

Кейсы | Высшее образование | Лечебное дело (ПП)

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Лечебное дело (ПП) | Записей: 2

Лечебное дело (ПП) - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Лечебное дело (ПП)

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Больная Т., 75 лет, пенсионерка, обратилась к участковому терапевту.

1.2. Жалобы

- * на одышку и боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при обычной физической нагрузке, проходящие в покое,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * боли в эпигастрии после еды, уменьшающиеся после приема антацидных препаратов,
- * повышение АД несмотря на медикаментозную терапию.

1.3. Анамнез заболевания

Около 30 лет отмечает повышение АД максимально до 170/90 мм рт.ст., по поводу чего был назначен капотен, от приема которого пациентка в последующем вынуждена была отказаться в связи с развившимся отеком Квинке. Около 20 лет назад впервые появились эпизоды сжимающих болей за грудиной в ответ на нагрузку. Наблюдалась у кардиолога, выполняла рекомендации, однако постепенно снизилась толерантность к нагрузке. В настоящее время получает валсартан 80 мг 2 р/д, бисопролол 2,5 мг утром, розувастатин 20 мг вечером, аспирин 75 мг вечером. Также в течение длительного времени отмечает появление болей в области эпигастрия, возникающих через 30-50 мин после приема пищи, особенно острой, уменьшающихся после приема альмагеля. Со слов больной, полгода назад было рекомендовано обследование: серологическая диагностика на *Helicobacter pylori* с последующим решением вопроса о проведении стандартной трехкомпонентной эрадикационной терапии. От обследования и дальнейшего лечения пациентка отказалась, принимала только антациды «по требованию». Настоящее ухудшение около 2-х недель, когда участились боли в эпигастрии, усилилась изжога.

1.4. Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работала стоматологом, в настоящее время на пенсии.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Аллергологический анамнез: отек Квинке на прием капотена.
- * Семейный анамнез: Отец больной умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, умерла в 60 лет от ОССН.

1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 94 кг, ИМТ 32,5 кг/м². Кожные покровы бледные. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,20С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с притуплением с двух сторон ниже углов лопаток. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая -

по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 160/85 мм рт.ст. Пульс 70 ударов в минуту. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии, там же - положительный симптом Менделя. Живот умеренно вздут по ходу толстого кишечника. Размеры печени: 10х9х8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Диурез в норме. Отмечает склонность к запорам.

1. План обследования

1. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

1. клинический анализ крови

2. анализ крови на АТ к *H.influenzae*_

3. дыхательный уреазный тест на *H.pylori*_

4. определение титра АМА-M2

5. общий анализ мочи

6. проба Зимницкого

Правильные ответы: клинический анализ крови; дыхательный уреазный тест на *H.pylori*_

Всем пациентам для исключения сопутствующей патологии и определения тактики лечения ХСН рекомендуется проведение общего (клинического) анализа крови (исследование уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов в крови, оценка гематокрита).

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

Инфекция *H. pylori*_ признана независимым фактором риска образования язв при приеме НПВС.

Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / под ред. А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Т. II. - 704 с. : ил. - DOI: 10.33029/9704-5887-7-VNB-2021-1-704. - ISBN 978-5-9704-5887-7.

(1)

Всем пациентам с подозрением на гастрит для первичной диагностики *H. pylori*_ рекомендуется назначать референсные методы диагностики инфекции *H. pylori*_ - дыхательный тест с мочевиной, меченой ¹³C (¹³C-уреазный дыхательный тест на *Helicobacter pylori*_), и моноклональное определение антигена *H. pylori*_ в кале лабораторным способом.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гастрит и дуоденит, 2024 г.

(1)

2. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

1. бронхоскопия

2. обзорная рентгенография брюшной полости

3. УЗИ органов брюшной полости

4. ЭКГ в покое

5. ФВД

6. ЭГДС

Правильные ответы: ЭКГ в покое; ЭГДС

Регистрация 12-канальной электрокардиограммы (ЭКГ) в покое и расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных рекомендована всем пациентам с подозрением на ИБС для выявления признаков ишемии в покое (в том числе, безболевой ишемии миокарда), а также возможного наличия зубца Q, сопутствующих нарушений ритма и проводимости сердца.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Всем пациентам с ХСН рекомендуется выполнение 12-канальной ЭКГ с оценкой сердечного ритма, частоты сердечных сокращений (ЧСС), морфологии и продолжительности QRS, наличия нарушений АВ и желудочковой проводимости (блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)), рубцового поражения миокарда, гипертрофии миокарда). Диагноз ХСН маловероятен при наличии абсолютно нормальной ЭКГ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

Методы диагностики хронического гастрита:

- * эндоскопический с обязательной морфологической оценкой 5 биоптатов
- * диагностика *Helicobacter pylori*
- * определение кислотообразующей функции желудка (внутрижелудочная рН-метрия)
- * рентгенологический.

