГ-2 (например, целекоксиб), которые меньше повреждают ЖКТ. Одновременное назначение гастропротекторов: ингибиторы протонной помпы (ИПП) в стандартных дозах (например, омепразол 20 мг/сут), при этом преимущество ИПП перед мизопростолом — лучшая
--	--	--

			переносимость. Обязательное тестирование на <i>H. pylori</i> и проведение эрадикационной терапии при положительном результате. Профилактика язвенной болезни Профилактика направлена на устранение факторов риска и предотвращение рецидивов. Включает: Эрадикационная терапия <i>H. pylori</i> — основная мера первичной и вторичной профилактики. Рациональное использование НПВП: назначение минимальных эффективных доз, короткими курсами, с обязательной гастропротекцией при наличии факторов риска. Модификация образа жизни: отказ от курения и злоупотребления алкоголем, нормализация режима и качества питания (регулярное, щадящее питание). Диспансерное наблюдение: контроль заживления язвы (контрольная ЭГДС через 4–6 недель), а также ежегодное наблюдение для пациентов с высоким риском рецидива.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7,	81	Хронический бескаменный холецистит. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.	Определение и факторы риска Хронический бескаменный холецистит (ХБХ) — это хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря, протекающее без образования желчных камней. Оно характеризуется продолжающимся воспалением, приводящим к механической или физиологической дисфункции опорожнения желчного пузыря. Факторы риска ХБХ: Застой желчи и нарушение оттока: дискинезия желчевыводящих путей, аномалии развития (перегибы, перетяжки, сужения), длительные перерывы в приеме пищи, малоподвижный образ жизни. Инфекция: проникновение бактериальной флоры (кишечная палочка, стафилококк, стрептококк) гематогенным, лимфогенным или восходящим путем из

		кишечника. Изменение состава желчи: повышение концентрации холестерина, билирубина и желчных кислот, что делает желчь более агрессивной и раздражающей стенку пузыря Патология соседних органов: дуоденит, панкреатит, гепатит, паразитарные инвазии (лямблиоз, описторхоз). Другие факторы: ожирение, сахарный диабет, гормональные нарушения (особенно у женщин), длительный стресс. Патогенез Развитие ХБХ является полиэтиологическим процессом, в котором ключевую роль играет сочетание предрасполагающих факторов. Основные звенья патогенеза: Нарушение пассажа желчи: застой желчи в желчном пузыре (билиарный сладж) приводит к изменению ее физико-химических свойств. Повреждение стенки: агрессивная желчь (литогенная, с примесью ферментов поджелудочной железы) раздражает и повреждает слизистую оболочку, вызывая асептическое воспаление. Инфицирование: на фоне подготовленной (поврежденной) стенки пузыря условно-патогенная микрофлора проникает в стенку, вызывая бактериальное воспаление. Хронический процесс сопровождается атрофией слизистой, фиброзом и склерозом стенки желчного пузыря, что в конечном итоге может привести к формированию «нефункционирующего» пузыря. Классификация Общепринятой классификации ХБХ не существует, однако выделяют следующие клинические формы и критерии:
--	--	--

			По характеру течения: рецидивирующее (с частыми обострениями), монотонное (с постоянными болями), перемежающееся (с периодами ремиссии и обострений). По фазе заболевания: обострение, затухающее обострение, ремиссия. По морфологическим изменениям (в стадии обострения): катаральный, флегмонозный, гангренозный. По типу дисфункции: гипомоторный (снижение сократимости) или гипермоторный (спастический). Основные клинические синдромы Клиническая картина ХБХ характеризуется следующими синдромами: Болевой синдром: ноющая, тупая боль или чувство тяжести в правом подреберье, часто связанная с приемом пищи (особенно жирной, жареной, острой). Боль может иррадиировать в правую лопатку, ключицу или спину. В отличие от калькулезного холецистита, приступы желчной колики редки. Диспепсический синдром: тошнота, горечь во рту, отрыжка, метеоризм, нарушения стула (чаще запоры). Астеновегетативный синдром: слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, нарушения сна. Интоксикационный синдром: (при обострении): субфебрильная температура, общее недомогание. Критерии диагноза Диагноз ХБХ является диагнозом исключения и ставится на основании комплексного подхода: Клинический (обязательный): наличие типичного болевого и диспепсического синдромов, связь с питанием. Инструментальные (основные методы): УЗИ органов брюшной полости: золотой стандарт.
--	--	--	---

