

Оглавление

	стр.
Предисловие	3
Введение	4
Список сокращений	5
Глава 1. Пульмонология	9
1. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	9
2. Бронхиальная астма	11
3. Пневмония	12
4. Эмфизема легких	15
5. Бронхоэктатическая болезнь	16
6. Плевриты (экссудативные)	17
7. Легочное сердце	18
8. Легочно-сердечная недостаточность	20
Глава 2. Кардиология	22
1. Гипертоническая болезнь	22
2. Гипертонические кризы	24
3. Ишемическая болезнь сердца	25
4. Острый коронарный синдром	27
5. Инфаркт миокарда	27
6. Острая сердечная недостаточность в остром периоде инфаркта миокарда	29
7. Нейроциркуляторная дистония	31
8. Пороки сердца	33
9. Перикардиты	36
10. Идиопатический перикардит	38
11. Миокардиты	38
12. Инфекционный эндокардит	40
13. Кардиомиопатии	41
14. Хроническая сердечная недостаточность	44
15. Тромбоэмболия легочной артерии	45

Глава 3. Ревматология		48
1.	Ревматическая лихорадка	48
2.	Ревматоидный артрит	50
3.	Деформирующий остеоартроз	53
Глава 4. Гастроэнтерология		55
1.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	55
2.	Ахалазия кардии	55
3.	Хронический гастрит	56
4.	Язвенная болезнь	57
5.	Неспецифический язвенный колит	59
6.	Хронический гепатит	60
7.	Цирроз печени	62
8.	Дискинезия желчных путей	64
9.	Хронический холецистит	64
10.	Желчно-каменная болезнь	66
11.	Хронический панкреатит	66
Глава 5. Нефрология		70
1.	Гломерулонефрит	70
2.	Пиелонефрит	72
3.	Хроническая болезнь почек	72
4.	Острая почечная недостаточность	73
5.	Хроническая почечная недостаточность	74
Глава 6. Эндокринология		76
1.	Сахарный диабет	76
2.	Диффузный токсический зоб	79
3.	Тиреоидит	80
4.	Гипотиреоз	81
5.	Ожирение	82

Глава 7. Гематология		84
1.	Анемия	84
2.	Геморрагические диатезы	86
3.	Лимфогранулематоз	86
4.	Лейкозы	88
	Заключение	90
	Литература, использованная составителями	91
	Литература, рекомендованная для самостоятельной работы	93
	Контрольные тестовые вопросы для самостоятельной работы	95
	Клинические задачи	104
	Эталоны ответов	108

Список сокращений

ВПР – врожденные пороки сердца
ГК – гипертонические кризы
ГН - гломерулонефриты
ГЭРБ - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ГПОД - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ДН – дыхательная недостаточность
ДПК - 12-ти перстная кишка
ЖКБ - желчно-каменная болезнь
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИТШ – инфекционно-токсический шок
ИЭ - инфекционный эндокардит
ЛС – легочное сердце
НЦД – нейроциркуляторная дистония
НК – недостаточность кровообращения
НПВС - нестероидные противовоспалительные средства
НЯК – неспецифический язвенный колит
ОФВ1 – объем форсированного выдоха за минуту
ОКС – острый коронарный синдром
ОРЛ – острая ревматическая лихорадка
ПСВ – пиковая скорость выдоха
ТЭЛА - тромбоэмболия легочной артерии
ФЖЕЛ – функциональная жизненная емкость легких
ФТЛ - физиотерапевтическое лечение
ХП - хронический панкреатит
ХСН - хроническая сердечная недостаточность
ХНЗЛ – хронические неспецифические заболевания легких
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ЯБ - язвенная болезнь

Глава 1. Пульмонология

1. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

Хроническая обструктивная болезнь легких - это экологически опосредованное хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких с формированием эмфиземы, характеризующееся ограничением воздушного потока с развитием не полностью обратимой или необратимой бронхиальной обструкции, вызванной продуктивной неспецифической персистирующей воспалительной реакцией.

Глобальная инициатива по лечению ХОБЛ (GOLD, 2006)

Таблица 1. Классификация ХОБЛ

Стадия I – легкая	- $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$ - $ОФВ_1 \geq 80\%$ от должного - обычно, но не всегда хронический кашель и продукция мокроты
Стадия II – среднетяжелая	- $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$ - $50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ от должных значений - обычно, но не всегда усиление симптомов, появление одышки при физической нагрузке
Стадия III – тяжелая	- $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$ - $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должных значений - обычно нарастание одышки, снижение переносимости физической нагрузки, утомляемость, увеличение частоты обострения, ухудшение качества жизни
Стадия IV – крайне тяжелая	- $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,70$ - $ОФВ_1 \leq 30\%$ от должного или - $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должного в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью и/или правожелудочковой недостаточностью

**Таблица 2. Основные признаки при различных типах ХОБЛ
(при тяжелом течении)**

Симптомы заболевания	Бронхитический тип	Эмфизематозный тип
Соотношение основных симптомов	Кашель > одышка	Одышка > кашель
Обструкция бронхов	Выражена	Выражена
Гипервоздушность легких	Слабо выражена	Сильно выражена
Цвет кожных покровов	Диффузный цианоз	Розово-серый оттенок кожи
Кашель	С гиперсекрецией мокроты	Малопродуктивный
Изменения на рентгенограмме органов дыхания	Более выражен диффузный пневмосклероз	Более выражена эмфизема лёгких
Кахексия	Не характерна	Часто имеется
Лёгочное сердце	Развивается рано, нередко в среднем возрасте, более ранняя декомпенсация	Развивается поздно, часто в пожилом возрасте, более поздняя декомпенсация
Полицитемия, эритроцитоз	Часто выражены, вязкость крови повышена	Не характерны
Функциональные нарушения	Признаки прогрессирующей ДН и ЗСН	Преобладание ДН
Типичные нарушения газообмена	$P_a O_2 < 60$ мм рт.ст., $P_a CO_2 > 45$ мм рт.ст.	$P_a O_2 > 60$ мм рт.ст., $P_a CO_2 < 45$ мм рт.ст.
Продолжительность жизни	Меньше	Больше

Согласно международной программе GOLD (2006), у больных ХОБЛ нужно указывать фазу болезни и степень тяжести заболевания. Выделяют четыре степени тяжести (стадии) ХОБЛ.

Примеры формулировки диагноза:

1. ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип, стадия IV, обострение. Хроническое декомпенсированное легочное сердце, НК III, ДН III.
2. ХОБЛ, преимущественно эмфизематозный тип, стадия III, ремиссия. ДН II.

3. ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип, стадия IV, обострение. Вторичные бронхоэктазы в нижних долях обоих легких. Хроническое декомпенсированное легочное сердце, НК III, ДН III.

2. Бронхиальная астма

(Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA 2007))

Бронхиальная астма - это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, с преимущественным участием тучных клеток, эозинофилов и Т-лимфоцитов, характеризующееся бронхиальной гиперреактивностью, проявляющееся рецидивирующими приступами свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром.

I. По патогенезу:

1. Астма, преимущественно аллергическая.
2. Астма, преимущественно неаллергическая (инфекционная, аспириновая, физического усилия, дисгормональная, психоэмоциональная).
3. Астма смешанного генеза.
4. Астма неуточненного генеза.
5. Астматический статус.

II. По степени тяжести (по клиническим признакам перед началом лечения)*:

1. Легкая интермиттирующая (симптомы реже 1 раза в неделю, короткие обострения, ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц, $ОФВ_1$ или ПСВ $\geq 80\%$ от должных значений, вариабельность ПСВ или $ОФВ_1$ менее 20%)

2. Легкая персистирующая (симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день, обострения могут нарушать активность и сон, ночные симптомы чаще 2 раз в месяц, $ОФВ_1$ или ПСВ $\geq 80\%$ от должных значений, вариабельность ПСВ или $ОФВ_1 \leq 30\%$)

3. Персистирующая средней тяжести (ежедневные симптомы заболевания, обострения могут нарушать активность и сон, ночные симптомы чаще

1 раза в неделю, ежедневный прием ингаляционных β -2 агонистов короткого действия, ОФВ₁ или ПСВ 60 - 80% от должных значений, вариабельность ПСВ или ОФВ₁ более 30%

4. Тяжелая персистирующая (ежедневные симптомы заболевания, частые обострения, частые ночные симптомы, ограничение физической активности, ОФВ₁ или ПСВ \leq 60% от должных значений, вариабельность ПСВ или ОФВ₁ более 30%

** классификация тяжести БА осуществляется по наилучшему признаку*

Примеры формулировки диагноза:

1. Астма, неаллергическая, тяжелая персистирующая, обострение. Эмфизема. Пневмосклероз. ДН 1 ст.

1. Астма, аллергическая, легкая интермиттирующая, ремиссия. ДН 0 ст.

3. Пневмония

Пневмония - это острое инфекционное воспаление альвеол с наличием ранее отсутствовавших клинико–рентгенологических признаков локального поражения, не связанных с другими известными причинами.

- Более рациональным с практической точки зрения следует считать выделение двух классов пневмоний: «домашних» и «госпитальных».

- Оправдано выделение пневмоний у больных с ИММУНОДЕФИЦИТОМ, а вот отдельное выделение **атипичных** пневмоний нецелесообразно, так как по своей сути это внебольничные пневмонии. Выделение **аспирационных** пневмоний в самостоятельную рубрику также вызывает сомнения, так как аспирация присутствует в генезе, как больничных, так и внебольничных пневмоний. Оставив в стороне смешение критериев приводимых в одной классификации: с одной стороны – анамнестических (внебольничные и госпитальные), с другой - патогенетические (аспирационные и у людей с иммунодефицитом) можно представить классификацию в следующем виде:

- Внебольничные пневмонии (в том числе и атипичные)

- Внутрибольничные (госпитальные, нозокомиальные) пневмонии

- Аспирационные пневмонии
- Пневмонии у лиц с иммунодефицитом (врожденным или приобретенным).

Рубрики, указывающие на локализацию и распространенность процесса, осложнения, по-прежнему, указываются в диагнозе.

I. По степени тяжести:

1. Легкой степени.
2. Средней степени.
3. Тяжелой степени.

II. По локализации и распространенности:

1. Односторонние
2. Двусторонние
3. Сегментарные
4. Полисегментарные
5. Долевые
6. Субтотальные
7. Тотальные

III. Осложнения:

Легочные:

- параневмонический плеврит
- эмпиема плевры
- абсцесс и гангрена легкого
- множественная деструкция легких
- бронхообструктивный синдром
- острая дыхательная недостаточность

Внелегочные:

- острое легочное сердце
- инфекционно-токсический шок
- неспецифический миокардит, эндо- и перикардит
- сепсис
- менингит, менингоэнцефалит

- ДВС-синдром
- психозы
- анемии

Таблица 3. Основные критерии тяжести пневмонии

Основные признаки	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень
Температура	До 38 ⁰ С	38-39 ⁰ С	Выше 39 ⁰ С
Число дыханий	До 25 в мин	25 – 30 в мин	Выше 30 в мин
ЧСС	До 90 в мин	90 – 100 в мин	Выше 100 в мин
АД	Норма	Тенденция к гипертонии	Диастолическое АД менее 60 мм.рт.ст.
Интоксикация	Отсутствует или нерезко выражена	Умеренно выражена	Резко выражена
Цианоз	Обычно отсутствует	Умеренно выражен	Часто выражен
Наличие и характер осложнений	Обычно отсутствуют	Могут быть (плеврит с небольшим кол-вом жидкости)	Часто (эмпиема, абсцедирование, ИТШ и др.)
Периферическая кровь	Умеренный лейкоцитоз	Лейкоцитоз со сдвигом влево до юных форм	Лейкоцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов, анемия. Возможная лейкопения.
Некоторые б/х показатели крови	СРБ ++, фибриноген до 5 г/л,	СРБ +++	СРБ ++++, фибриноген выше 10 г/л, альбумин ниже 35 г/л, мочевины выше 7 мкмоль/л
Декомпенсация сопутствующих заболеваний	Обычно отсутствует	Возможно обострение БА, ИБС, психических заболеваний	Часто (усиление ХСН, аритмии, декомпенсации СД и др.)
Переносимость лечения и эффективность	Хорошая, быстрый эффект	Возможны аллергические и токсические реакции	Часто побочные реакции (до 15%), более поздний эффект

Примеры формулировки диагноза:

1. Внебольничная двусторонняя полисегментарная (с указанием сегментов) пневмония, тяжелой степени тяжести. ДН II ст.
2. Нозокомиальная субтотальная правосторонняя (стафилококковая) пневмония, тяжелой степени, осложненная правосторонним экссудативным плевритом. ДН III ст. Острое легочное сердце.
3. Внебольничная левосторонняя сегментарная (S9) пневмония, легкой степени тяжести. ДН 0 ст.

4. Эмфизема легких

I. По этиопатогенезу:

- первичная (генетически обусловленная: дефицит альфа1-антитрипсина, дефект эластина, дефект гладкомышечного каркаса легких)
- вторичная (вследствие ХНЗЛ)

II. По распространенности:

- диффузная
- локализованная (викарная, долевая, сегментарная, синдром Маклюда и др.)

III. По структурно-морфологическим признакам:

- альвеолярная
- интерстициальная
- буллезная

IV. По функциональным признакам:

- обструктивная
- необструктивная

V. Осложнения:

- дыхательная недостаточность
- пневмоторакс
- легочное сердце

Пример формулировки диагноза:

ХОБЛ: III стадии, фаза обострения. Вторичная диффузная эмфизема легких. ДН II ст.

5. Бронхоэктатическая болезнь

Бронхоэктатическая болезнь - заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися функциональной неполноценностью и развитием хронического гнойно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Видоизмененные бронхи носят название бронхоэктазов (или бронхоэктазий).

По течению:

- легкая форма
- средней тяжести
- тяжелая

По распространенности:

- односторонняя
- двусторонняя

По форме деформации бронхов:

- цилиндрические бронхоэктазы
- мешотчатые бронхоэктазы
- веретенообразные бронхоэктазы
- смешанные бронхоэктазы

По активности процесса:

- обострение
- ремиссия

Осложнения:

- кровотечение
- абсцесс
- эмпиема
- хронический обструктивный бронхит

- амилоидоз
- легочное сердце

Примечание: к бронхоэктатической болезни следует относить те случаи, когда деформация бронхов предшествует развитию бронхолегочной патологии воспалительного генеза.

Примеры формулировки диагноза:

1. Бронхоэктатическая болезнь: двусторонние цилиндрические бронхоэктазы в нижних долях легких, обострение. Вторичный хронический обструктивный бронхит. Эмфизема. Хроническое декомпенсированное легочное сердце (ДН II ст., НК II А ст.)
2. Бронхоэктатическая болезнь: мешотчатые бронхоэктазы в нижней доле правого легкого. Легочное кровотечение. ДН I ст.

6. Плевриты (экссудативные)

Плевриты (экссудативные) - это воспаление плевральных листков, сопровождающееся выпотеванием в плевральную полость экссудата того или иного характера.

По этиологии:

- инфекционные: туберкулез, пневмонии, вирусные инфекции, грибковые поражения, поддиафрагмальный абсцесс, паразитозы;
- неинфекционные (асептические):
 - 1) опухоли (мезотелиома плевры, лимфома, метастатические опухоли, лейкозы, синдром Мейгса – плеврит и асцит при карциноме яичников);
 - 2) ТЭЛА;
 - 3) ДЗСТ и ревматизм;
 - 4) Постинфарктный синдром (Дресслера);
 - 5) Заболевания ЖКТ (панкреатит, абсцесс печени, перфорация пищевода;
 - 6) Механическая травма, электроожоги;
 - 7) прочие редкие заболевания и причины (асбестоз, лекарственная аллергия, лучевая терапия и др.).

По течению:

- острый
- подострый
- хронический

По характеру экссудата:

- фибринозный
- серозно-фибринозный
- серозный
- гнойный
- гнилостный
- геморрагический
- холестериновый
- эозинофильный
- хилезный

По локализации и в зависимости от наличия или отсутствия ограничения экссудата:

1. Диффузный
2. Осумкованный:
 - верхушечный (апикальный)
 - пристеночный (паракостальный)
 - косто-диафрагмальный
 - диафрагмальный (базальный)
 - парамедиастинальный
 - междолевой (интерлобарный)

Примеры формулировки диагноза:

1. Левосторонний косто-диафрагмальный осумкованный серозно-фибринозный экссудативный плеврит туберкулезной этиологии, подострое течение. ДН II ст.