Показания к проведению эндоскопического исследования органов ЖКТ включают: наличие клинических признаков заболевания органов пищеварения, необходимость дифференциальной диагностики, контроль эффективности терапии. Пациентам из групп риска эндоскопическое исследование необходимо проводить в рамках скрининговых профилактических осмотров. При этом оценивают эндоскопические и морфологические изменения. При локализации язвы в желудке в обязательном порядке проводят биопсию с последующим гистологическим исследованием полученного материала, что позволяет исключить злокачественный характер язвенного поражения.

Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7751-9.

(1)

2. Диагноз

3. Вопрос

Предполагаемым основным диагнозом является

1. Хронический калькулезный панкреатит.
Гипертоническая болезнь III ст., 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН, I ФК NYHA
2. ИБС: Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ неизвестной давности).
Гипертоническая болезнь I ст., 2 ст., риск ССО средний. ХСН, III ФК NYHA.
НПВС-гастропатия
3. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь III ст., неконтролируемая АГ, риск ССО очень высокий. ХСН, II ФК NYHA. Хронический *H.pylori* - ассоциированный гастрит. Ожирение I ст
4. ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск ССО высокий. Хронический атрофический гастрит. Хронический калькулезный холецистит

Правильный ответ: ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь III ст., неконтролируемая АГ, риск ССО очень высокий. ХСН, II ФК NYHA. Хронический *H.pylori* - ассоциированный гастрит. Ожирение I ст

У больной имеются анамнестические данные о предшествующей АГ (с учетом типичного возраста начала заболевания, ФР, наиболее вероятна гипертоническая болезнь), повышение АД до 160/90 мм рт.ст. на фоне комбинированной антигипертензивной терапии- критерий АГ, очень высокого риска.

Клинические рекомендации Минздрава России. Артериальная гипертензия у взрослых, 2024 г.

(1)

т.к. имеются ассоциированные клинические состояния – ИБС, проявляющаяся типичными ангинозными приступами при уровне физической нагрузки

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

соответствующей II ФК.

(2)

и ХСН, проявляющаяся в покое признаками застоя по большому и малому кругам кровообращения, что соответствует IIБ ст.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

С помощью ЭГДС и дыхательного уреазного теста определен диагноз хронического гастрита. В контексте длительного приема НПВП по поводу ИБС у данной пациентки нельзя исключить роль НПВП в развитии хронического гастрита.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гастрит и дуоденит, 2024 г.

(1)

4. Вопрос

По результатам эхокардиографии пациентка имеет ФВ ЛЖ 45%, что соответствует ХСН с + _____ + фракцией выброса левого желудочка

1. улучшенной
2. низкой

3. умеренно сниженной

4. сохраненной

Правильный ответ: умеренно сниженной

ХСН с умеренно сниженной ФВ – характерно умеренное снижение сократительной способности ЛЖ, ФВ ЛЖ = 41-49% .

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

3. Лечение

5. Вопрос

В схему первой линии эрадикации _H. pylori_, наряду с ингибиторами протонной помпы, входят

1. кларитромицин, амоксициллин
2. препарат висмута, цефаксим

3. амоксициллин, кларитромицин и висмута трикалия дицитрат

4. левофлоксацин, метронидазол

Правильный ответ: амоксициллин, кларитромицин и висмута трикалия дицитрат

Всем пациентам гастритом с положительными результатами тестирования на инфекцию *_H.pylori_* и показаниями для проведения эрадикационной терапии в качестве эрадикационной терапии первой линии, обеспечивающий высокий процент эрадикации инфекции, рекомендуется назначить по выбору:

- стандартную тройную терапию, включающую ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки внутрь), усиленную висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) на 14 дней

или

- классическую четырехкомпонентную терапию с висмутом трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в сутки) в сочетании с ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки внутрь) и метронидазолом (500 мг 3 раза в сутки) на 14 дней

или

- квадротерапию без препаратов висмута, которая включает стандартную тройную терапию (ИПН в стандартной дозе 2 раза в сутки), амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки внутрь), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки), усиленную метронидазолом (500 мг 3 раза в сутки) на 14 дней

Клинические рекомендации Минздрава России. Гастрит и дуоденит, 2024 г.