			Ключевые признаки: отсутствие камней, утолщение и уплотнение стенки желчного пузыря (>3 мм), признаки дискинезии (изменение объема и сократимости), наличие билиарного сладжа. Дуоденальное зондирование: исследование порций желчи для оценки ее состава и наличия воспаления. Холецистография: рентгенологическое исследование с контрастом для оценки функции пузыря. Лабораторные: при обострении: лейкоцитоз, ускорение СОЭ в общем анализе крови; повышение трансаминаз, билирубина, щелочной фосфатазы в биохимическом анализе крови при вовлечении печени. Окончательный диагноз часто подтверждается только после морфологического исследования удаленного желчного пузыря (гистологически). Дифференциальный диагноз Проводится с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину: Желчнокаменная болезнь (калькулезный холецистит): наличие камней при УЗИ, характерные приступы желчной колики. Дискинезия желчевыводящих путей: функциональное нарушение моторики без органических изменений стенки желчного пузыря. Язвенная болезнь желудка и ДПК: боль связана с едой, но локализуется в эпигастрии, подтверждается при ЭГДС. Хронический панкреатит: боль опоясывающего характера, повышение амилазы и липазы. Синдром раздраженного кишечника: боль локализуется в разных отделах живота, связана с нарушением стула, а не с едой. Патология правой почки: боли в пояснице, изменения в анализах мочи, данные УЗИ почек. Принципы лечения
--	--	--	---

		Лечение ХБХ преимущественно консервативное. Хирургическое лечение (холецистэктомия) показано только при неэффективности консервативной терапии, частых обострениях, грубой деформации желчного пузыря и значительном снижении его сократительной функции. Основные направления терапии: Режим и диета: дробное питание (5-6 раз в день), исключение жирных, жареных, острых блюд, копченостей, газированных напитков, алкоголя. В период обострения — стол №5, протертая пища, затем расширение рациона за счет овощей, фруктов, отварного мяса и рыбы. Медикаментозная терапия: Спазмолитики: для купирования боли (дротаверин, мебеверин, папаверин). Антибиотики: при обострении, подтвержденной бактериальной природе воспаления (цефалоспорины, амоксициллин, макролиды). Холеретики и холецистокинетики: для нормализации оттока желчи и улучшения ее реологических свойств (урсодезоксихолевая кислота, препараты желчных кислот, растительные желчегонные сборы). Ферменты: для улучшения пищеварения (панкреатин). Гепатопротекторы: при сопутствующем поражении печени. Фитотерапия: отвары и настои желчегонных трав (бессмертник, кукурузные рыльца, мята, ромашка). Физиотерапия и минеральные воды: вне обострения применяются «слепые тюбажи» (с сорбитом, ксилитом), лечение минеральными водами. Психокоррекция: при выраженных невротических расстройствах показана психотерапия, седативные
--	--	--

			препараты
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-2	82	Хронический бескаменный холецистит. Желчегонные средства. Лечение в зависимости от сопутствующей дискинезии желчевыводящих путей. Показания к хирургическому лечению.	Желчегонные средства и их выбор при дискинезии В терапии хронического бескаменного холецистита (ХБХ) ключевое значение имеет дифференцированный выбор желчегонных средств в зависимости от типа сопутствующей дискинезии желчевыводящих путей. Выделяют две основные группы препаратов: Холеретики — средства, стимулирующие образование и секрецию желчи гепатоцитами. Они увеличивают объем желчи и содержание в ней желчных кислот, улучшая ее текучесть и уменьшая вязкость. Подразделяются на: Истинные холеретики (препараты, содержащие желчные кислоты и желчь): Аллохол, Холензим, Лиобил. Назначаются при гипомоторной дискинезии, особенно в сочетании с запорами, для стимуляции желчеобразования и перистальтики кишечника. Синтетические холеретики: Никодин, Оксафенамид, Циквалон. Обладают дополнительным противовоспалительным и антибактериальным действием. Растительные холеретики: Бессмертник, кукурузные рыльца, Холагол, Холосас. Обладают мягким желчегонным и спазмолитическим эффектом. Холекинетики — средства, усиливающие сократительную способность желчного пузыря и способствующие выходу желчи в кишечник. Они повышают тонус пузыря и расслабляют сфинктер Одди. Назначаются преимущественно при гипотонической (гипомоторной) дискинезии с застоем желчи. К ним относят: Препараты и вещества: сорбит, ксилит, оливковое и подсолнечное масло, магния сульфат.