2. Госпитальная правосторонняя нижнедолевая стафилококковая пневмония, тяжелой степени тяжести. Парапневмонический правосторонний выпотной плеврит. ДН II ст.

7. Легочное сердце

Легочное сердце - это гипертрофия правого желудочка, развившаяся при заболеваниях, поражающих функцию или структуру легких, либо то и другое одновременно, за исключением случаев, когда изменения легких являются результатом первичного поражения левых отделов сердца или врожденных пороков сердца.

Согласно классификации ВОЗ, все заболевания, приводящие к развитию ЛС, разделяют на три группы:

1. Заболевания, первично влияющие на прохождение воздуха в легких и альвеолах. К этой группе относится 21 нозология: хр. бронхит, бронх. астма, эмфизема легких, туберкулез, пневмокониозы, бронхоэктатическая болезнь, саркоидоз, эозинофильная гранулема, бериллиоз, хр. диффузный интерстициальный фиброз, СКВ и др.; поликистоз легких...

2. Заболевания, первично влияющие на движения грудной клетки: кифосколиоз и др. деформации гр. клетки, плевральный фиброз, хр. нервно-мышечные заболевания (полиомиелит), альвеолярная гиповентиляция, в том числе идиопатическая, а также состояние после торакопластики; болезнь Бехтерева; пикквикский синдром при ожирении и др.

3. Заболевания, первично поражающие легочные сосуды: первичная легочная гипертензия, узелковый полиартериит, др. артерииты, тромбозы и эмболии сосудов легких; сдавление ствола легочной артерии и легочных вен опухолями средостения, аневризмой аорты и др.

Острое ЛС развивается в считанные минуты, часы или дни в результате массивной ТЭЛА, клапанного пневмоторакса, тяжелого приступа бронхиальной астмы, распространенной пневмонии.

Подострое ЛС возникает в течение недель, месяцев и наблюдается при повторных мелких ТЭЛА, узелковом полиартериите, карциноматозе легких, повторных приступах тяжелой бронхиальной астмы, ботулизме, миастении, полиомиелите.

Хроническое ЛС развивается в течение нескольких лет (причины – 3 группы выше перечислены).

Различают: компенсированное и декомпенсированное подострое и хроническое легочное сердце.

Выделяют: бронхолегочную (70-80% случаев), васкулярную и торако-диафрагмальную форму ЛС.

Пример формулировки диагноза:

1. Тромбофлебит глубоких вен левой голени. ТЭЛА крупных ветвей левого легкого. Острое легочное сердце.

8. Легочно-сердечная недостаточность

Легочно-сердечная недостаточность как динамичный синдром имеет следующие фазы развития:

- 1) дыхательная недостаточность;
- 2) сочетание дыхательной недостаточности с гиперфункцией и гипертрофией правого сердца, т. е. компенсированное легочное сердце;
- 3) сочетание дыхательной недостаточности с недостаточностью кровообращения по правожелудочковому типу, т. е. декомпенсированное легочное сердце, или собственно легочно-сердечная недостаточность.

Синдромная классификация хронической легочно-сердечной недостаточности (Б.П. Кушелевский, Д.М. Зислин, 1964 г., Н.М. Мухарлямов, 1973г.)

I стадия (латентная). Одышка - при физической нагрузке (ДН I-II ст.); компенсаторная тахикардия (НК I ст.); нормальное насыщение крови кислородом (в среднем 95,8%).

II стадия (выраженная, преимущественно легочная недостаточность). Одышка - в покое (ДН III ст.); гипертрофия правого желудочка, нарушение гемодинамики (НК II А ст.); слегка понижено насыщение крови кислородом (в среднем - до 92,7%).

III стадия (легочно-сердечная). Одышка - выраженная в покое (ДН III ст.); цианоз; гипертрофия правых отделов сердца с признаками сердечной недостаточности (II, III стадии). Значительно снижено содержание кислорода в крови (меньше 80%).

Примечание: в зависимости от выраженности застойных явлений в большом круге кровообращения (цианоз, отеки, застойная гепатомегалия, асцит и т.д.) формулировка диагноза дополняется обозначением: компенсированная, декомпенсированная. Приемлема замена формулировки "хроническая легочно-сердечная недостаточность" формулировкой "хроническое легочное сердце". Хроническую легочно-сердечную недостаточность следует рассматривать как вторичный синдром, поэтому это определение всегда следует при построении диагноза за основным заболеванием, исходом которого оно явилось.

Примеры формулировок диагноза:

1. ХОБЛ: IV стадии, фаза обострения. Диффузная эмфизема. Хроническое декомпенсированное легочное сердце (ДН III ст., НК II А ст.).
2. Астма, смешанного генеза, тяжелое течение, стадия обострения. Диффузная эмфизема. Декомпенсированное хроническое легочное сердце (ДН III ст., НК II Б ст.).

Глава 2. Кардиология

1. Гипертоническая болезнь

Гипертоническая болезнь - хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (АГ), не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ) (Российские рекомендации, 2010 г.).

**Таблица 4. Классификация уровней артериального давления*
(ВНОК, 2010)**

Категория АД	Систолическое АД	Диастолическое АД
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120-129	80-84
Высокое нормальное	130-139	85-89
АГ 1 степени	140-159	90-99
АГ 2 степени	160-179	100-109
АГ 3 степени	≥180	≥110
Изолированная систолическая АГ	>140	<90

Примечание. * - Если значения САД и ДАД попадают в разные категории, то степень тяжести АГ оценивается по более высокой категории

Стадии артериальной гипертензии (ВОЗ и ISH, 1993 и 1996 гг., ВНОК 2010г.)

Стадия I. Отсутствие объективных признаков поражения органов-мишеней.

Стадия II. Наличие по крайней мере одного из следующих признаков поражения органов-мишеней (ПОМ):

- Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ: признак Соколова–Лайона >38 мм; Корнельское произведение >2440 мм × мс; ЭхоКГ: ИММЛЖ ≥125 г/м² для мужчин и ≥110 г/м² для женщин);

- Поражение сосудов: УЗ-признаки утолщения стенки артерии (ТИМ>0,9 мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов; скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии >12 м/с; лодыжечно-плечевой индекс <0,9;

- Поражение почек: небольшое повышение сывороточного креатинина (115–133 мкмоль/л (1,3–1,5 мг/дл) для мужчин или 107–124 мкмоль/л (1,2–1,4 мг/дл) для женщин); низкая СКФ <60 мл/мин/1,73 м² (MDRD-формула) или низкий клиренс креатинина <60 мл/мин (формула Кокрофта–Гаулта); МАУ 30–300 мг/сут.; отношение альбумин/креатинин в моче ≥22 мг/г (2,5 мг/ммоль) для мужчин и ≥31 мг/г (3,5 мг/ммоль) для женщин

Стадия III. Наличие ассоциированных клинических состояний (АКС):

- Сердце: стенокардия, инфаркт миокарда, коронарная реваскуляризация, хроническая сердечная недостаточность;

- Головной мозг: преходящее нарушение мозгового кровообращения, ишемический или геморрагический мозговой инсульт;

- Глазное дно: кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва;

- Почки: диабетическая нефропатия; признаки ХПН (сывороточный креатинин >133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) для мужчин и >124 мкмоль/л (1,4 мг/дл) для женщин);

- Сосуды: расслаивающая аневризма аорты, симптомы окклюзирующего поражения периферических артерий.

Таблица 5. Стратификация риска у больных АГ

ФР, ПОМ и сердечно-сосудистые заболевания	АГ 1 степени 140–159/90–99	АГ 2 степени 160–179/100–109	АГ 3 степени ≥180/ ≥ 110
Нет ФР	Низкий дополнительный риск	Средний дополнительный риск	Высокий дополнительный риск
1 – 2 ФР	Средний дополнительный риск	Средний дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск
≥ 3 ФР, ПОМ, МС или сахарный диабет	Высокий дополнительный риск	Высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск
АКС	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск	Очень высокий дополнительный риск

Примеры формулировки диагноза:

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Гипертрофия ЛЖ, гипертоническая нефропатия (или гипертонический ангиосклероз). Риск 3 (высокий).

2. Гипертоническая болезнь II стадии. Достигнутая степень АГ 2. Перечислить поражение органов-мишеней. Риск 4 (очень высокий).

2. Гипертонические кризы

Гипертонический криз - это состояние, при котором отмечается выраженное повышение АД, сопровождающееся появлением или усугублением клинических симптомов и требующее быстрого контролируемого снижения АД для предупреждения повреждения органов-мишеней (JNC VI, 1997. JNC VII, 2003).

Гипертонический криз – это остро возникшее выраженное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней (ВНОК, 2010г).

В большинстве случаев гипертонический криз определяют как быстрое повышение диастолического АД >120 мм рт. ст., а также повышение систолического АД до 180 мм рт. ст. и выше. Вместе с тем следует помнить, что возникновение гипертонического криза как правило определяется скоростью повышения АД и может не коррелировать с уровнем исходного артериального давления.

Классификация гипертонических кризов (ГК)

(JNC, VI, 2003 г., ВНОК, 2010 г.)

1. Неосложненные ГК - протекают без острого клинически значимого нарушения функции органов – мишеней.

2. Осложненные ГК - сопровождаются признаками острого, угрожающего жизни повреждения органов – мишеней и требуют снижения АД с первых

минут, в течение нескольких минут или часов при помощи парентерально вводимых лекарственных препаратов.

ГК считается осложненным в следующих случаях:

- гипертоническая энцефалопатия;
- мозговой инсульт;
- острый коронарный синдром;
- острая ЛЖ-недостаточность;
- расслаивающая аневризма аорты;
- ГК при феохромоцитоме;
- преэклампсия беременных;
- тяжелая АГ, ассоциированная с субарахноидальным кровоизлиянием или травмой головного мозга;
- АГ у послеоперационных больных и при угрозе кровотечения;
- ГК на фоне приема амфетаминов, кокаина и др.

3. Ишемическая болезнь сердца

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – острое или хроническое поражение сердца, обусловленное уменьшением или полным прекращением доставки крови к миокарду в связи с атеросклеротическим процессом в коронарных артериях, что нарушает равновесие между коронарным кровотоком и потребностями миокарда в кислороде.

Классификация ИБС (АСС/АНА, 2003г)

I. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца).

II. Стенокардия:

Стенокардия напряжения:

- 1) впервые возникшая (de novo);
- 2) стабильная (с указанием функционального класса):

I класс - больной хорошо переносит обычные физические нагрузки. Приступы стенокардии возникают только при нагрузках высокой интенсивности. ВЭМ - 600 кгм и выше.

II класс - приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на расстоянии более 500 м, при подъеме более чем на 1 этаж. Вероятность возникновения приступа стенокардии увеличивается при ходьбе в холодную погоду., против ветра, при эмоциональном возбуждении или в первые часы после пробуждения. ВЭМ -450-600 кгм.

III класс - выраженное ограничение обычной физической активности. Приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100-500 м, при подъеме на 1 этаж, могут возникать редкие приступы стенокардии покоя. ВЭМ -300-450 кгм.

IV класс - стенокардия возникает при небольших физических нагрузках, при ходьбе по ровному месту на расстоянии менее 100 м. Характерно возникновение приступов стенокардии в покое. ВЭМ -150 кгм или не проводится.

3) прогрессирующая;

4) стенокардия спонтанная (вазоспастическая, особая вариантная, Принцметала).

III. Инфаркт миокарда:

- с зубцом Q, (крупноочаговый, трансмуральный) - первичный, повторный (дата);

- без зубца Q, (мелкоочаговый) - первичный, повторный (дата).

Примечание: В обоих случаях указывается локализация некроза.

IV. Кардиосклероз постинфарктный (с указанием даты инфаркта).

V. Нарушение сердечного ритма (с указанием формы).

VI. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии).

VII. Безболевая ишемия миокарда (I тип и II типы).

VIII. Микроваскулярная (дистальная) ИБС (синдром X).

IX. Новые ишемические синдромы («оглушение» миокарда, «гибернация», ишемическое прекондиционирование миокарда).

4. Острый коронарный синдром (ОКС)

Острый коронарный синдром - любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию.

Клинические варианты ОКС:

- инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST;
- инфаркт миокарда без подъема сегмента ST;
- инфаркт миокарда, диагностированный по изменениям ферментов, по биомаркерам, по поздним ЭКГ признакам;
- нестабильная стенокардия.

Термин «ОКС» используется для обозначения тактики ведения пациентов с дестабилизацией ИБС при первом контакте с ними.

5. Инфаркт миокарда

Инфаркт миокарда - неотложное клиническое состояние, обусловленное некрозом участка сердечной мышцы в результате нарушения ее кровоснабжения.

Современная классификация ОИМ предусматривает его деление:

- по величине и глубине поражения сердечной мышцы;
- по характеру течения заболевания;
- по локализации ИМ;
- по стадии заболевания;
- по наличию осложнений ИМ.

1. По величине и глубине поражения сердечной мышцы различают трансмуральный (*с зубцом Q*) и нетрансмуральный (*без зубца Q*) ИМ; субэндокардиальный, субэпикардиальный, интрамуральный и трансмуральный ИМ.

2. По характеру течения заболевания различают первичный, повторный и рецидивирующий ИМ.

Первичный ИМ диагностируется при отсутствии анамнестических и инструментальных признаков перенесенного в прошлом ИМ.

Повторный ИМ диагностируется в тех случаях, когда у больного, у которого имеются документированные сведения о перенесенном в прошлом ИМ, появляются достоверные признаки нового очага некроза, чаще формирующегося в бассейне других коронарных артерий в сроки, превышающие 28 дней с момента возникновения предыдущего инфаркта.

При *рецидивирующем ИМ* клинико-лабораторные и инструментальные признаки формирования новых очагов некроза появляются в сроки от 72 ч (3 суток) до 28 дней после развития ИМ, т.е. до окончания основных процессов его рубцевания.

3. По локализации ИМ выделяют:

- передне-септальный (передне-перегородочный);
- передне-верхушечный;
- передне-боковой;
- передне-базальный (высокий передний);
- распространенный передний (септальный, верхушечный и боковой);
- задне-диафрагмальный (нижний);
- задне-боковой;
- задне-базальный;
- распространенный задний;
- ИМ правого желудочка.

4. По стадии течения заболевания различают:

- *острейший* период — до 2 ч от начала ИМ;
- *острый* период — до 10 дней от начала ИМ;
- *подострый* период — с 10 дня до конца 4 - 8 недели;
- *постинфарктный* период — обычно после 4 - 8 недели.

5. К числу наиболее распространенных осложнений ИМ относятся:

- острая левожелудочковая недостаточность (отек легких);
- кардиогенный шок;
- желудочковые и наджелудочковые нарушения ритма;

- нарушения проводимости (СА - блокады, АВ - блокады, блокады ножек пучка Гиса);
- острая аневризма ЛЖ;
- внешние и внутренние разрывы миокарда, тампонада сердца;
- асептический перикардит (эпистенокардитический);
- тромбоэмболии.

6. Острая сердечная недостаточность в остром периоде инфаркта миокарда (Т. Killip, 1967г.)

Острая сердечная недостаточность в остром периоде инфаркта миокарда - клинический синдром, характеризующийся быстрым возникновением симптомов, определяющих нарушение систолической и/или диастолической функции сердца (сниженный сердечный выброс, недостаточная перфузия тканей, повышенное давление в капиллярах легких, застой в тканях).

1 стадия – отсутствие или стертые признаки сердечной декомпенсации;

2 стадия – сердечная недостаточность (влажные хрипы в нижней половине легочных полей, III тон, признаки венозной гипертензии в легких);

3 стадия - тяжелая сердечная недостаточность (явный отек легких; влажные хрипы распространяются более чем на нижнюю половину легочных полей);

4 стадия - кардиогенный шок (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. с признаками периферической вазоконстрикции: олигурия, цианоз, потливость).

Степени тяжести кардиогенного шока

С учетом выраженности клинических проявлений, ответной реакции на проводимые мероприятия, показателей гемодинамики выделяют 3 степени тяжести кардиогенного шока.