(1)

6. Вопрос

Необходимость назначения блокатора ангиотензиновых рецепторов вместо иАПФ в качестве терапии «первой линии» у больной с ХСН могла быть обусловлена наличием

1. ангионевротического отека в анамнезе

2. хронического *_H.pylori_*-ассоциированного гастрита
3. отягощенного по заболеваниям сердечно-сосудистой системы семейного анамнеза
4. глаукомы с повышением внутриглазного давления более 24 мм рт.ст.

Правильный ответ: ангионевротического отека в анамнезе

Применение АРА рекомендуется пациентам с ХСНнФВ только в случае непереносимости валсартана+сакубитрила/иАПФ для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

Под «непереносимостью» иАПФ следует понимать: наличие индивидуальной непереносимости (аллергии), развитие ангионевротического отека, кашля. Нарушение функции почек, развитие гиперкалиемии и гипотонии при лечении иАПФ в понятие «непереносимость» не входит и может наблюдаться у пациентов с ХСН с одинаковой частотой как при применении иАПФ, так и АРА.

Клинические рекомендации Минздрава России. Артериальная гипертензия у взрослых, 2024 г.

(1)

7. Вопрос

Стратегия снижения веса у больной с ожирением 1 ст. (ИМТ 32,5 кг/м²) должна заключаться в рекомендации

1. соблюдения разгрузочных дней, регулярных физических нагрузок (4 раза в неделю по 1,5 часа)
2. использования методов бариатрической хирургии

3. дозированных, тщательно спланированных физических аэробных нагрузок и диеты с ограничением животных жиров

4. использования диеты Аткинса при сохранении малоподвижного образа жизни

Правильный ответ: дозированных, тщательно спланированных физических аэробных нагрузок и диеты с ограничением животных жиров

При выявлении избыточной массы тела рекомендуется ее снижение с помощью дозированных физических нагрузок и низкокалорийной диеты. При необходимости рекомендуется направить пациента к врачу-диетологу для коррекции диеты и/или подбора медикаментозного лечения ожирения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

(2)

8. Вопрос

Целевым показателем липидограммы при применении статинов у больной с ИБС является + _____ + ммоль/л

1. ХС-ЛВП более 2,5
2. ХС-ЛВП менее 1,8
3. ХС-ЛНП менее 1,8

4. ХС-ЛНП менее 1,4

Правильный ответ: ХС-ЛНП менее 1,4

Целями лечения у пациентов очень высокого риска является уровень ХС-ЛНП менее 1,4 ммоль/л.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

9. Вопрос

Основными целями медикаментозного лечения ИБС являются

1. снижение и удержание веса и нормализация уровня липидов крови для уменьшения размеров атеросклеротических бляшек
2. поддержание артериального давления в пределах целевых значений, профилактика тромбоэмболических осложнений

3. устранение симптомов стенокардии и предотвращение неблагоприятных сердечно-сосудистых событий

4. регрессирование явлений хронической болезни почек (целевая СКФ >60 мл/мин/1,73м²) и уменьшение отеочного синдрома

Правильный ответ: устранение симптомов стенокардии и предотвращение неблагоприятных сердечно-сосудистых событий

Фармакологическое лечение у пациентов с ИБС преследует две основные цели: устранение симптомов и предотвращение сердечно-сосудистых событий.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

4. Вариатив

10. Вопрос

Независимым фактором риска образования язв при приеме НПВС у больной является наличие

1. ожирения 1 ст.
2. отягощенного по сердечно-сосудистым заболеваниям семейного анамнеза

3. _H. pylori_

4. артериальной гипертензии

Правильный ответ: _H. pylori_

Инфекция _H. pylori_ признана независимым фактором риска образования язв при приеме НПВС.

Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / под ред. А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Т. II. - 704 с. : ил. - DOI: 10.33029/9704-5887-7-VNB-2021-1-704. - ISBN 978-5-9704-5887-7.

(1)

11. Вопрос

Для защиты слизистой желудка и профилактики желудочно-кишечных кровотечений больной, принимающей препараты ацетилсалициловой кислоты, рекомендуется

1. соблюдение строгой щадящей диеты
2. дополнительное использование алюминий-содержащих антацидов
3. применять аспирин в форме «шипучих» растворимых таблеток

4. прием ингибиторов протонной помпы

Правильный ответ: прием ингибиторов протонной помпы

У пациентов со стабильной ИБС с высоким риском кровотечений из ЖКТ или при наличии кровотечения ЖКТ в анамнезе, получающих АСК или комбинацию нескольких антиагрегационных средств, для защиты слизистой желудка и профилактики желудочно-кишечных кровотечений рекомендуется использовать ингибиторы протонного насоса (по показанию - профилактика эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, связанных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов).