			Холеспазмолитики — средства, снимающие спазм гладкой мускулатуры желчевыводящих путей. Назначаются при гиперкинетической (гипермоторной) форме дискинезии для купирования болевого синдрома. К ним относят: Миотропные спазмолитики: дротаверин, папаверин, мебеверин. М-холиноблокаторы: атропин, платифиллин (применяются реже из-за системных побочных эффектов). В клинической практике такое деление является условным, поскольку многие препараты оказывают комбинированное действие. Однако при выборе терапии необходимо ориентироваться на тип дискинезии, подтвержденный данными УЗИ с функциональной пробой, что позволяет избежать нерационального назначения препаратов и усугубления нарушений моторики. Показания к хирургическому лечению (холецистэктомии) В отличие от калькулезного холецистита, где операция является основным методом лечения, при ХБХ подход к хирургическому лечению более консервативный. Холецистэктомия показана в строго определенных случаях: «Нефункционирующий» желчный пузырь: наличие подтвержденного снижения или отсутствия сократительной функции желчного пузыря по данным УЗИ с функциональной пробой (прием желчегонного завтрака). Рецидивирующее течение с частыми и тяжелыми обострениями, не поддающееся адекватной консервативной терапии. Осложненные формы: наличие перивезикального абсцесса, перфорации или выраженного рубцового стеноза шейки желчного пузыря.
--	--	--	--

			Дифференциальный диагноз и диагностическая операция: при сохраняющихся выраженных симптомах и отсутствии достоверного подтверждения диагноза бескаменного холецистита, после исключения другой патологии. Важно отметить, что в настоящее время хирургическое лечение при ХБХ требует строгого отбора пациентов, так как недостаточно обоснованные операции могут приводить к развитию постхолецистэктомического синдрома и не приносить желаемого облегчения симптомов. Большинство случаев ХБХ успешно лечатся консервативно с использованием диетотерапии и правильно подобранных желчегонных препаратов.
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7,	83	Хронический панкреатит. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение обострения. Показания к хирургическому лечению.	Определение и факторы риска Хронический панкреатит (ХП) — это прогрессирующее фиброзно-воспалительное заболевание поджелудочной железы, приводящее к необратимой утрате её экзокринной и эндокринной функции. Основные факторы риска и этиология (система TIGAR-O): Токсико-метаболические: алкоголь (>56 г/день для мужчин), курение (независимый фактор), гиперкальциемия, гиперлипидемия, лекарственные препараты. Генетические (наследственные): мутации генов PRSS1, SPINK1, CFTR и др. Наследственный ХП несет крайне высокий риск малигнизации (40–55%). Идиопатические: без установленной причины. Аутоиммунные: аутоиммунный панкреатит (АИП). Рецидивирующий панкреатит: повторные острые приступы как причина ХП. Обструктивные: стриктуры протоков, камни, опухоли. Патогенез Ключевой механизм — фиброз и атрофия железистой

		ткани. Под воздействием этиологических факторов происходит активация панкреатических ферментов внутри протоков, хроническое воспаление и усиленное отложение коллагена (фиброз). Это приводит к необратимому повреждению и замещению функционирующей ткани соединительной, что клинически проявляется внешнесекреторной (нарушение пищеварения) и внутрисекреторной (сахарный диабет) недостаточностью. Классификация Единой классификации нет. Основные принципы: По этиологии: алкогольный, билиарный, идиопатический, наследственный, аутоиммунный и др. По морфологии (например, Rosemont): основана на данных эндоскопического УЗИ и оценивает состояние паренхимы и протоков (норма, неопределенный, предположительный, определенный ХП). По клиническим проявлениям: с болевым синдромом, с внешнесекреторной недостаточностью, бессимптомный. Основные клинические синдромы Абдоминальный болевой синдром: ведущий симптом. Боль обычно тупая, ноющая, опоясывающего характера или в эпигастрии, с иррадиацией в спину, часто усиливается после еды. Может быть рефрактерной к терапии. Синдром мальдигестии/мальабсорбции: возникает при снижении ферментов >90%. Проявляется стеатореей (жирный кал), диареей, метеоризмом, похудением. Эндокринная недостаточность: развитие сахарного диабета (3с тип). Лабораторная и инструментальная диагностика
--	--	---