Таблица 6. Степени тяжести кардиогенного шока

Показатели	Степени тяжести кардиогенного шока		
	I	II	III
Длит. шока	Не более 3-5 ч	5-10 ч	Больше 10 ч
Уровень АД	САД < 90 мм. рт. ст. (90-81 мм рт.ст.)	САД 80-61 мм рт.ст.	САД<60 мм рт.ст. ДАД < 0
Пульсовое АД	30-25 мм. рт. ст.	20-15 мм. рт. ст	< 15 мм. рт. ст.
ЧСС	100-110 мин	110-120 мин	>120 мин
Выраженность симптомов шока	Симптомы шока выражены слабо	Симптомы шока выражены значительно	Симптомы выражены очень резко, течение крайне тяжелое
Выраженность симптомов сердечной недостаточности	Сердечная недостаточность отсутствует или слабо выражена	Выраженные симптомы ОЛЖН, у 20% больных – отек легких	Тяжелое течение сердечной недостаточности, бурный отек легких
Прессорная реакция на лечебные мероприятия	Быстрая (30-60 мин), устойчивая	Замедленная, неустойчивая, периферические признаки шока возобновляются в течение суток	Неустойчивая, кратковременная, часто вообще отсутствует (ареактивное состояние)
Диурез, мл/ч	Снижен до 20	<20	0
Величина СИ, л/мин/м ²	Уменьшение до 1,8	1,8 – 1,5	1,5 и ниже
Давление заклинивания в легочной артерии, мм рт. ст.	Увеличение до 24	24 - 30	30 и выше
Парциальное напряжение кислорода крови, рО ₂ мм. рт. ст.	Снижение до 60 мм рт. ст.	60-55 мм. рт. ст.	50 и ниже

Примеры формулировки диагноза:

1. ИБС. Стенокардия напряжения III ФК, желудочковая экстрасистолия. ХСН II А ст. - III ФК (по NYHA)
2. ИБС. Первичный Q-позитивный инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка (дата). Фибрилляция предсердий, тахисистолическая

форма. ОСН I по Killip.

3. ИБС. Стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз (дата). Блокада левой ножки пучка Гиса. ХСН II Б ст – IV ФК (по NYHA).

7. Нейроциркуляторная дистония

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) – функциональное заболевание сердечно-сосудистой системы, проявляющееся многочисленными сердечно-сосудистыми, респираторными и вегетативными расстройствами, астенизацией, плохой переносимостью стрессовых ситуаций и физических нагрузок, отличается доброкачественным течением, благоприятным прогнозом, не приводит к кардиомегалии и сердечной недостаточности.

NB! В большинстве случаев НЦД – синдром! Например, при диффузном токсическом зобе, заболеваниях ЖКТ (хроническом энтерите, хроническом панкреатите, язвенной болезни), заболеваниях ЦНС (арахноэнцефалите, травмах черепа, поражениях диэнцефальной области и др.), некоторых паразитарных заболеваниях (описторхозе), невротических расстройствах (астенических, истерических, тревожно-фобических, ипохондрических) и психических заболеваниях.

Классификация НЦД (общепринятой классификации нет)

По этиологии:

- психогенная (невротическая);
- инфекционно-токсическая;
- дисгормональная;
- рефлекторная;
- связанная с физическим перенапряжением;
- смешанная;
- эссенциальная (наследственно-конституциональная).

По клиническим синдромам:

- кардиалгический;
- тахикардальный;
- гипертонический;

- гипотонический;
- периферические сосудистые нарушения;
- вегетативные кризы;
- респираторный;
- астенический.

По тяжести течения:

Легкая степень: трудоспособность сохранена; незначительное снижение показателей физической работоспособности (по данным велоэргометрии [ВЭМ]); кардиалгия выражена умеренно, возникает лишь в связи со значительными психоэмоциональными или физическими перегрузками; отсутствуют вегетативно-сосудистые пароксизмы; тахикардия возникает лишь в связи с эмоциями и физической перегрузкой; респираторные нарушения выражены слабо или отсутствуют; ЭКГ, как правило, изменена незначительно; относительная моносимптомность; легкость исчезновения заболевания (часто спонтанная); необходимость в лекарственной терапии обычно отсутствует.

Средняя степень: длительность существования и множественность симптомов; снижение или временная утрата трудоспособности; сердечный болевой синдром обычно стойкий; возможны вегетативно-сосудистые пароксизмы; тахикардия возникает спонтанно, достигая 110-120 уд./мин; показатели физической работоспособности (по данным ВЭМ) снижены более чем на 50%; необходимость применения медикаментозной терапии.

Тяжелая степень: стойкость патологических расстройств и множественность клинических симптомов без тенденции к их исчезновению; резкое снижение и длительная утрата трудоспособности; тахикардия достигает 130-150 уд/мин; выражены дыхательные расстройства; упорный болевой синдром; часто наблюдаются вегетативно-сосудистые кризы, имеется кардиофобия, нередко – депрессия; больные обычно нуждаются в стационарном лечении.

Примеры формулировки диагноза:

1 . Нейроциркуляторная дистония по гипертензивному типу, средней степени тяжести.

2 . Нейроциркуляторная дистония по гипотензивному типу, легкой степени тяжести.

3. Климакс. Нейроциркуляторная дистония с редкими вегетативными кризами.

8. Пороки сердца

Врожденные пороки сердца

Врожденные пороки сердца (ВПС) – аномалии структуры и/или функции сердечно-сосудистой системы, возникающие в результате нарушения ее эмбрионального развития (Е.Н.Амосова, 1998 г.).

Классификация ВПС

(Институт сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева)

Единой общепринятой классификации ВПС не существует. Это связано с большим многообразием ВПС и различными подходами.

Для практикующих врачей-кардиологов удобнее пользоваться более упрощенным делением ВПС на 3 группы:

1. ВПС бледного типа с артериовенозным шунтом: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), открытый артериальный проток (ОАП); открытый атриовентрикулярный канал.

2. ВПС синего типа с веноартериальным шунтом: транспозиция магистральных сосудов, тетрада Фалло, триада Фалло, атрезия трикуспидального клапана и т.д.

3. ВПС без сброса, но с препятствием на пути кровотока из желудочков: стенозы легочной артерии и аорты.

Приобретенные пороки сердца

Классификация приобретенных пороков сердца (В.И. Маколкин, 2003)

По этиологии:

- ревматическая
- неревматическая (с уточнением)

По локализации и характеру поражения клапана:

1. Пороки митрального клапана:

- недостаточность митрального клапана
- митральный стеноз
- митральный порок с преобладанием недостаточности
- митральный порок с преобладанием стеноза
- митральный порок без четкого преобладания недостаточности или стеноза

2. Пороки аортального клапана:

- недостаточность аортального клапана
- стеноз устья аорты
- аортальный порок с преобладанием недостаточности
- аортальный порок с преобладанием стеноза
- аортальный порок без четкого преобладания недостаточности или стеноза

3. Пороки трикуспидального клапана:

- недостаточность трикуспидального клапана
- трикуспидальный стеноз
- трикуспидальный порок с преобладанием недостаточности
- трикуспидальный порок с преобладанием стеноза
- трикуспидальный порок без четкого преобладания недостаточности или стеноза

4. Порок клапана легочной артерии:

- недостаточность клапана легочной артерии

NB! В клинической практике нецелесообразно употреблять термины: «сочетанный порок» (при стенозе и недостаточности одного клапана) и «комбинированный порок» (при поражении нескольких клапанов).

По степени тяжести:

Таблица 7. Митральный стеноз (АСС/АНА 2006г.)

Степень стеноза	Площадь митрального отверстия, см ²	Трансмитральный градиент, мм рт.ст.	Систолическое давление в легочной артерии, мм рт.ст.
Легкий	> 1,5	< 5	< 30
Умеренный	1,0- 1,5	5-10	30-50
Тяжелый	< 1,0	> 10	> 50

Таблица 8. Митральная недостаточность (АСС/АНА 2006г.)

Признаки	Степень тяжести		
	Легкая	Умеренная	Тяжелая
Специфичные признаки тяжести (по данным цветного доплеровского картирования)	<ul style="list-style-type: none"> Небольшая, центрально расположенная струя с тонким устьем (<4см²) Ширина струи регургитации в самом узком месте (vena contracta) <3см Минимальная конвергенция потока или ее отсутствие 	<ul style="list-style-type: none"> Присутствуют признаки легкой митральной регургитации, но признаков тяжелой митральной регургитации нет 	<ul style="list-style-type: none"> Ширина струи регургитации в само узком месте (vena contracta) ≥0,7см ПЛЮС широкая центральная струя регургитации (>40% площади ЛП) или ПЛЮС струя регургитации любого размера, циркулирующая вдоль стенок ЛП Выраженная конвергенция потока Обратное движение крови в легочных венах в систолу «Молотящая» створка митрального клапана или разрыв папиллярной мышцы
Количественные признаки			
Объем регургитации (мл/уд.)	<30	30-59	≥60
Фракция регургитации (%)	<30	30-49	≥50
Эффективная площадь регургитационного отверстия (см ²)	<0,20	0,20-0,39	≥0,40

Таблица 9. Аортальный стеноз (АСС/АНА 2006г.)

Степень стеноза	Площадь отверстия, см ²	Средний градиент, мм рт. ст.	Максимальная скорость, м/сек
Легкий	> 1,5	< 25	< 3
Умеренный	1,0 – 1,5	25 - 40	3 - 4
Тяжелый	< 1,0	> 40	> 4

Таблица 10. Аортальная недостаточность (ASE 2003г.)

Показатель	Степень аортальной регургитации		
	Легкая	Средняя ^{**}	Тяжелая
Ширина размера "Vena contracta" [*]	<3,0	3,0-5,9	≥6,0
Соотношение скорости регургитации и выносящего тока из желудочка (%)	<25	25-44 45-59	≥65
Объем регургитации (мл на сердечное сокращение)	<30	30-44 45-59	≥60
Фракция регургитации (%)	<30	30-39 40-49	≥50
Площадь основания струи регургитации (мм ²)	<10	10-19 20-29	≥30

* - «Vena contracta» – это ширина потока регургитации у основания при цветном доплеровском исследовании.

** - Подразделы средней степени на две категории – “от легкой до средней” и “средней тяжелой”.

Примеры формулировки диагноза:

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митрально-аортальный порок: митральный порок с преобладанием стеноза, недостаточность аортального клапана. ХСН IIА ст. – III ФК (NYHA).

2. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Оперированный митральный стеноз. Закрытая комиссуротомия (дата). ХСН IIА ст. - II ФК (NYHA).

9. Перикардиты

Перикардиты – это заболевания серозных оболочек сердца (околосердечной сумки) воспалительного происхождения.

Классификация перикардитов (ЕОК, 2004г.)

По этиологии:

1. Инфекционный перикардит

- Вирусный (Коксаки А9, В 1-4, Эхо 8, вирус свинки, цитомегаловирус, варицелла, рубелла, ВИЧ, парво В19 и другие)

- Бактериальный (пневмо-, менинго-, гонококки, гемофильная палочка, *Treponema pallidum*, *Borreliosis*, *Chlamydia*, туберкулез и другие)

- Грибковый (кандида, гистоплазма и другие)

- Паразитарный (эхинококк, токсоплазма и другие)

2. Перикардит при системных аутоиммунных заболеваниях: СКВ, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, дерматомиозит, узелковый периартериит, синдром Рейтера, семейная средиземноморская лихорадка

3. Аутоиммунный (имунный) процесс типа 2: ревматическая лихорадка, посткардиотомный синдром, после инфаркта миокарда (синдром Дресслера), аутореактивный (хронический) перикардит

4. Перикардит и выпот в перикарде при заболеваниях соседних органов: острый инфаркт миокарда (эпистенокардитический перикардит), миокардит, расслаивающаяся аневризма аорты, инфаркт легкого, пневмония, болезни пищевода, паранеопластический перикардит

5. Перикардит при нарушениях метаболизма: почечная недостаточность (уремия), микседема, болезнь Аддисона, диабетический кетоацидоз, холестеринновый перикардит

6. Перикардит при беременности (асимптомный, развивается к III триместру)

7. Травматический перикардит:

- Прямое повреждение (проникающее ранение грудной клетки, перфорация пищевода, инородные тела)

- Непрямое повреждение (непроникающее ранение грудной клетки, раздражение средостения)

8. Неопластический перикардит: первичные опухоли, вторичные метастатические опухоли, карцинома легких, карцинома молочной железы,

опухоли желудка и толстой кишки, карцинома другой локализации, лейкемия и лимфома, меланома, саркома, другие опухоли

10. Идиопатический перикардит

По клиническим вариантам:

- острый (продолжительность менее 6 нед)
- подострый (от 6 недель до 6 месяцев)
- хронический (продолжительность более 6 месяцев)

1. Острые формы.

1.1 Сухой или фибринозный.

1.2 Выпотной или экссудативный (серозно-фибринозный, геморрагический):

- с тампонадой сердца;
- без тампонады.

1.3 Гнойный и гнилостный.

2. Подострые и хронические формы.

2.1 Выпотной.

2.2 "Бессимптомный".

2.3 С функциональными нарушениями сердечной деятельности.

2.4 С отложением извести, «панцирное» сердце.

2.5 С экстраперикардальными сращениями.

2.6 Констриктивный перикардит.

3. Диссеминация воспалительных гранулем ("жемчужница").

Пример формулировки диагноза:

Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелой степени, осложненная экссудативным перикардитом. ДН II ст. ХСН IIА ст.- ПФК (NYHA).

11. Миокардиты (В.А. Максимов)

Миокардит - это поражение сердечной мышцы преимущественно воспалительного характера, обусловленное непосредственным или опосредо-

ванным через иммунные механизмы воздействием инфекции, паразитарной или протозойной инвазии, химических или физических факторов, а так же поражения, возникающие при аллергических и аутоиммунных заболеваниях (Палеев Н.Р., 1992 г.)

Классификация миокардитов

1. По этиологии

- вирусные (вирусы Коксаки А и В, ЕСНО, гриппа, полиомиелита)
- бактериальные и кокковые (стафилококки, стрептококки, пневмококки)
- риккетсиозные (возбудители сыпного тифа, лихорадки Ку)
- спирохетозные (возбудители сифилиса, лептоспироза, возвратного тифа)
- грибковые (возбудители актиномикоза, кандидомикоза, аспергиллеза)
- паразитарные (токсоплазмоз, трихинеллеза, эхинококкоза)
- токсические и аллергические

2. По патогенезу:

- первично–инфекционные (инфекционно-токсические и инфекционно-септические)
- инфекционно-аллергические;
- токсико-аллергические

3. По морфологии:

- паренхиматозный, интерстициальный;
- очаговый, диффузный;
- альтернативный, экссудативный, продуктивный, смешанный;
- специфический, неспецифический;
- изолированный, сочетающийся с эндо- и/или перикардитом

4. По клинике и течению:

- по ведущим синдромам (кардиалгии, нарушением ритма и проводимости, СН, смешанный, бессимптомный)
- по течению (острый, подострый, хронический рецидивирующий, хронический прогрессирующий)

- по направленности воспалительного процесса (прогрессирующий, стабильный, регрессирующий)

5. По тяжести течения:

- легкой степени
- средней степени
- тяжелой степени

Примеры формулировки диагноза:

1. Вирусный миокардит, среднетяжелая форма, острое течение. Политопная экстрасистолия. ХСН 0 ст.
2. Стафилококковый миокардит, тяжелая форма, острое течение. ОСН 1 ст.

12. Инфекционный эндокардит

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – заболевание инфекционной природы с первичной локализацией возбудителя на клапанах сердца, пристеночном эндокарде, реже – на эндотелии аорты и крупных артерий, протекающее с возможной генерализацией септического процесса и развитием иммунопатологических проявлений.

Классификация ИЭ

1. По этиологии:

- стрептококки
- стафилококки
- энтерококки
- E. coli
- Pseudomonas aeruginosa
- грибы и другие микроорганизмы

2. Клинико-морфологические формы:

- Первичная - при неизмененных клапанах сердца
- Вторичная- на фоне измененных клапанов сердца

3. По течению:

- острый – до 2 месяцев
- подострый – более 2 месяцев

- хроническое рецидивирующее течение возможно как исключение при ошибках в диагностике и лечении

4. По степени активности:

- минимальная
- умеренная
- высокая

5. Исходы:

- выздоровление - если через 1 год после лечения нормальная температура тела, СОЭ, не высевался возбудитель

- рецидив: ранний - до 2 месяцев, поздний - от 2 до 12 месяцев

- повторный ИЭ – появление симптомов через год после лечения, или в срок до 1 года, если высеян другой возбудитель

6. ИЭ протезированного клапана:

- Ранний – возникший в сроки до 2 месяцев после протезирования
- Поздний – возникший через 2 месяца после протезирования

Примеры формулировки диагноза:

1. Первичный острый стафилококковый эндокардит с локализацией на аортальном клапане, активность III степени, недостаточность аортального клапана. ХСН IIА-IIФК.