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Применение ингибиторов протонного насоса рекомендуется всем пациентам, получающим тройную антиагрегационную терапию, а также у пациентов с повышенным риском желудочно-кишечных кровотечений (язвенная болезнь или желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе, хроническое использование нестероидных противовоспалительных средств или кортикостероидов, как минимум 2 из следующих признаков - возраст ≥ 65 лет, диспепсия, желудочно-пищеводный рефлюкс, инфицирование _Helicobacter Pylori_, хроническое употребление алкоголя).

(2)

У пациента есть 2 ФР – возраст и инфицирование _Helicobacter Pylori_

5. Лечение

12. Вопрос

У пациентки с основным диагнозом ишемической болезни сердца обязательными для приема препаратами, наряду с бета-адреноблокаторами и антиагрегантами, являются

1. статины

2. ингибиторы АПФ

3. диуретики

4. блокаторы рецепторов ангиотензина

Правильный ответ: статины

Все пациенты с хронической ИБС относятся к категории лиц очень высокого риска, поэтому для профилактики ССО им всем рекомендуется коррекция дислипидемии с использованием мероприятий по здоровому образу жизни и оптимальной медикаментозной терапии для профилактики ССО.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначить ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины) в максимально переносимой дозировке до достижения целевого уровня ХсЛНП ($<1,4$ ммоль/л) и его снижения на 50% от исходного уровня.

(2)

Лечебное дело (ПП) - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Лечебное дело (ПП)

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка К. 54 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

1.2. Жалобы

- на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи, с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающих характер опоясывающих;
- частый стул до 3-5 раз в день, обильный, «блестящий», зловонный, трудно смывается с унитаза;
- похудание за 1,5 месяца на 7 кг;
- ощущение сухости во рту;
- повышенную жажду;
- кожный зуд.

1.3. Анамнез заболевания

У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована больная, диагностировали острый калькулезный холецистит и экстренно произведена холецистэктомия. Через 1 неделю после выписки у больной появились периодические ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после приема жирной и острой пищи. К врачам больная не обращалась, обследование не проводилось. По совету друзей принимала но-шпу и фестал с умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливаясь после приема пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда. По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было.

1.4. Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально;
- замужем, имеет двоих здоровых детей;
- работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает;
- курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление алкоголем отрицает;
- в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь;
- не переносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено;
- наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

1.5. Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела 26,22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область

сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд. 1 мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст.

Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

1. Диагноз

1. Вопрос

У больной наиболее вероятным диагнозом является

1. Синдром раздраженной кишки

2. Хронический билиарнозависимый панкреатит

3. Глютеновая энтеропатия

4. Хронический гепатит

Правильный ответ: Хронический билиарнозависимый панкреатит

На возможное наличие у больной хронического панкреатита указывает локализация боли и ее характерная иррадиация. Частый неоформленный стул, содержащий большое количество нейтрального жира (стул «блестящий», с неприятным запахом, плохо смывается с унитаза), обусловлен внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы. В анамнезе желчнокаменная болезнь. Выявлены, встречающиеся при панкреатите, положительный симптом Керте (локальное мышечное напряжение в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку) и левосторонний френикус-симптом. Больная курит в течение 20 лет. Курение является независимым фактором риска развития хронического панкреатита.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

(2)

(3)

(4)

2. Вопрос

Ведущим в клинической картине хронического панкреатита у больной является синдром

1. Вернера-Моррисона

2. внешнесекреторной панкреатической недостаточности

3. холестаза

4. избыточного бактериального роста

Правильный ответ: внешнесекреторной панкреатической недостаточности

Частый стул до 3-5 раз в день, кашицеобразный, «блестящий», зловонный, плохо смывается с унитаза, говорит о большом содержании нейтрального жира, в следствии недостаточной выработки панкреатической липазы. Больная за 1,5 месяца потеряла 7 кг массы тела.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

3. Вопрос

В течение последнего месяца заболевания у больной появились симптомы синдрома

1. недостаточности кишечного всасывания
2. избыточного бактериального роста
3. холестаза

4. эндокринной панкреатической недостаточности

Правильный ответ: эндокринной панкреатической недостаточности

В течение последнего месяца больная отмечает появление характерных для сахарного диабета жалоб: сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда.