			Лабораторная: Эластаза-1 кала: основной маркер внешнесекреторной недостаточности при ХП. Биохимия: в период обострения возможен подъем амилазы, липазы. Уровень глюкозы крови: для оценки эндокринной функции. Инструментальная: Эндоскопическое УЗИ (ЭУС): наиболее чувствительный метод для выявления раннего ХП. КТ брюшной полости: метод выбора для визуализации кальцификатов, псевдокист, атрофии и оценки окружающих тканей. Типичные признаки: кальцинаты, расширение/стриктуры протока. МРТ/МРХПГ: лучший метод для оценки протоковой системы и дифференциальной диагностики с опухолями, особенно с секретинной стимуляцией. Дифференциальный диагноз Дифференциальная диагностика крайне важна, так как позволяет исключить другие причины схожих симптомов: Рак поджелудочной железы: основная «мишень», особенно при наличии подозрительных на опухоль образований в головке железы. Выполняется биопсия под контролем ЭУС. Язвенная болезнь, ЖКБ, болезни кишечника (целиакия, воспалительные заболевания, СРК). Медикаментозное лечение обострения Обезболивание: основная задача. Применяется ступенчатый подход (от ненаркотических анальгетиков до опиоидов).
--	--	--	--

			Инфузионная терапия: для детоксикации и коррекции водно-электролитных нарушений. Заместительная терапия панкреатическими ферментами: при наличии стеатореи. Доза подбирается индивидуально (нет максимальной верхней границы), приём во время/сразу после еды. Показания к хирургическому лечению Хирургическое лечение направлено на купирование боли и осложнений. Показания: Стойкий болевой синдром, рефрактерный к медикаментозной терапии в течение 3-6 месяцев, с сопутствующим снижением качества жизни. Осложнения: обструкция желчных путей, хроническая дуоденальная непроходимость, крупные псевдокисты (особенно >5 см), протоковая гипертензия, свищи, подозрение на рак. Отсутствие эффекта от эндоскопических вмешательств. В настоящее время наблюдается тренд в пользу более раннего хирургического вмешательства, которое демонстрирует лучшие долгосрочные результаты, чем многократные эндоскопические процедуры
УК-1, ПК-1, ПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10	84	55-летний мужчина, страдающий ИБС, госпитализирован с приступом пароксизмальной наджелудочковой тахикардии. Врачом скорой помощи внутривенно введено 10 мг верапамила. При осмотре – ортопноэ, число дыхательных движений – 32 в мин. В легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ослаблены, маятникообразный ритм, частота сердечных сокращений 180 в минуту. АД 70/50 мм рт.ст. Какую тактику лечения следует выбрать? 1.массаж каротидного синуса; 2.верапамил повторно; 3.новокаиномид; 4.пропранолол;	Кардиоверсия Обоснование У пациента развилась нестабильная гемодинамика на фоне тахиаритмии — это подтверждается следующими признаками: Ортопноэ и влажные мелкопузырчатые хрипы в легких — острая левожелудочковая недостаточность (отёк лёгких) на фоне тахикардии. Артериальное давление 70/50 мм рт. ст. — выраженная артериальная гипотензия. Маятникообразный ритм, ЧСС 180 в минуту — крайне высокая частота желудочковых сокращений, которая сама

		5.кардиоверсия	по себе поддерживает гемодинамическую нестабильность. Критерии принятия решения Согласно клиническим рекомендациям по ведению тахиаритмий: При стабильной гемодинамике (АД > 90 мм рт. ст., отсутствие признаков сердечной недостаточности) допустимо применение фармакологических методов (введение антиаритмиков, вагусные пробы). При нестабильной гемодинамике (гипотензия, отёк лёгких, нарушение сознания, ишемия миокарда) единственным методом выбора является экстренная электрическая кардиоверсия. Пациент уже получил верапамил, однако его состояние ухудшилось, что указывает на неэффективность медикаментозной терапии и прогрессирование гемодинамических нарушений. Повторное введение верапамила, новокаинамида или пропранолола нецелесообразно и опасно из-за риска усугубления гипотензии и брадикардии, а также ввиду наличия сердечной недостаточности. Массаж каротидного синуса может быть использован только при стабильной гемодинамике. Таким образом, при нестабильной гемодинамике и клинических признаках острой сердечной недостаточности показана экстренная синхронизированная электрическая кардиоверсия (дефибрилляция) для восстановления синусового ритма и стабилизации состояния пациента.
--	--	-----------------------	---