2. Вторичный подострый стрептококковый эндокардит с локализацией на аортальном и митральном клапанах на фоне ревматической болезни сердца, активность II степени, комбинированный митрально-аортальный порок (недостаточность митрального клапана, сужение левого атрио-вентрикулярного отверстия, недостаточность клапана аорты, сужение устья аорты). ХСН IIА-III ФК.

13. Кардиомиопатии

Кардиомиопатии – неоднородная группа заболеваний миокарда, связанных с нарушением механической и/или электрической функций, которые обычно, хотя и не обязательно, сопровождаются патологической гипертро-

фией или дилатацией желудочков сердца и обусловлены различными причинами, многие из которых генетические (ААС, 2006г.).

Классификация кардиомиопатий

(NB! До настоящего времени единого мнения экспертов по классификации кардиомиопатий не существует)

Классификация кардиомиопатий (ВОЗ, 1995 г.)

Первичные:

1. Дилатационная кардиомиопатия
2. Гипертрофическая кардиомиопатия
3. Рестриктивная кардиомиопатия
4. Аритмогенная правожелудочковая дисплазия
5. Неклассифицируемая кардиомиопатия

Специфические:

1. Ишемическая кардиомиопатия
2. Кардиомиопатия при клапанных заболеваниях сердца
3. Гипертензивная кардиомиопатия
4. Кардиомиопатия при воспалительных заболеваниях сердца
5. Метаболическая кардиомиопатия
6. Кардиомиопатия при системных заболеваниях
7. Кардиомиопатия при мышечных дистрофиях
8. Кардиомиопатия при нейромышечных заболеваниях
9. Кардиомиопатия при гиперчувствительности и токсических реакциях
10. Перипартальная кардиомиопатия

Классификация первичных кардиомиопатий (ААС, 2006 г.)

I. Генетические

- Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП)
- Аритмогенная кардиомиопатия или дисплазия правого желудочка
- Некомпактный левый желудочек («губчатый» миокард)
- Нарушения проводящей системы сердца (синдром Ленегра)
- Гликогенозы (PRKAG2 и Данон-тип)

- Митохондриальный миопатии
- Нарушения функции ионных каналов:
 - Синдром удлиненного интервала QT
 - Синдром Бругада
 - Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия
 - Синдром укороченного интервала QT
 - Южноазиатский синдром внезапной необъяснимой смерти во сне

II. Смешанные (генетические и негенетические)

- Дилатационная кардиомиопатия
- Первичная рестриктивная негипертрофическая кардиомиопатия

III. Приобретенные

- Миокардиты (воспалительная кардиомиопатия)
- Кардиомиопатия, обусловленная внезапным эмоциональным стрессом (кардиомиопатия Тако-Цубо)
- Перипаретальная кардиомиопатия
- Кардиомиопатия, индуцированная тахикардией
- Кардиомиопатия у детей, матери которых страдают сахарным диабетом 1-го типа

Классификация гипертрофической кардиомиопатии

I. Клинико-морфологические формы ГКМП:

1. Симметричные (симметрическая концентрическая гипертрофия миокарда)
2. Асимметричные (гипертрофия межжелудочковой перегородки или верхушки)
3. Диффузные и локальные формы (диффузная - гипертрофия переднебоковой стенки левого желудочка и передневерхней части межжелудочковой перегородки; локальная — гипертрофия межжелудочковой перегородки).

II. Патологические формы ГКМП:

- 1) обструктивная
- 2) необструктивная.

Примеры формулировки диагноза:

1. Дилатационная кардиомиопатия. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. ХСН II Б ст. – IV ФК (NYHA).
2. Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма. ХСН II А ст. – III ФК (NYHA).

14. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)

Хроническая сердечная недостаточность - заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме (ОССН, 2009 г.). Первопричиной является ухудшение способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокарда, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогормональных систем.

Классификация ХСН (ОССН, 2009г.)

Стадии ХСН (могут ухудшаться, несмотря на лечение)

I стадия: начальная стадия, гемодинамика не нарушена, скрытая сердечная недостаточность, бессимптомная дисфункция левого желудочка.

IIА стадия: клинически выраженная стадия, умеренное нарушение гемодинамики в одном из кругов кровообращения. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.

IIБ стадия: тяжелая стадия, выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Дезадаптивное ремоделирование сердца и сосудов.

III стадия: конечная стадия, выраженные изменения гемодинамики и необратимые структурные изменения органов-мишеней (сердца, сосудов, легких, почек, головного мозга, почек).

Функциональные классы ХСН (NYHA); на фоне лечения могут изменяться как в одну, так и в другую стороны

I ФК – ограничения физической нагрузки отсутствуют, привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, одышкой или сердцебиением. Повышенную нагрузку больной переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.

II ФК – незначительное ограничение физической активности, в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.

III ФК – заметное ограничение физической активности, в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.

IV ФК – невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта, симптомы ХСН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.

15. Тромбоэмболия легочной артерии

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – это острая окклюзия ветвей легочной артерии тромбами, образовавшимися в венах большого круга кровообращения.

Классификация ТЭЛА

До недавнего времени предлагалась классификация ТЭЛА на массивную, субмассивную и немассивную (ЕОК, 2000г.)

- **Массивная ТЭЛА** - поражение, обуславливающее шок и/или системную гипотензию (снижение систолического артериального давления (АД) <90 мм рт. ст. или падение АД на ≥ 40 мм рт. ст. в течение не менее чем 15 мин, вне связи с аритмией, гиповолемией или сепсисом)

- **Немассивная ТЭЛА** - пациенты со стабильной гемодинамикой и без проявлений правожелудочковой недостаточности по данным ЭхоКГ.

- **Субмассивная ТЭЛА** - пациенты со стабильной гемодинамикой, но с зарегистрированными явлениями правожелудочковой недостаточности по данным ЭхоКГ.

В настоящее время экспертами ЕОК термины «массивная», «субмассивная» и «немассивная» считаются «вводящими в заблуждение» и рекомендуется оценивать риск смерти пациента в стационаре или в течение 30 дней (ЕОК, 2008г.).

Маркеры стратификации риска ранней смерти (ЕОК, 2008г.):

1. Клинические маркеры - шок, гипотензия (систолическое АД < 90 мм рт.ст. или падение ≥ 40 мм рт.ст. за 15 мин, если не возникли аритмия, гиповолемия или сепсис).

2. Правожелудочковая дисфункция:

- дилатация, гипокинезия или перегрузка давлением на ЭхоКГ и/или КТ;

- повышение уровня BNP (brain natriuretic peptide; мозговой натрийуретический пептид) или NT-proBNP;

- повышение давления в правом желудочке (ПЖ) при катетеризации.

3. Повреждение миокарда - повышение уровней сердечных тропонинов Т или I.

Стратификация риска ранней смерти при ТЭЛА (ЕОК, 2008г.)

Риск	Клиника (шок или артериальная гипотония)	Дисфункция ПЖ	Тропонины	Тактика
Высокий > 15%	+	+	+	ТЛТ или эмболэктомия
Промежуточный 3-5%	-	+	+	Госпитализация
		+	-	
		-	+	
Низкий < 1%	-	-	-	Ранняя выписка или лечение на дому

Примеры формулировки диагноза (единых подходов к формулированию диагноза в настоящее время нет):

1. Тромбоэмболия мелких ветвей лёгочной артерии, средний риск, рецидивирующее течение. Инфаркт-пневмония S9,10 правого легкого, экссудативный плеврит. ДН II.

2. ТЭЛА, рецидивирующее течение (рецидивы от 15.07.2008, 10.08.2008), средний риск. Множественные двусторонние инфаркты в нижних долях лёгких. Инфаркт-пневмонии в S8,9,10 правого и в S10 левого лёгкого. Правосторонний экссудативный плеврит. Периферический рак правого лёгкого с метастазами в надпочечники и печень. Мигрирующий паранеопластический тромбоз нижних конечностей.

NB! В диагнозе можно на первое место ставить заболевание, приведшее к развитию ТЭЛА.

3. Тромбоз глубоких вен левой голени. Тромбоэмболия мелких ветвей лёгочной артерии, средний риск. Острое лёгочное сердце.

Глава 3. Ревматология

1. Ревматическая лихорадка

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) - постинфекционное осложнение тонзиллита (ангины) или фарингита, вызванных β -гемолитическим стрептококком группы А, в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (кардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки).

ОРЛ развивается, как правило, у предрасположенных лиц, главным образом молодого возраста (7-15 лет), в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и их перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами перечисленных поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии).

Повторная ревматическая лихорадка - новый эпизод ОРЛ у больных с ревматическим анамнезом.

Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) - заболевание, характеризующееся стойким поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или сформированного порока сердца (недостаточность и/или стеноз) после перенесенной ОРЛ.

Таблица 11. Классификация ревматической лихорадки (Ассоциация ревматологов России, 2003г.)

Клинические варианты	Клинические проявления		Исход	Стадия НК	
	основные	дополнительные		КСВ*	НУНА*
Острая ревматическая лихорадка Повторная ревматическая лихорадка	Кардит (вальвулит)	Лихорадка Артралгии Абдоминальный синдром Серозиты	Выздоровление Хроническая ревматическая болезнь сердца: - без порока	0	0
	Артрит			I	I
	Кольцевидная эритема			IIА	II
	Подкожные ревматиче-			IIБ	III
			III	IV	

	ские узелки		сердца*** - порок сердца****		
Примечание. *По классификации Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко. **Функциональный класс по NYHA. ***Наличие поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок без регургитации, которое уточняется с помощью ЭхоКГ. ****При наличии впервые выявленного порока сердца необходимо, по возможности, исключить другие причины его формирования (инфекционный эндокардит, первичный антифосфолипидный синдром, кальциноз клапанов дегенеративного генеза и др.).					

**Активность ревматической лихорадки
(Ассоциация ревматологов России, 2003г.)**

- Активность I (минимальная)
- Активность II (умеренная)
- Активность III (максимальная)

Критерии диагностики ОРЛ (Ассоциация ревматологов России, 2003г.)

Большие критерии	Малые критерии	Данные, подтверждающие предшествовавшую инфекцию
<ul style="list-style-type: none"> • Кардит • Полиартрит • Хорея • Кольцевидная эритема • Подкожные ревматические узелки 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Клинические:</i> артралгия, лихорадка • <i>Лабораторные:</i> повышенные острофазовые реактанты (СОЭ, СРБ) • <i>Инструментальные:</i> удлинение интервала P—R на ЭКГ; признаки митральной и/или аортальной регургитации при доплер-ЭхоКГ 	<ul style="list-style-type: none"> • Позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева, или положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена • Повышение или повышающиеся титры противострептококковых антител (АСЛ-О, анти-ДНКазы В)

Примеры формулировки диагноза:

1. Острая ревматическая лихорадка: кардит (митральный вальвулит), мигрирующий полиартрит, активность I степени. ХСН I ст.- I ФК (NYHA).
2. Повторная ревматическая лихорадка: кардит, активность II степени. Сочетанный митральный порок сердца. ХСН IIА ст. – II ФК (NYHA).
3. Хроническая ревматическая болезнь сердца: поствоспалительный краевой фиброз створок митрального клапана. ХСН I ФК (NYHA).

4. Хроническая ревматическая болезнь сердца: комбинированный митрально-аортальный порок сердца. ХСН IIБ ст.- III ФК (NYHA).

2. Ревматоидный артрит

Ревматоидный артрит (РА)- хроническое системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением периферических (синовиальных) суставов, в первую очередь кистей и стоп, по типу симметричного эрозивно-деструктивного полиартрита.

Таблица 12. Диагностические критерии ревматоидного артрита (ACR/EULAR, 2010)

Категории	Характеристика	Баллы
А. Поражение суставов*	1 большой сустав.	0
	2-10 больших суставов.	1
	1-3 малых суставов.	2
	4-10 малых суставов.	3
	>10 суставов (хотя бы 1 малый сустав).	5
В. Серологический тест	Отрицательные РФ и АЦП.	0
	Слабо+ тесты на РФ или АЦП.	2
	Высоко+ тесты на РФ или АЦП.	3
С. Маркеры острой фазы воспаления	Нормальный С-реактивный белок и СОЭ.	0
	Аномальные С-реактивный белок и СОЭ.	1
Д. Длительность симптомов	< 6 недель.	0
	>=6 недель.	1
Наличие 6 из 10 баллов указывает на определенный ревматоидный артрит		

Примечание: АЦП - антитела к цитруллированному пептиду, РФ - ревматоидный фактор, СОЭ - скорость оседания эритроцитов.

1. Критерии используются у пациентов с синовитом (припуханием) хотя бы одного сустава, который не объяснить другими болезнями, например СКВ, подагрой или псориазом.

2. Большие суставы - плечевые, локтевые, тазобедренные, коленные, голеностопные. Малые суставы - пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые, 2-5 плюснефаланговые, межфаланговый большого пальца, запястные.

3. * - исключая дистальные межфаланговые, первый запястнопястный, первый плюснефаланговый.

4. Слабо+ тесты - 3-кратное повышение от нормального уровня и ниже.
Высоко+ тесты - более чем в 3 раза выше от нормального уровня.

Классификация РА (ВНОР, 2007г.)

Стадии:

- очень ранняя (<6 мес),
- ранняя (6 мес-1 год),
- развернутая (>1 года, типичные симптомы),
- поздняя (>2 лет, выраженная деструкция, осложнения).

Иммунология:

- серопозитивный, серонегативный;
- АЦП-положительный, АЦП-отрицательный (антитела к цитруллинированному пептиду).

Активность (индекс активности DAS 28 рассчитывается с использованием специализированных калькуляторов и учитывает число болезненных и припухших суставов, СОЭ, С-реактивный белок, общую оценку больным состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале. Активность РА должна оцениваться с интервалами в 1-3 месяца до достижения ремиссии):

- 0 - ремиссия (DAS28 <2,6),
- 1 - низкая (DAS28 2,6-3,2),
- 2 - средняя (DAS28 3,2-5,1),
- 3 - высокая (DAS28 >5,1).

Внесуставные проявления:

- ревматоидные узелки,
- кожный васкулит (язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит, ливедо-ангиит),
- васкулит других органов,
- нейропатия (моноеврит, полинейропатия),
- плеврит (сухой, выпотной),
- перикардит (сухой, выпотной),

- синдром Шегрена,
- поражение глаз (склерит, эписклерит, васкулит сетчатки).

Рентгенологическая стадия:

- I: околоуставной остеопороз.
- II: + сужение суставной щели, единичные эрозии.
- III: + множественные эрозии, подвывихи суставов.
- IV: + костные анкилозы

Функциональная недостаточность (ФН) опорно-двигательного аппарата:

- I степень: сохранена профессиональная деятельность,
- II степень: ограничена профессиональная деятельность,
- III степень: ограничены непрофессиональная и профессиональная деятельность,
- IV степень: ограничено самообслуживание.

Эрозии:

- неэрозивный,
- эрозивный.

Осложнения:

- системный амилоидоз,
- остеоартроз,
- остеопороз,
- остеонекроз,
- туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов),
- подвывих в атланта-аксиальном суставе,
- нестабильность шейного отдела позвоночника,
- атеросклероз.

Примеры формулировки диагноза:

1. Ревматоидный артрит, серопозитивный, развернутая стадия, активность II, эрозивный (R стадия II), с системными проявлениями (ревматоид-

ные узелки), АЦЦП (-), ФН II степени. Осложнение: Амилоидоз почек, ХБП III.

2. Вероятный ревматоидный артрит, серонегативный, ранняя стадия, активность II, неэрозивный (R стадия I), ФН I степени.

3. Деформирующий остеоартроз

Деформирующий остеоартроз - группа заболеваний суставов различной этиологии, но со сходными биологическими, морфологическими и клиническими признаками и исходом, приводящим к потере хряща и сопутствующему поражению других компонентов сустава (субхондральная кость, синовиальная оболочка, связки, капсула и периартикулярные мышцы).

По патогенезу:

- 1) первичный (идиопатический):
 - локальная форма - характеризуется поражением менее 3 суставов (суставы кистей, стоп, позвоночника, коленные, тазобедренные суставы);
 - генерализованная форма характеризуется поражением 3 и более различных суставных групп (поражение проксимальных и дистальных межфаланговых суставов пальцев кистей рук).
- 2) вторичный (травма, дисплазии, гипермобильность, эндокринные заболевания, артриты и др.)