Согласно статистике, у 70% пациентов с хроническим панкреатитом со временем нарушается толерантность к глюкозе

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

2. План обследования

4. Вопрос

Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является

1. мультиспиральная компьютерная томография

2. УЗИ
3. ангиография
4. ЭРХПГ

Правильный ответ: мультиспиральная компьютерная томография

Мультиспиральная компьютерная томография в настоящее время является одним из лучших методов для первичной диагностики хронического панкреатита, превосходя диагностическую ценность трансабдоминального УЗИ. Чувствительность метода составляет 75-90%, специфичность 85-90%.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

5. Вопрос

Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение

1. гликозилированного гемоглобина HbA1c

2. амилазы в сыворотке крови и моче
3. уровня сахара в сыворотке крови с нагрузкой глюкозой
4. гликогена в сыворотке крови

Правильный ответ: гликозилированного гемоглобина HbA1c

Диагностика эндокринной недостаточности должно осуществляться путем регулярного определения концентрации гликозилированного гемоглобина (HbA1c), уровня глюкозы крови натощак. Преимущество HbA1c заключается в более низкой вариабельности результатов относительно показателей глюкозы крови.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

6. Вопрос

Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

1. амилазы в моче
2. растительной клетчатки в кале
3. липазы в сыворотке крови

4. фекальной эластазы (ФЭ-1)

Правильный ответ: фекальной эластазы (ФЭ-1)

Фекальный эластазный тест — очень простой анализ для не прямой и неинвазивной оценки секреции поджелудочной железы. Этот анализ широко доступен и требует всего лишь небольшого образца кала для исследования. Общеизвестным является факт, что чем ниже концентрация ФЭ-1, тем выше вероятность внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

7. Вопрос

О тяжелой степени экзокринной недостаточности говорит содержание эластазы-1 в кале равной +_____+ мкг/г

1. 101-200
2. 201-300

3. 0-100

4. 301-400

Правильный ответ: 0-100

Снижение содержания эластазы в кале свидетельствует о первичной экзокринной недостаточности ПЖ (0-100 мкг/г — тяжелая; 101-200 — средняя или легкая), что является показанием для пожизненной, чаще всего для так называемой высокодозной заместительной ферментной терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

3. Лечение

8. Вопрос

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает, прежде всего, назначение

1. спазмолитиков
2. обезболивающих
3. антибиотиков

4. ферментных препаратов

Правильный ответ: ферментных препаратов

При наличии клинически выраженной стеатореи (неоформленный, зловонный с жирным блеском стул), признаков нутритивной недостаточности (потеря массы тела) показано назначение ферментных препаратов.

(1)

9. Вопрос

Минимальная доза заместительной полиферментной начальной терапии должна назначаться из расчета

1. 10-20 тыс. ед. панкреатина только в основные приемы пищи
2. 10-20 тыс. ед. панкреатина в основной прием пищи + 10 тыс. ед. в промежуточный прием
3. 40-60 тыс. ед. панкреатина в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием

4. 40-50 тыс. ед. панкреатина в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием

Правильный ответ: 40-50 тыс. ед. панкреатина в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием

У пациентов с клиническими симптомами экзокринной недостаточности ПЖ рекомендуемая минимальная доза капсулированного панкреатина для начального лечения составляет 40-50 тыс. ед. на основной прием (3 раза в день) и половинная доза (20-25 тыс. ед.) на промежуточные приемы пищи (общая кратность не менее 5 раз в сутки).

(1)

10. Вопрос

При развитии панкреатогенного сахарного диабета (тип IIIc) лечение, в большинстве случаев, должно проводиться

1. производными сульфонилмочевины
2. тиазолидиндионами

3. инсулином

4. ингибиторами альфа-глюкозидазы

Правильный ответ: инсулином

Развитие сахарного диабета при хроническом панкреатите происходит в результате выраженного фиброза паренхимы поджелудочной железы, поэтому пероральные гипогликемические средства в терапии не играют существенной роли. Большинству пациентов с панкреатогенным сахарным диабетом требуется назначение инсулина.

(1)

11. Вопрос

Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является

1. морфин
2. парацетамол
3. стероидные противовоспалительные препараты
4. промедол

Правильный ответ: парацетамол

Предпочтительным анальгетиком 1-го уровня является парацетамол в силу его ограниченных побочных эффектов, тогда как нестероидных противовоспалительных препаратов рекомендуется избегать из-за их способности повреждать слизистую оболочку пищеварительного тракта.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)

4. Вариатив

12. Вопрос

У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения

1. реактивного артрита
2. спленомегалии

3. остеопороза

4. мышечной дистрофии

Правильный ответ: остеопороза

Пациенты с ХП подвержены высокому риску развития остеопороза и остеопении и высокому риску возникновения спонтанного перелома.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г.

(1)