По локализации:

- межфаланговые суставы (узелки Гебердена, Бушара)
- тазобедренные суставы (коксартроз)
- коленные суставы (гонартроз)
- голиостеоартроз (узелковый, безузелковый)

По течению:

- быстро прогрессирующий
- медленно прогрессирующий

Рентгенологическая стадия:

- I стадия – наличие краевых костных разрастаний при незначительном сужении суставной щели;

- II стадия – суставная щель сужена более отчетливо, возникает субхондральный склероз;

- III стадия – резкое сужение суставной щели, которое сопровождается уплощением суставных поверхностей и развитием кистовидных образований.

Функциональная недостаточность суставов (ФН)

ФН I - временное ограничение трудоспособности.

ФН II - больной не трудоспособен.

ФН III - нуждается в постороннем уходе.

Примеры формулировки диагнозов:

1. Первичный остеоартроз правого коленного сустава, быстро прогрессирующее течение, R II стадия, ФН I ст.

2. Вторичный посттравматический остеоартроз левого тазобедренного сустава, медленно прогрессирующий, II стадия, ФН II ст.

Глава 4. Гастроэнтерология

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное ретроградным поступлением желудочного содержимого в пищевод.

ГЭРБ (по Savary-Miller)

I степень – эрозии занимают менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода

II степень – эрозии занимают до 50% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода

III степень – циркулярно расположенные сливные эрозии занимают практически всю поверхность слизистой оболочки дистального отдела пищевода

IV степень – пептические язвы и стриктуры пищевода, развитие цилиндрической метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Баррета)

Пример формулировки диагноза: ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит II степени. Недостаточность кардии пищевода 2 степени. ГПОД – 1 ст.

2. Ахалазия кардии

Ахалазия кардии – это заболевание пищевода, обусловленное отсутствием рефлекторного раскрытия кардии при глотании и сопровождающееся нарушением перистальтики и снижением тонуса грудного отдела пищевода.

(Масевич Ц.Г., 1995 г.)

I стадия: функциональный перемежающийся спазм (сужение кардии и супрастенотическое расширение пищевода отсутствуют).

II стадия: стабильный спазм кардии с нерезким (умеренным) расширением пищевода.

III стадия: рубцовые изменения в кардии с выраженным супрастенотическим расширением пищевода.

IV стадия: резко выраженный стеноз кардии с большой дилатацией пищевода. Осложнения.

Осложнения: эзофагит, периезофагит, медиастенит, хиатосклероз.

Пример формулировки диагноза:

1. Ахалазия кардии, IV ст. Хронический атрофический эзофагит.

3. Хронический гастрит

Хронический гастрит – хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, характеризующееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и инкреторной функций желудка.

I. (Сиднейская классификация, 1990 г.)

A. Гистологический раздел

По этиологии:

- хеликобактерный (ассоциированный с *H.pylori*);
- аутоиммунный;
- реактивный (рефлюкс дуоденального содержимого или воздействие на слизистую оболочку желудка некоторых лекарственных средств);
- особые формы (гранулематозные, в том числе и при болезни Крона, саркоидозе, туберкулезе, эозинофильные, лимфоцитарные).

По топографии:

- гастрит антрума;
- гастрит тела желудка;
- пангастрит;

По морфологии:

- острый;
- хронический;
- особые формы (гранулематозные, эозинофильные, лимфоцитарные).

B. Эндоскопический раздел

- эритематозно-экссудативный (поверхностный);

- атрофический;
- геморрагический;
- гиперпластический.

II. (Хьюстонская классификация, 1994 г.)

1. Неатрофический - *H. pylori*;

2. Атрофический – аутоиммунный (диффузный гастрит тела желудка, ассоциированный с пернициозной анемией), мультифокальный (этиология *H. pylori*, особенности питания, факторы среды);

3. Особые формы – химический (химические раздражители, желчь, НПВС) – реактивный рефлюкс – гастрит, радиационный – лучевые поражения, лимфоцитарный, гранулематозный, эозинофильный, другие инфекционные.

Пример формулировки диагноза:

1. Хронический атрофический пангастрит, со сниженной желудочной секрецией, стадия обострения.

4. Язвенная болезнь

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание гастродуоденальной области с образованием язв желудка и ДПК.

(П.Я.Григорьев, 1986)

I. Локализация язвенного дефекта

1. Язва желудка

- кардиального и субкардиального отделов желудка;
- медиогастральная;
- антрального отдела;
- пилорического канала и препилорического отдела или малая и большая кривизна (передняя, задняя стенки).

2. Язва ДПК

- бульбарная локализация (передняя, задняя стенки);
- постбульбарная локализация (проксимальный, дистальный отдел ДПК).

II. Фаза течения заболевания.

1. Обострение
2. Рецидив
3. Затухающее обострение
4. Ремиссия

III. Характер течения.

1. Впервые выявленная
2. Латентное течение
3. Легкое течение
4. Средней степени тяжести
5. Тяжелое, непрерывно рецидивирующее

IV. Размеры язв.

1. Малая язва – до 0,5 см в диаметре
2. Большая язва – более 1,0 см в желудке и 0,7 см в луковице ДПК.
3. Гигантская – более 3,0 см в желудке и более 1,5-2,0 см в луковице ДПК.
4. Поверхностная – до 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.
5. Глубокая – более 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.

V. Стадия развития язвы (эндоскопическая).

1. Стадия увеличения и нарастания воспалительных явлений.
2. Стадия наибольшей величины и наиболее выраженных признаков воспаления.
3. Стадия стихания эндоскопических признаков воспаления.
4. Стадия уменьшения язвы.
5. Стадия закрытия язвы и формирования рубца.
6. Стадия рубца (красного, белого).

VI. Состояние слизистой оболочки гастродуоденальной зоны с указанием локализации и степени активности.

1. Поверхностный гастрит I,II,III, степени активности (диффузный, ограниченный)
2. Гипертрофический.
3. Атрофический (очаговый, диффузный)
4. Бульбодуоденит катаральный I,II,III степени активности
5. Атрофический бульбит, дуоденит
6. Гипертрофический бульбит, дуоденит

VII. Нарушение секреторной функции желудка.

VIII. Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК.

1. Гипертоническая и гиперкинетическая дисфункция.
2. Гипотоническая и гипокинетическая дисфункция.
3. Дуоденогастральный рефлюкс.

IX. Осложнения язвенной болезни.

1. Кровотечение.
2. Перфорация.
3. Пенетрация с указанием органа.
4. Стеноз привратника.
5. Малигнизация.

Примеры формулировки диагноза:

1. Язвенная болезнь, активная фаза, с локализацией малой язвы в теле желудка, средней степени тяжести.
2. Язвенная болезнь, активная фаза, с локализацией язвы по передней стенке луковицы ДПК, тяжелой степени, осложненная кровотечением (дата). Острая постгеморрагическая анемия, средней степени тяжести.

5. Неспецифический язвенный колит

Неспецифический язвенный колит – заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием некротизирующего воспалительного процесса слизистой оболочки толстого кишечника с образованием язв, геморрагий и гноя.

(Федоров В.Д., Левитан М.Х., 1982г.; Балтайтис Ю.В., 1986г.; Григорьева Г.А., 1996г.)

I. Течение: молниеносное, острое, хроническое рецидивирующее, хроническое непрерывное.

II. Степень тяжести: легкая, средняя, тяжелая.

III. Распространенность поражения: тотальный колит, левосторонний колит, дистальный колит (проктосигмоидит, проктит).

IV. Активность воспаления (эндоскопически): минимальная, умеренная, выраженная).

V. Осложнения: местные, системные.

Таблица 13. Индекс активности НЯК (Truelove)

Показатель	Легкая	Средняя	Тяжелая
Частота дефекации	< 4 в день	4 – 6 в день	> 6 в день
Макроскопически кровь в кале	незначительно	умеренно	значительно
Лихорадка вечером (2 из 4 дней)	нет	< 37,5 °С	> 37,5 °С
Гемоглобин	>100 г/л	< 100 г/л	< 80 г/л
ЧСС в 1 мин.	нет	< 90	> 90
СОЭ (мм/час)	< 30	30 – 50	> 50

Пример формулировки диагноза:

1. Неспецифический язвенный колит (проктосигмоидит), хроническое рецидивирующее течение, средней степени тяжести, умеренной степени активности.

2. Неспецифический язвенный колит, острая форма, тяжелое течение, с тотальным поражением толстой кишки, с выраженной степенью активности воспаления.

6. Хронический гепатит

Хронический гепатит – полиэтиологический диффузный воспалительный процесс в печени, продолжающийся более 6 месяцев и характери-

зующийся преимущественным поражением гепато-билиарной системы с развитием общетоксического, диспепсического и гепато-лиенального синдромов, с нарушением функции печени и желтухой.

**(Всемирный конгресс гастроэнтерологов, Лос-Анджелес, 1994,
Desmet и соавт., 1995)**

I. Этиология.

1. Хронический гепатит В (фаза репликации, фаза интеграции, HBeAg-негативный хронический гепатит с сохраненной репликацией вируса: мутантный вариант).

2. Хронический гепатит D (серологические маркеры фазы репликации: HDV-РНК, антитела к D – антигену IgM, IgG).

3. Хронический гепатит С (серологические маркеры фазы репликации: HCV-РНК, HCVcoreAbIgM и IgG).

4. Хронический гепатит G (HGV-РНК).

5. Аутоиммунный гепатит (тип 1, тип 2, тип 3).

6. Лекарственно индуцированный.

7. Криптогенный.

II. Степень активности.

1. Минимальная активность

2. Слабовыраженная активность

3. Умеренная активность

4. Тяжелая активность

III. Стадия фиброза.

1. Нет фиброза

2. Слабо выраженный фиброз

3. Умеренный фиброз

4. Цирроз печени

Примеры формулировки диагноза:

1. Хронический гепатит, вирусной (В) этиологии, умеренной степени активности.

2. Хронический гепатит, токсической (алкогольной) этиологии, неактивная фаза.

7. Цирроз печени

Цирроз печени – хроническое полиэтиологическое диффузное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и сосудистой системы печени, появлением узлов регенерации и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

(Логинов А.С., Блок Ю.Е., 1987)

I. Этиология:

1. Вирусный
2. Алкогольный
3. Аутоиммунный
4. Токсический
5. Генетический
6. Кардиальный
7. Вследствие внутри- и внепеченочного холестаза
8. Криптогенный

II. Морфологические варианты:

1. Микронодулярный
2. Макронодулярный
3. Смешанный
4. Неполный септальный
5. Билиарный

III. Стадия портальной гипертензии:

1. Компенсированная
2. Начальной декомпенсации
3. Выраженной декомпенсации

IV. Стадия печеночно-клеточной недостаточности:

1. Компенсированная
2. Субкомпенсированная
3. Декомпенсированная

V. Активность и фаза:

1. Обострение (активная): минимальная, умеренная, выраженная
2. Ремиссия (неактивная)

VI. Течение:

1. Медленно прогрессирующее
2. Быстро прогрессирующее
3. Стабильное

Таблица 14. Степень тяжести цирроза печени (по Child-Pugh)

Баллы	Билирубин крови, мг/дл	Альбумин сыворотки крови, г/дл	Протромбиновое время, с (протромбиновый индекс, %)	Печеночная энцефалопатия, стадия	Асцит
1	<2	>3,5	1-4 (80-60)	Нет	Нет
2	2-3	2,8-3,5	4-6 (60-40)	I-II	Мягкий (неопределенный, эпизодический)
3	>3	<2,8	>6 (<40)	III-IV	Тяжелый (напряженный)

Класс А – от 5 до 6 баллов, класс В – от 7 до 9 баллов, класс С – > 9 баллов

Пример формулировки диагноза:

1. Цирроз печени, смешанной этиологии (вирусный В + токсический), активная фаза, прогрессирующее течение, стадия декомпенсации, класс В по Чайлд-Пью (синдром желтухи, гепатоспленомегалии, портальной гипертензии, асцита, варикозно расширенных вен пищевода, печеночной энцефалопатии II ст.).

8. Дискинезия желчных путей

По этиопатогенезу:

- первичная - функциональная (невротическая, психогенная, медикаментозная: прием морфина, симпатомиметиков и др.);
- вторичная - симптоматическая (при различной патологии желудочно-кишечного тракта, билиарной системы).

По преобладающему расстройству моторной функции (клинические формы):

- гиперкинетическая - гипертоническая (гипермоторная);
- гипокинетическая - гипотоническая (гипомоторная);
- смешанная.

Пример формулировки диагноза:

1. Хронический атрофический дуоденит, обострение. Дискинезия желчных путей гипермоторного типа.

9. Хронический холецистит (Циммерман Я.С., 1992г.)

Хронический холецистит - хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с моторно-тоническими нарушениями ЖВП и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи.

По этиологии и патогенезу:

- бактериальный;
- вирусный;
- паразитарный;
- немикробный;
- аллергический;
- ферментативный;
- неизвестной этиологии.

По клиническим формам:

- некалькулезный;

- калькулезный (в формулировке диагноза должно предшествовать общее название болезни - желчно-каменная болезнь (ЖКБ)).

По типу дискинезий:

А) нарушение сократительной функции желчного пузыря:

- гиперкинез
- гипокинез

В) Нарушение тонуса сфинктерного аппарата ЖВП:

- гипертонус сфинктера Одди
- гипертонус сфинктера Люткенса
- гипертонус обоих сфинктеров

По течению:

- латентный или субклинический;
- рецидивирующий:
 - редко (1 раз в 1 - 2 года);
 - часто (2 и более раз в году)
- постоянного монотонного течения
- маскировочный (атипичного течения)

По активности процесса:

- обострение;
- затихающее обострение;
- ремиссия.

По степеням тяжести:

- легкой степени
- средней степени
- тяжелой степени

Осложнения:

- гепатит;
- холангит;
- панкреатит;
- абсцесс;
- водянка;

- перфорация;
- желтуха.

10. Желчно-каменная болезнь

Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) – обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием камней в желчном пузыре, в общем желчном протоке, в печеночных желчных протоках.

Классификация ЖКБ (2002г, III съезд гастроэнтерологов России):

1 стадия: начальная или предкаменная:

- густая неоднородная желчь;
- формирование неоднородного сладжа

2 стадия: формирование желчных камней:

- по локализации (в желчном пузыре, в общем желчном протоке, в печеночных протоках);
- по количеству (одиночные, множественные);
- по составу (холестериновые, пигментные, смешанные);
- по клинике (латентная, болевая форма с типичными желчными коликами, диспептическая форма, под масками других заболеваний)

3 стадия: хронического рецидивирующего холецистита.

4 стадия: осложнений.

Примеры формулировки диагноза:

1. Хронический некалькулезный холецистит, часто рецидивирующий, в фазе обострения.
2. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, часто рецидивирующий, фаза обострения.
3. ЖКБ: холецистолитиаз (конкременты в желчном пузыре), латентное течение.

11. Хронический панкреатит

Хронический панкреатит – хроническое воспалительно – дистрофическое заболевание поджелудочной железы, вызывающее нарушение прохо-

димости ее протоков, склероз паренхимы и значительное нарушение экзо- и эндокринной функций.

Хронический панкреатит (А.Л. Гребнев, 1982)

I. Этиология:

1. Первичный
2. Вторичный

II. Морфологические варианты:

1. Отечная форма
2. Склеротически-атрофическая форма
3. Фиброзная (диффузная и диффузно-узловая) форма.
4. Псевдокистозная форма
5. Кальцифицирующая

III. Клинические формы:

1. Полисимптомная форма
2. Болевая форма
3. Псевдоопухолевая форма
4. Диспептическая форма
5. Латентная (длительно бессимптомно протекающая) форма

IV. Течение:

1. Легкой степени
2. Средней степени
3. Тяжелой степени

V. Осложнения:

1. Ферментативные серозиты
2. Холестаз
3. Сахарный диабет
4. Энтероколит
5. Портальная гипертензия
6. Реактивный гепатит
7. Тромбоз селезеночной вены

Хронический панкреатит (В.Т. Ивашкин, 1990г.):

I. По этиологии:

- билиарнозависимый
- алкогольный
- дисметаболический
- инфекционный
- лекарственный
- идиопатический

II. По морфологическому признаку:

- интерстициально-отечный;
- паренхиматозный;
- фиброзно-склеротический (индуративный);
- гиперпластический (псевдотуморозный);
- кистозный

III. По клиническим проявлениям:

- болевой;
- гипосекреторный;
- астено – невротический (ипохондрический);
- латентный;
- сочетанный.

IV. По характеру клинического течения:

- редко рецидивирующего течения;
- часто рецидивирующий;
- с постоянной симптоматикой.

V. Осложнения:

- холестаза
- инфекционные осложнения (абсцесс, гнойных холангит, септические состояния, выпотной плеврит и т.д.);
- эндокринные нарушения («панкреатогенный» сахарный диабет, гипогликемические состояния;
- редкие состояния (портальная гипертензия, эрозивный эзофагит).

Примеры формулировки диагноза:

1. Хронический первичный рецидивирующий панкреатит, болевая форма, тяжелой степени тяжести, фаза обострения, с внешнесекреторной недостаточностью. Левосторонний ферментативный плеврит.

2. Хронический билиарнозависимый панкреатит, смешанная форма, средней степени тяжести, фаза обострения. ЖКБ, калькулезный холецистит. Холестаз.

Глава 5. Нефрология

1. Гломерулонефрит (ГН)

Острый гломерулонефрит - острое иммуновоспалительное заболевание почек с первоначальным преимущественным поражением клубочков и вовлечением в патологический процесс всех почечных структур, клинически проявляющееся почечными и (или) внепочечными симптомами.

ГН - могут быть *первичными (идиопатическим)*, клинические проявления которого ограничиваются только почками; *или вторичными* – частью системной болезни (чаще СКВ или васкулита).

ГН - характеризуется как очаговый (фокальный) или как диффузный.

Классификация гломерулонефритов базируется на особенностях морфологической картины:

1. Прролиферативные формы ГН:

- Острый диффузный пролиферативный ГН

- Экстракапиллярный (быстро прогрессирующий; ГН с «полулуниями») – с иммунными отложениями (анти-БМК, иммунокомплексный) и «малоиммунный»

- Мезангиопрролиферативный ГН

- IgA – нефропатия

- Мезангиокапиллярный ГН

2. Непролиферативные формы ГН:

- Минимальные изменения

- ФСГС (фокально – сегментарный гломерулосклероз)

- Мембранозный ГН (мембранозная нефропатия)

Клинические формы острого диффузного гломерулонефрита:

1. Острая циклическая;

2. Затяжная (ациклическая);

3. Развернутая или триадная классическая форма;

4. Бисиндромная;

5. Моносимптомная;

6. Нефротическая.

Примеры формулировки диагноза:

1. Острый диффузный гломерулонефрит, развернутая форма. ОПН II ст.

Хронический гломерулонефрит - гетерогенная по происхождению и патоморфологии группа заболеваний, характеризующаяся иммуновоспалительным поражением клубочков, канальцев и интерстиция обеих почек и прогрессирующим течением, в результате чего развиваются нефросклероз и ХПН.

Клинические формы хронического гломерулонефрита (Тареева И.Е. 1995г):

- нефротический ГН
- латентный ГН или хронический ГН с изолированным мочевым синдромом
- гематурическая форма ГН
- гипертонический вариант ГН
- смешанная форма ГН
- терминальный хронический ГН – конечная стадия ГН любого типа

По течению:

- фаза обострения
- фаза ремиссии

Осложнения:

- острая и хроническая почечная недостаточность
- сердечная недостаточность
- ретинопатия
- почечная эклампсия
- гипертоническая энцефалопатия
- нарушение ритма сердца.

Примеры формулировки диагноза:

1. Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, обострение. ХПН I ст.
2. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, обострение. ХПН II ст.

2. Пиелонефрит

Пиелонефрит - это неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным и первоначальным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек.

- по характеру процесса: острый, хронический;
- по распространенности: односторонний, двусторонний;
- по проходимости мочевых путей: обструктивный, необструктивный;
- по условиям возникновения: первичный, вторичный;

Формы острого пиелонефрита: серозный, гнойный (апостематозный нефрит, карбункул, абсцесс почки, некротический папиллит).

Фазы течения хронического пиелонефрита: активного воспаления, латентного воспаления, ремиссии.

Выделяют также: пиелонефрит детского возраста, беременных и раннего послеродового периода (гестационный пиелонефрит).

Исходы острого пиелонефрита: хронизация, выздоровление.

Осложнения острых и хронических пиелонефритов: ОПН, ХПН, паранефрит, сепсис.

Примеры формулировки диагноза:

1. Острый левосторонний пиелонефрит.
2. МКБ. Хронический обструктивный правосторонний пиелонефрит, стадия активного воспаления. ХПН II ст.

3. Хроническая болезнь почек (Российские рекомендации, 2008г.)

Хроническая болезнь почек - понятие, которое отражает наличие повреждения почки и/или характеристику СКФ.

Критерии ХБП:

1. повреждение почки более 3 месяцев, со снижением СКФ или

2. СКФ менее 60 мл/мин/1,73м² более 3 месяцев, с наличием повреждения почки или без него.

Повреждение почки – это структурные или функциональные отклонения со стороны почек.

Таблица 15. Стадии ХБП

Стадия ХБП	Описание	СКФ (мл/мин/1,73м ²)
1.	Повреждение почки с нормальной или повышенной СКФ	≥ 90
2.	Повреждение почки с незначительно сниженной СКФ	60 – 89
3.	Умеренное снижение СКФ	30 - 59
4.	Выраженное снижение СКФ	15 – 29
5.	Терминальная почечная недостаточность	< 15

Таблица 16. Стадии ХБП в зависимости от наличия повреждения почек

СКФ (мл/мин/1,73м ²)	С повреждением почек		Без повреждения почек	
	с АГ	без АГ	с АГ	без АГ
≥ 90	1	1	АГ без ↓СКФ	Норма
60 – 89	2	2	АГ со ↓СКФ	↓ СКФ
30 -59	3	3	3	3
15 – 29	4	4	4	4
< 15	5	5	5	5

Пример формулировки диагноза:

Сахарный диабет 2 тип, тяжелое течение, на инсулинотерапии, фаза декомпенсации, без кетоза. Диабетическая ретинопатия 1 степени. Диабетическая нефропатия. ХБП 2 ст (СКФ – 79,4 мл/мин). Диабетическая полинейропатия, сенсорная форма, дистальный тип. Ожирение 1 ст. (ИМТ-32 кг/м²).

4. Острая почечная недостаточность

Острая почечная недостаточность – острое прекращение жизнеобеспечивающей функции почек, приводящей к нарушениям водно-электролитного, азотвыделительного и кислотно-основного гомеостаза, характеризующееся потенциально обратимым циклическим течением.

По механизмам:

1. Изолированная ОПН (преренальная, ренальная, постренальная);
2. ОПН в рамках полиорганной недостаточности
3. При множественной травме (массивных ожогах, crush – синдроме)
4. Госпитальная ОПН
5. Акушерско-гинекологическая ОПН

По клинике:

1. Начальная стадия ОПН
2. Олигурическая стадия ОПН
3. Стадия восстановления диуреза (полиурическая)

Пример формулировки диагноза:

Острый диффузный гломерулонефрит, развернутая форма. ОПН II ст. (олигурическая).

5. Хроническая почечная недостаточность (ХПН)

(Рябов С.И., Бондаренко Б.Б.)

Хроническая почечная недостаточность - патологический симптомокомплекс, обусловленный прогрессирующим склерозированием почечной паренхимы с гибелью нефронов вследствие первичного или вторичного хронического заболевания почек.

I стадия (латентная):

- креатинин крови не более 0,2 ммоль/л;
- клубочковая фильтрация не ниже 50 мл/мин; гипоизостенурия;
- электролитных расстройств нет;
- в клинике - симптоматика основного заболевания.

II стадия (азотемическая):

- креатинин крови 0,2-0,7 ммоль/л;
- клубочковая фильтрация 50-10 мл/мин;
- гиперфосфоремия, начальная гиперкалиемия, гипокальциемия;
- в клинике - начальные проявления уремии, остеодистрофия, анемия.

III стадия (уремическая):

- креатинин 0,7 ммоль/л и выше;
- клубочковая фильтрация 10 мл/мин и ниже;
- гиперкалиемия, гиперфосфоремия, гипокальциемия;
- в клинике - выраженные проявления уремии, судороги, эклампсия, уремические полисерозиты, остеодистрофия, анемия, кома.

В настоящее время различают 3 стадии ХПН исходя из степени снижения КФ и лечебной тактики:

1. Начальная стадия (снижение КФ до 40-60 мл/мин);
2. Консервативная стадия (КФ 15-40 мл/мин);
3. Терминальная стадия (КФ менее 15 мл/мин)

Примеры формулировки диагноза:

1. МКБ. Хронический обструктивный правосторонний пиелонефрит, стадия латентного воспаления. ХПН II ст.
2. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, ремиссия. ХПН III ст.

Глава 6. Эндокринология

1. Сахарный диабет

Сахарный диабет (СД) - это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

Классификация СД (ВОЗ, 1999г., с дополнениями - из Алгоритмов специализированной медицинской помощи больным СД, 2011г.)

Клинические формы:

1. СД 1 типа:

- иммуноопосредованный
- идиопатический

2. СД 2 типа

3. Другие специфические тип СД:

- генетические дефекты функции β -клеток
- генетические дефекты действия инсулина
- заболевания экзокринной части поджелудочной железы
- эндокринопатии
- СД, индуцированный лекарственными препаратами или химическими

веществами

- инфекции
- необычные формы иммунологически опосредованного диабета
- другие генетические синдромы, сочетающиеся с СД

4. Гестационный СД

Осложнения:

1) Острые осложнения:

- кетоацидотическая кома
- гиперосмолярная кома

- лактацидемическая кома
- гипогликемическая кома

2) Диабетические микроангиопатии:

- Диабетическая ретинопатия
 - Непролиферативная
 - Препролиферативная
 - Прролиферативная
 - Терминальная
- Диабетическая нефропатия: стадия формулируется в зависимости от СКФ, наличия микроальбуминурии, протеинурии

3) Диабетические макроангиопатии:

- ИБС
- цереброваскулярная болезнь
- хронические облитерирующие заболевания периферических артерий

4) Диабетическая нейропатия:

- *симметричная нейропатия:*
 - Дистальная сенсорная и сенсомоторная нейропатия
 - Диабетическая нейропатия длинных нервных волокон
 - Хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикуло-нейропатия

- ассимметричная нейропатия:

- Мононейропатия
- Множественная мононейропатия
- Радикулопатия
- Поясничная плексопатия и радикулоплексопатия
- Хроническая демиелинизирующая полирадикулонейропатия

Формы диабетической нейропатии:

- сенсорная
- моторная
- автономная (вегетативная)

5) Диабетическая нейроостеоартропатия:

- острая стадия
- хроническая стадия

6) Синдром диабетической стопы

- Нейропатическая форма
- Трофическая язва стопы
- Диабетическая нейроостеоартропатия (стопа Шарко)
- Ишемическая форма
- Нейроишемическая форма

Требования к формулировке диагноза при СД (Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным СД, 2011г.):

- СД 1 типа (2 типа) или СД вследствие (указать причину)
- Диабетические микроангиопатии:
 - ретинопатия (указать стадию на каждом глазу)
 - состояние после лазерокоагуляции сетчатки или оперативном лечении

с указанием даты

- нефропатия (указать стадию)
- Диабетическая нейропатия (указать форму)
- Синдром диабетической стопы (указать форму)
- Диабетическая нейроостеоартропатия (указать стадию)
- Диабетические макроангиопатии
- Артериальная гипертензия
- Дислипидемия
- Сопутствующие заболевания

NB!

1) после формулировки диагноза указать индивидуальный целевой уровень гликемического контроля

2) понятие тяжести СД в формулировке диагноза исключено. Тяжесть СД определяется наличием осложнений

Примеры формулировки диагноза:

1. Сахарный диабет 2 типа, на инсулинотерапии. Диабетическая непролиферативная ретинопатия на обоих глазах. Диабетическая сенсорная полинейропатия, дистальный тип. Диабетическая нефропатия, стадия протеинурии. ХБП 3 ст. Индивидуальный целевой уровень HbA1c < 7,5%.

2. Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая стопа, нейроишемическая форма. Индивидуальный целевой уровень HbA1c < 8%.

ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ХСН IIАст. - II ФК (NYHA).

2. Диффузный токсический зоб

Диффузный токсический зоб (синоним: базедова болезнь, болезнь Грейвса, диффузный тиреотоксический зоб, болезнь Парри, болезнь Флаяни) - заболевание аутоиммунной природы, в основе которого лежит генетически обусловленный дефект иммунной системы, в результате которого клетки продуцируют антитела, способные оказывать стимулирующий эффект на щитовидную железу.

Классификация диффузного токсического зоба

По степени увеличения щитовидной железы (ВОЗ, 2001г.):

- Степень 0 - зоба нет.
- Степень I - зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи.
- Степень 2 - зоб пальпируется и виден на глаз.

По степени тяжести тиреотоксикоза (Баранов В.Г.):

- Легкая степень - пульс не более 100 уд. в мин., потеря массы тела на 3 - 5 кг, глазные симптомы отсутствуют или выражены незначительно, повышение поглощения I¹³¹ через 24 часа.

- Средняя степень - усиление тахикардии до 100 - 120 уд. в мин., потеря массы тела до 8 -10 кг, выраженный тремор, повышение систолического и снижение диастолического давления, повышение захвата изотопов щитовидной железой с первых часов, работоспособность частично снижена.

- Тяжелая степень - частота пульса превышает 120 - 140 уд. в мин., похудание достигает степени кахексии, присоединяются нарушения функции печени, надпочечников, сердечно-сосудистой системы. Полная потеря трудоспособности.

Примеры формулировки диагноза:

1. Диффузный токсический зоб 1 степени, тиреотоксикоз средней тяжести. Миокардиодистрофия. ХСН I ст.- I ФК (NYHA).

2. Диффузный токсический зоб 2 степени, тиреотоксикоз тяжелой степени. Миокардиодистрофия, пароксизмальная фибрилляция предсердий. ХСН II A ст.- III ФК (NYHA).

3. Тиреоидит

Тиреоидиты – патогенетически и клинически неоднородная группа воспалительных заболеваний щитовидной железы с разной этиологией.

Классификация тиреоидитов (Ziegler R. et al. с изменениями):

1. Острый гнойный тиреоидит
2. Подострый гранулематозный тиреоидит (де Кервена)
3. Аутоиммунный тиреоидит:
 - Гипертрофическая форма
 - Диффузная
 - С образованием псевдоузлов
 - Атрофическая форма
 - Послеродовой («молчащий», безболевого) тиреоидит.
4. Особые формы тиреоидитов:
 - Фиброзирующий тиреоидит Риделя
 - Лучевой тиреоидит
 - Тиреоидиты при гранулематозных заболеваниях (саркоидоз, гистиоцитоз и др.)
 - Карциноматозный тиреоидит.

Пример формулировки диагноза:

Хронический аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз средней тяжести, медикаментозно компенсированный.

4. Гипотиреоз (Мельниченко Г.А.)

Гипотиреоз – это синдром, развитие которого обусловлено гипофункцией щитовидной железы и который характеризуется сниженным содержанием тиреоидных гормонов в сыворотке крови.

По патогенезу:

1. *Первичный* - возникающий на основе хронического аутоиммунного тиреоидита, после оперативного лечения различных заболеваний щитовидной железы, лечения токсического зоба радиоактивным йодом, лучевой терапии при злокачественных заболеваниях органов, расположенных на шее и др. областях, деструктивных поражениях щитовидной железы, врожденной аплазии или гипоплазии щитовидной железы.

2. *Вторичный* - развивается при воспалительных, деструктивных или травматических поражениях гипофиза и снижении секреции тиреотропина.

3. *Третичный* - обусловлен поражением гипоталамуса и снижением секреции тиреолиберина.

4. *Периферический (тканевой)*- обусловлен инактивацией тиреоидных гормонов в процессе циркуляции или снижении чувствительности к ним периферических тканей.

По степени тяжести:

- Латентный (субклинический) повышенный уровень ТТГ при нормальном сТ₄.

- Манифестный – гиперсекреция ТТГ при сниженном уровне сТ₄.

А) Компенсированный

Б) Декомпенсированный

- Тяжелое течение (осложненный). Имеются тяжелые осложнения, такие как кретинизм, сердечная недостаточность, выпот в серозные полости, вторичная аденома гипофиза, психические нарушения

Пример формулировки диагноза:

Тиреоидэктомия (дата) по поводу диффузного токсического зоба II степени. Гипотиреоз (послеоперационный), манифестный, медикаментозно компенсированный,

5. Ожирение

Ожирение - ненормальное или чрезмерное скопление жира, которое представляет риск для здоровья людей (ВОЗ).

Классификация ожирения

По индексу массы тела (ИМТ, кг/м²) (ВОЗ, 1997 г.)

- ИМТ 18,5 – 25 – норма
- ИМТ 25 – 29,9 – избыточная масса тела (предожирение)
- ИМТ 30 – 34,9 – I степень ожирения
- ИМТ 35 – 40 – II степень ожирения
- ИМТ > 40 – III степень ожирения (тяжелое, морбидное)

По патогенезу (Мельниченко Г.А., Романцова Т.И, 2004г.)

1. Экзогенно-конституциональное ожирение (первичное, алиментарно-конституциональное):

- гиноидное (ягодично-бедренное, нижний тип);
- андроидное (абдоминальное, висцеральное, верхний тип).

2. Симптоматическое (вторичное) ожирение:

- с установленным генетическим дефектом (в т. ч. в составе известных генетических синдромов с полиорганным поражением);

- церебральное (адипозогенитальная дистрофия, синдром Бабинского—Пехкранца-Фрелиха):

- опухоли головного мозга;
- диссеминация системных поражений, инфекционные заболевания;
- на фоне психических заболеваний.

3. Эндокринное:

- гипотиреоидное;
- гипоовариальное;

-заболевания гипоталамо-гипофизарной системы;

-заболевания надпочечников;

4. Ятрогенное (обусловленное приемом ряда лекарственных средств).

Пример формулировки диагноза:

Алиментарно-конституциональное ожирение III степени.

Глава 7. Гематология

1. Анемия

Анемия - клинко-гематологический синдром, характеризующийся уменьшением содержания в единице объема крови гемоглобина и в большинстве случаев эритроцитов (В.Я.Шустов,1988).

I. Анемия постгеморрагическая

- острая
- хроническая

II. Анемия при нарушениях кровообразования

- *Железodefицитная анемия:*
 - агастральная, анэнтеральная
 - анемия беременных, кормящих
 - ювенильная-нутритивная (у детей)
- *Сидероахрестическая анемия(связанные с нарушением синтеза порфиринов):*
 - наследственная
 - приобретенная (свинцовое отравление)
- *Мегалобластные анемии (связанные с нарушением синтеза ДНК и РНК)*
 - *В12-дефицитная:* Аддисона-Бирмера
 - фолиево - дефицитная
- *Гипопластическая (апластическая) анемия:*
 - наследственная (Фанкони, Даймонда-Блекфена)
 - приобретенная (радиационная, медикаментозная, аутоиммунная и др.)

Метапластическая анемия:

- при гемобластозах
- при метастатическом процессе

III. Гемолитические анемии (при повышенном кроверазрушении)

A. Наследственные

Связанные с нарушением мембраны эритроцитов:

- наследственный микросфероцитоз;
- наследственный эллиптоцитоз (овалоцитоз);
- наследственный стоматоцитоз
- наследственный пиропойкилоцитоз

Связанные с нарушением активности ферментов эритроцитов:

- при дефиците активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- при дефиците активности пируваткиназы

Талассемии:

- серповидноклеточная анемия
- обусловленные носительством аномальных стабильных гемоглобинов
- обусловленные носительством аномальных нестабильных гемоглоби-

НОВ

Б. Приобретенные

Анемии при воздействии повреждающих факторов (антител):

- аутоиммунные гемолитические анемии
- гемолитическая болезнь плода и новорожденного
- при отравлении гемолитическими ядами, солями тяжелых металлов и др.)
- болезнь Маркиафавы – Микели (изменение структуры эритроцитов)

В. Апластические анемии

Классификация анемий по степени тяжести:

1. Легкая степень тяжести: снижение уровня гемоглобина до 90 г/л;
2. Средняя степень тяжести: уровень гемоглобина 70 – 90 г/л;
3. Тяжелая степень: уровень гемоглобина менее 70 г/л.

Пример формулировки диагноза:

1) Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия, средней степени тяжести.

2) В-12 дефицитная анемия, легкой степени тяжести. Хронический атрофический гастрит в стадии обострения.

2. Геморрагические диатезы (Баркаган З.С.,1988)

1. Тромбоцитопатии - это нарушения гемостаза, обусловленные качественной неполноценностью и дисфункцией кровяных пластинок (при нарушениях тромбоцитопоеза):

- болезнь Верльгофа (иммунная, идиопатическая)
- симптоматические тромбоцитопении (радиационные, инфекционно-токсические, лекарственные, при лейкозах, гиперспленические)
- тромбастения Гланцманна
- геморрагическая тромбоцитемия
- тромбогемолитическая и тромбоцитопеническая пурпура

2. Коагулопатии - нарушения в системе свертывания крови, связанные с дефицитом или молекулярными аномалиями плазменных факторов свертывания (при нарушениях свертываемости крови):

- гемофилия
- фибринолитическая пурпура
- гипо-, афибриногенемия
- гипопротромбинемия (при болезнях печени, желтухе)
- при нарушениях тромбинообразования

3. Вазопатии (при поражениях сосудов):

- геморрагический васкулит
- геморрагическая пурпура (токсическая, инфекционная, нейровегетативная, трофическая)
- геморрагическая телеангиоэктазия (болезнь Рандю-Ослера)
- ангиогемофилия (болезнь Виллебранда)
- дизовариальная пурпура.

3. Лимфогранулематоз

Лимфогранулематоз (Симбирцева Л.П., Холсти Л., 1985) - первичное опухолевое заболевание лимфатической системы, характеризующееся гранулематозными разрастаниями с наличием клеток Березовского-Штернберга.

По распространенности процесса:

I стадия.

Поражение одной группы (зоны) лимфатических узлов (I) или одного лимфатического органа (Is) или нелимфатического органа (одного), либо любой ткани (одной) (Ie).

II стадия.

Поражение двух и более групп (зон) лимфатических узлов (II) и/или лимфатического органа по одну сторону диафрагмы (Us), либо локальное поражение нелимфатического органа или ткани в сочетании с поражением одного и более лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы (Iie).

III стадия.

Поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы (III), которое может сочетаться с локальным поражением нелимфатического органа или ткани (IIIe), либо с поражением лимфатического органа (Iiis), либо с поражением того и другого (**Dies**).

IV стадия.

Диффузное или диссеминированное поражение одного и более нелимфатического органа или ткани при наличии или отсутствии поражений лимфатических узлов и лимфатического органа.

По гистологической картине лимфатического узла:

- лимфоцитарный вариант
- нодулярный склероз
- смешанноклеточный вариант
- лимфоцитарное истощение (диффузный склероз, ретикулярный вариант).

По клинической симптоматике:

А - отсутствие клинической симптоматики

Б - наличие одного или нескольких симптомов: лихорадка, похудание свыше 10% от массы тела, ночные поты, кожный зуд и др.

Примеры формулировки диагноза:

1. Лимфогранулематоз, А форма, I стадия.

2. Лимфогранулематоз, Б форма, III стадия. Нодулярный склероз.

4. Лейкозы

1. Острые.

2. Хронические.

Острые лейкозы – опухоль из незрелых клеток костного мозга, т.е. субстрат – бластные клетки.

Классификация FAB (франко-американо-британская):

1. Острые лимфобластные лейкозы (ОЛЛ):

- ОЛЛ у детей (L 1);
- ОЛЛ у взрослых (L 2);
- ОЛЛ с клетками типа лимфомы Беркета (L 3).

2. Острые нелимфобластные лейкозы (ОНЛЛ):

- острые миелобластные лейкозы;
- острый промиелоцитарный лейкоз;
- острый миеломонобластный лейкоз;
- острый монобластный лейкоз;
- острый эритробластный лейкоз;
- острый мегакариобластный лейкоз.

3. Острый недифференцированный лейкоз (ОНел).

Стадии острого лейкоза:

- начальная;
- развёрнутая (угнетение кроветворения, бластоз костного мозга);
- терминальная (прогрессирование опухолевого процесса и экстрамедуллярный рост, все цитостатики неэффективны).

У детей и подростков чаще лимфобластные лейкозы, у взрослых – миелобластный и недифференцированный лейкозы.

Хронические лейкозы - это опухоль, субстратом которой являются созревающие и зрелые клетки.

А) Миелогенного происхождения:

- хронический миелолейкоз

- хронический моноцитарный и миеломоноцитарный лейкоз
- остеомиелосклероз и миелофиброз
- эссенциальный тромбоцитоз
- истинная полицитемия (эритремия).

В) Лимфогенного происхождения

- хронический лимфолейкоз, пролимфоцитарный и волосатоклеточный лейкоз
 - парапротеинемические гемобластозы (миеломная болезнь, макроглобулинемия Вальденстрема)
 - лимфомы и лимфосаркомы

Пример формулировки диагноза:

- 1) Острый миелобластный лейкоз, начальная стадия.
- 2) Хронический миелолейкоз, терминальная стадия.

Заключение

Таким образом, соблюдение основных принципов формулирования диагнозов заболеваний внутренних органов позволяет повысить эффективность терапии и обеспечивает оптимальную преемственность оказания этапной медицинской и консультативной помощи пациентам, что поможет значительно снизить заболеваемость населения, уменьшить продолжительность пребывания больного в лечебном учреждении и, в конечном итоге, снизить смертность в общей популяции. Практикующий врач должен постоянно совершенствовать свой профессионализм, что позволит не только исключить применение устаревших подходов к диагностике и лечению, но и повысить безопасность проводимого лечения, и как следствие этого исключить ошибки и осложнения в профессиональной деятельности.

Литература, использованная составителями

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Системные гипертензии 2010;3:5-26.
2. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Hypertension 2003;42:1206.
3. Killip T., Kimball J.T. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. Am J Cardiol. 1967; 20 (4): 457–464.
4. Бураковский В.И., Бухарин В.А. Константинов С.А. и др. Врожденные пороки сердца. В кн. Частная хирургия болезней сердца и сосудов / Под ред. В.И. Бураковского и С.А. Колесникова. М.: Медицина, 1967; 315—23.
5. Бураковский В.И., Бухарин В.А., Плотникова Л.Р. Легочная гипертензия при врожденных пороках сердца. М. Медицина, 1975; 247.
6. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Терапевтические аспекты кардиохирургии. Киев: Здоровье, 1983; 33—96.
7. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей. В 2 томах. — М. Медицина, 1987; 918.
8. Бураковский В.А., Бухарин В.А., Подзолков В.П. и др. Врожденные пороки сердца. В кн. Сердечно-сосудистая хирургия / Под ред. В.И. Бураковского, Л.А. Бокерия. М. Медицина, 1989; 345—82.
9. Иваницкий А.В., Роль рентгенологического исследования в диагностике пороков сердца у детей. Педиатрия. 1985; 8 (7) 55—7.
10. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. М. Медицина, 1991; 352.
11. Маколкин В.И. Приобретённые пороки сердца. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 192 с.
12. Bonow R.O., Carabello B.A., Chatterjee K. et al. ACC/AHA 2006 Practice Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American

Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease) Developed in Collaboration With the Society of Cardiovascular Anesthesiologists Endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2006; 48: 598–675.

13. The Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Guidelines on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases / Bernhard Maisch [et al.]. *Eur Heart J.* 2004;25: 1–28.

14. Палеев Н.Р. “Миокардиты”. в кн. “Болезни сердца и сосудов” под ред. акад Е.И.Чазова. М.: Медицина 1992; т.2, С.178-198.

15. В.С. Моисеев, Г.К. Киякбаев. Кардиомиопатии и миокардиты. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 349 с.

16. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). М.: 2010.- 112 с.

17. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* 2008;29 (18): 2276–2315.

18. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1580–1588.

19. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? *Кардиология* 2008; 4: 62-65.

20. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Сахарный диабет. Приложение к журналу 2001;3:1-72.

21. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. Учебник для ВУЗов. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 432 с.

Литература, рекомендованная для самостоятельной работы

Основная:

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Системные гипертензии 2010;3:5-26.
2. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Терапевтические аспекты кардиохирургии. Киев: Здоровье, 1983; 33—96.
3. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей. В 2 томах. — М. Медицина, 1987; 918.
4. Бураковский В.А., Бухарин В.А., Подзолков В.П. и др. Врожденные пороки сердца. В кн. Сердечно-сосудистая хирургия / Под ред. В.И. Бураковского, Л.А. Бокерия. М. Медицина, 1989; 345—82.
5. Н.А.Белоконь, В.П. Подзолков. Врожденные пороки сердца. М. Медицина, 1991; 352.

Дополнительная:

1. Палеев Н.Р. “Миокардиты”. в кн. “Болезни сердца и сосудов” под ред. акад Е.И.Чазова. М.: Медицина 1992; т.2, С.178-198.
2. В.С. Моисеев, Г.К. Киякбаев. Кардиомиопатии и миокардиты. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 349 с.
3. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). М.: 2010.- 112 с.
4. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart J. 2008;29 (18): 2276–2315.
5. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 2010;69:1580–1588.
6. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? Кардиология 2008; 4: 62-65.
7. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Сахарный диабет. Приложение к журналу 2001;3:1-72.

8. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. Учебник для ВУЗов. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 432 с.
9. Маколкин В.И. Приобретённые пороки сердца. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 192 с.
10. Bonow R.O., Carabello B.A., Chatterjee K. et al. ACC/AHA 2006 Practice Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease) Developed in Collaboration With the Society of Cardiovascular Anesthesiologists Endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. J. Am. Coll. Cardiol. 2006; 48: 598–675.
11. The Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Guidelines on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases / Bernhard Maisch [et al.]. Eur Heart J. 2004;25: 1–28.

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. К острым осложнениям сахарного диабета относится все, кроме:

- а) кетоацидотическая кома
- б) гиперосмолярная кома
- в) лактацидемическая кома
- г) терминальная нефропатия
- д) гипогликемическая кома

2. Сколько степеней тяжести тиреотоксикоза?

- а) 3
- б) 4
- в) 5
- г) 6
- д) 7

3. К другим специфическим типам СД не относится:

- а) генетические дефекты функции β -клеток
- б) генетические дефекты действия инсулина
- в) гестационный СД
- г) заболевания экзокринной части поджелудочной железы
- д) СД, индуцированный лекарственными препаратами или химическими веществами

4. К особым формам тиреоидитов относятся все, кроме:

- а) фиброзирующий тиреоидит Риделя
- б) лучевой тиреоидит
- в) тиреоидиты при гранулематозных заболеваниях (саркоидоз, гистиоцитоз и др.)
- г) карциноматозный тиреоидит.
- д) подострый гранулематозный тиреоидит

5. Формы аутоиммунного тиреоидита все, кроме:

- а) гипертрофическая форма
- б) диффузная
- в) с образованием псевдоузлов
- г) атрофическая форма
- д) Лучевой тиреоидит

6. По патогенезу гипотиреоз подразделяют на все, кроме:

- а) первичный
- б) вторичный
- в) третичный
- г) нейрогенный
- д) периферический (тканевой)

7. По индексу массы тела укажите неверный ответ:

- А. ИМТ 18,5 – 20 – дистрофия I степени
- Б. ИМТ 25 – 29,9 – избыточная масса тела (предожирение)
- В. ИМТ 30 – 34,9 – I степень ожирения
- Г. ИМТ 35 – 40 – II степень ожирения
- Д. ИМТ > 40 – III степень ожирения (тяжелое, морбидное)

8. Для III степени ожирения характерен ИМТ:

- А. ИМТ 35 – 40
- Б. ИМТ 25 – 29,9
- В. ИМТ > 40
- Г. ИМТ 18,5 – 25
- Д. ИМТ 30 – 34,9

9. Для II степени ожирения характерен ИМТ:

- А. ИМТ 35 – 40
- Б. ИМТ 25 – 29,9
- В. ИМТ > 40
- Г. ИМТ 18,5 – 25
- Д. ИМТ 30 – 34,9

10. Для I степени ожирения характерен ИМТ:

- А. ИМТ 35 – 40
- Б. ИМТ 25 – 29,9
- В. ИМТ > 40
- Г. ИМТ 18,5 – 25
- Д. ИМТ 30 – 34,9

11. По патогенезу ожирение подразделяется на все, кроме:

- А. Экзогенно-конституциональное ожирение:
- Б. Симптоматическое (вторичное) ожирение:
- В. Аутоиммунное
- Г. Эндокринное
- Д. Ятрогенное

12. Сколько степеней имеет ГЭРБ?

- А. Одну
- Б. Две
- В. Три
- Г. Четыре
- Д. Пять

13. При ГЭРБ второй степени эрозии занимают:

- А. До 10% поверхности слизистой пищевода

- Б. До 30% поверхности слизистой пищевода
- В. До 50% поверхности слизистой пищевода
- Г. До 70% поверхности слизистой пищевода
- Д. До 90% поверхности слизистой пищевода

14. Для ахалазии кардии III стадии характерно:

- А. Функциональный перемежающийся спазм (сужение кардии и супрастенотическое расширение пищевода отсутствуют).
- Б. Рубцовые изменения в кардии с выраженным супрастенотическим расширением пищевода.
- В. Стабильный спазм кардии с нерезким(умеренным) расширением пищевода.
- Г. Резко выраженный стеноз кардии с большой дилатацией пищевода.
- Д. Изменений нет

15. Язвой желудка больших размеров считается:

- А. язва до 0,5 см в диаметре
- Б. язва более 1,0 см в диаметре.
- В. язва более 3,0 см в диаметре.
- Г. язва до 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.
- Д. язва более 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.

16. Осложнения язвенной болезни все, кроме:

- А. Кровотечения.
- Б. Перфорации.
- В. Пенетрации.
- Г. Портальной гипертензии.
- Д. Малигнизации.

17. По течению НЯК подразделяется на все, кроме:

- А. Молниеносное
- Б. Острое
- В. Хроническое рецидивирующее
- Г. Хроническое непрерывное
- Д. Хроническое персистирующее

18. В определении степени тяжести цирроза печени по Чайлд – Пью не учитывается:

- А. Билирубин крови
- Б. Альбумин сыворотки
- В. Протромбиновое время
- Г. Печеночная энцефалопатия
- Д. Спленомегалия

19. Морфологические варианты хронического панкреатита все, кроме:

- А. Отечная форма
- Б. Склеротически-атрофическая форма
- В. Фиброзная (диффузная и диффузно-узловая) форма.
- Г. Псевдокистозная форма
- Д. Псевдополипозная форма

20. Согласно рекомендации экспертов ВОЗ, критерием оптимального артериального давления является:

- А. 120-129/80-84 мм.рт.ст.
- Б. 130-139/85-89 мм.рт.ст.
- В. менее 120/80 мм.рт.ст.
- Г. менее 110/70 мм.рт.ст.

21. Для I степени артериальной гипертензии характерен следующий диапазон значений АД:

- А. 150/90 - 159/94 мм.рт.ст.
- Б. 140/90 - 159/99 мм.рт.ст.
- В. 160/95 - 179/104 мм.рт.ст.
- Г. 135/90 - 170/100 мм.рт.ст.

22. Признаками III стадии артериальной гипертензии являются:

- А. Возникновение сердечной недостаточности.
- Б. Гипертоническая энцефалопатия.
- В. Нарушения мозгового кровообращения.
- Г. Хроническая почечная недостаточность.
- Д. Все перечисленное.

23. Степень АГ оценивают:

- А. По уровню систолического АД.
- Б. По уровню диастолического АД.
- В. По более высокой категории систолического АД и диастолического АД.
- Г. По наличию ФР и/или АКС.

24. К факторам, определяющим тяжесть АГ, прогноз и тактику лечения относят:

- А. Величина АД
- Б. Наличие или отсутствие ФР
- В. Наличие или отсутствие ПОМ
- Г. Наличие или отсутствие АКС
- Д. все перечисленное

25. Степень повышения АД обязательно указывается:

- А. У всех пациентов
- Б. У пациентов с впервые диагностированной АГ
- В. нет правильного ответа

26. Средний дополнительный риск сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ устанавливается при:

- А. Сочетании высокого нормального АД с АКС
- Б. Сочетании артериальной гипертензии 2 степени с сахарным диабетом
- В. Сочетании артериальной гипертензии 2 степени с 1-2 ФР
- Г. Артериальной гипертензии 3 степени без ФР

27. При наличии у пациента с гипертонической болезнью стабильной стенокардии диагноз формулируется следующим образом:

- А. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 4.
- Б. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 3.
- В. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4.
- Г. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3.

28. При наличии у пациента с артериальной гипертензией II степени гипертрофии левого желудочка диагноз формулируется следующим образом:

- А. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 4.
- Б. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 3.
- В. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4.
- Г. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3.

29. При наличии у пациента с артериальной гипертензией II степени сахарного диабета диагноз формулируется следующим образом:

- А. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 4.
- Б. Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3.
- В. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4.
- Г. гипертоническая болезнь III стадии, риск 3.

30. Какой функциональный класс стенокардии у пациента, если боли возникают при ходьбе по ровной местности более 500 метров?

- А. 1 ФК
- Б. 2 ФК
- В. 3 ФК
- Г. 4 ФК
- Д. 5 ФК

31. В понятие ОКС не входит:

- А. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST;
- Б. Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST;
- В. Нестабильная стенокардия;
- Г. Стенокардия напряжения III ФК.

32. Сколько стадий заболевания выделяют при ХОБЛ?

- А. Одну
- Б. Две
- В. Три
- Г. Четыре
- Д. Пять

33. Для второй стадии ХОБЛ характерно:

- А. - $ОФВ_1 \geq 80\%$ от должного
- Б. - $ОФВ_1 \leq 30\%$ от должного
- В. - $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должных значений
- Г. - $50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ от должных значений
- Д. - $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должного в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью и/или правожелудочковой недостаточностью;

34. По степени тяжести астмы подразделяют на все, кроме:

- А. Легкая интермиттирующая
- Б. Легкая персистирующая
- В. Персистирующая средней тяжести
- Г. Тяжелая рецидивирующая
- Д. Тяжелая персистирующая

35. Для легкой персистирующей стадии астмы характерно:

- А. Симптомы реже 1 раза в неделю, короткие обострения, ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц
- Б. ежедневные симптомы заболевания, обострения могут нарушать активность и сон, ночные симптомы чаще 1 раза в неделю, ежедневный прием ингаляционных β -2 агонистов короткого действия
- В. Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день, обострения могут нарушать активность и сон, ночные симптомы чаще 2 раз в месяц
- Г. ежедневные симптомы заболевания, частые обострения, частые ночные симптомы, ограничение физической активности
- Д. Отсутствие симптомов

36. Для персистирующей средней тяжести астмы характерно:

- А. $ОФВ_1$ или ПСВ 60 - 80% от должных значений, вариабельность ПСВ или $ОФВ_1$ более 30%
- Б. $ОФВ_1$ или ПСВ \geq 80% от должных значений, вариабельность ПСВ или $ОФВ_1 \leq 30\%$
- В. $ОФВ_1$ или ПСВ \geq 80% от должных значений, вариабельность ПСВ или $ОФВ_1$ менее 20%
- Г. $ОФВ_1$ или ПСВ \leq 60% от должных значений, вариабельность ПСВ или $ОФВ_1$ более 30%
- Д. $ОФВ_1$ или ПСВ \geq 90% от должных значений, вариабельность ПСВ или $ОФВ_1$ менее 10%

37. Пневмонии подразделяют на все, кроме:

- А. Внебольничные пневмонии (в том числе и атипичные)
- Б. Внутрибольничные (госпитальные, нозокомиальные) пневмонии
- В. Аспирационные пневмонии
- Г. Пневмонии у лиц с иммунодефицитом (врожденным или приобретенным)
- Д. Гестационные пневмонии

38. По распространенности пневмонии подразделяются на все, кроме:

- А. Крупозные
- Б. Субтотальные, тотальные
- В. Сегментарные
- Г. Полисегментарные
- Д. Долевые

39. В основные критерии тяжести пневмонии не входит:

- А. Температура
- Б. Число дыханий
- В. ЧСС, АД
- Г. Интоксикация, периферическая кровь
- Д. Рентгенологические изменения

40. По форме деформации бронхов бронхоэктазы подразделяются на все, кроме:

- А. Цилиндрические бронхоэктазы
- Б. Мешотчатые бронхоэктазы
- В. Веретенообразные бронхоэктазы
- Г. Смешанные бронхоэктазы
- Д. Грушевидные бронхоэктазы

41. К пролиферативным формам ГН относятся все, кроме:

- А. Острый диффузный пролиферативный ГН

- Б. Экстракапиллярный (быстро прогрессирующий; ГН с «полулуниями»)
- В. Мезангиопролиферативный ГН
- Г. Мембранозный ГН (мембранозная нефропатия)
- Д. Мезангиокапиллярный ГН

42. Клинические формы острого диффузного гломерулонефрита все, кроме:

- А. Острая циклическая;
- Б. Затяжная (ациклическая);
- В. Развернутая или триадная классическая форма;
- Г. Нефротическая.
- Д. Гематурическая

43. Клинические формы хронического гломерулонефрита все, кроме:

- А. нефротический ГН
- Б. латентный ГН или хронический ГН с изолированным мочевым синдромом
- В. гематурическая форма ГН
- Г. гипертонический вариант ГН
- Д. персистирующая форма ГН

44. Для ХБП 3 стадии характерно:

- А. ≥ 90
- Б. 30 - 59
- В. 60 – 89
- Г. < 15
- Д. 15 – 29

45. По клинике ОПН выделяют стадии все, кроме:

- А. Начальная стадия ОПН
- Б. Латентная стадия ОПН
- В. Олигурическая стадия ОПН
- Г. Стадия восстановления диуреза (полиурическая)

46. Сидероахрестической анемией является:

- А. Болезнь Аддисона – Бирмера
- Б. Фолиево – дефицитная анемия
- В. Анемия, связанная с нарушением синтеза порфирина
- Г. Наследственный микросфероцитоз
- Д. Серповидноклеточная анемия

47. Тельца Жолли и кольца Кебота характерны для:

- А. Болезни Маркиафавы-Микели

- Б. Болезни Аддисона – Бирмера
- В. Анемии Фанкони
- Г. Талассемии
- Д. Лимфогранулематоза

48. Картина «Фуникулярного миелоза» характерна для:

- А. Железодефицитной анемии
- Б. В-12 дефицитной анемии
- В. Гемолитической анемии
- Г. Острого лейкоза
- Д. Эритремии

49. Болезнь Минковского – Шоффара – это:

- А. Фолиево – дефицитная анемия
- Б. Анемия, связанная с нарушением мембраны эритроцитов
- В. Анемия, связанная с нарушением активности ферментов эритроцитов
- Г. Анемия, связанная с нарушением синтеза одной из цепей глобина
- Д. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия

50. Уровень гемоглобина 90 – 70 г/л соответствует:

- А. Анемии легкой степени тяжести
- Б. Анемии средней степени тяжести
- В. Анемии, тяжелой степени
- Г. Нормальному уровню гемоглобина
- Д. Ничему из перечисленного

51. Гемофилия А – это коагулопатия, связанная с дефицитом:

- А. V фактора
- Б. VI фактора
- В. VII фактора
- Г. VIII фактора
- Д. IX фактора

52. К гемолитическим анемиям не относится:

- А. Наследственный микросфероцитоз
- Б. Талассемии
- В. Сидероахрестическая анемия
- Г. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия
- Д. Анемия, связанная с дефицитом активности Г-6-ФДГ

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Клиническая задача № 1

Больная М., 35 лет, поступила с жалобами на боли и тугоподвижность в суставах кистей рук и стоп, утреннюю скованность, слабость, повышение температуры.

Анамнез болезни: считает себя больной в течение полугода, когда после переохлаждения появились сильные боли в мелких суставах кистей рук и стоп, и повысилась температура тела. Через 2 месяца присоединилась утренняя скованность во всех суставах, продолжительностью около 2 часов, усилилась боль и появилась припухлость в суставах рук и ног.

Объективный статус: Цвет кожи обычный, в том числе над пораженными суставами, которые горячее, чем остальная поверхность тела; ярко окрашенные кончики пальцев. Увеличены локтевые и подмышечные лимфоузлы. Органы дыхания и сердечно-сосудистая система – без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 13x11x10 см., консистенция ее плотно-эластичная. Селезенка не увеличена. Пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые и лучезапястные суставы отечны, пальцы веретенообразные, движения значительно ограничены в объеме. Начальные признаки атрофии межостных мышц. Плюсне-фаланговые, голеностопные суставы отечны, движения затруднены. Под кожей разгибательных поверхностей рук определяются мягкие болезненные узелки.

Параклинические показатели: общий анализ крови: эритроциты – 3,1 Т/л, гемоглобин – 102 г/л, ЦП – 0,85, лейкоциты – 8,1 Г/л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 24%, эозинофилы – 4%, тромбоциты – 420 Г/л, СОЭ – 51 мм/час.

Общий анализ мочи: без особенностей.

Реакция Ваалера-Розе положительная. Общий белок – 70 г/л, альбумин - глобулиновое соотношение 0,8, фибриноген крови 6 г/л.

R-графия кистей и стоп: начальные признаки околосуставного остеопороза.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Клиническая задача № 2

Больной М., 36 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 38⁰ С, кашель с гнойной мокротой до 500 мл/сут, причем мокрота лучше отходит при определенном положении тела, одышку.

Анамнез заболевания: С детства часто болел ОРВИ с затяжным кашлем до нескольких месяцев, с повышением температуры тела до 37,3⁰-38⁰ С. Неоднократно лечился по поводу правосторонней пневмонии в разных стационарах города. Последнее ухудшение самочувствия наступило 3 недели

назад, когда усилился и участился кашель с гнойной мокротой, повысилась температура тела. Обратился к участковому терапевту, направлен в клинику.

Анамнез жизни: с детства часто болеет простудными заболеваниями. Курил с 18 до 34 лет.

Объективный статус: состояние средней тяжести, температура тела 37,8С, астенического телосложения, кожные покровы бледные. Над лёгкими - справа, ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, слева в аналогичной области перкуторный звук с легким коробочным оттенком. Аускультативно: с обеих сторон в верхних отделах - жесткое дыхание, сухие хрипы, справа в подлопаточной области - влажные хрипы, количество которых уменьшается после откашливания. ЧДД – 24/мин. ЧСС-98/мин. АД- 90/60 мм рт.ст.

Параклинические показатели:

Общий анализ крови: лейкоциты – 10,2 Г/л, СОЭ – 28 мм/час, остальные показатели в пределах нормы.

ЭКГ: вертикальное положение электрической оси сердца, ритм синусовый, 100/мин, зубцы Р высокие, остроконечные во II, III, AVF отведениях.

На рентгенограммах органов грудной клетки в средней доле правого лёгкого определяется усиление, грубая деформация, ячеистость легочного рисунка. При бронхоскопии: двусторонний гнойный эндобронхит.

На бронхограммах справа видны начальные отделы сегментарных бронхов средней доли, которые сообщаются с множеством полостей различной формы и величины. В нижней доле бронхи прослеживаются до субсегментарных ветвей, сближены и заканчиваются округлыми и овальными полостями. Слева - без выраженных изменений.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Клиническая задача № 3

Больная М, 30 лет, поступила в стационар с **жалобами** на желтизну кожных покровов, постоянную тяжесть в правом подреберье, усиливающуюся после незначительной физической нагрузки, боли в мышцах, неприятный вкус пищевых продуктов, тошноту после приема жирной, жареной пищи, слабость, утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке, головокружение, особенно в душном помещении, повышение температуры тела до 37,2 С°, раздражительность.

Анамнез заболевания: 3 недели назад перенесла ОРВИ. Ранее желтухой не болела. Тяжесть в правом подреберье, тошнота, слабость, головокружения, раздражительность возникали эпизодически последние 2-3 года.

Анамнез жизни: в возрасте 22 лет перенесла гемотрансфузию в виду «тяжелых» родов.

Объективный статус: состояние средней тяжести. Кожа и слизистые иктеричны, чистые. Со стороны бронхо-легочной и сердечно-сосудистых систем – без особенностей. ЧСС 88 в минуту, АД - 105/70 мм.рт.ст., на вер-

хушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий. Пальпируется плотноватый, болезненный край печени, выступающий из-под реберной дуги на 5-6 см. Размеры печени по Курлову: 14x13x10 см, селезенки - 12x12см.

Параклинические показатели: ОАК: эритроциты - 3.0 Т/л, гемоглобин - 82 г/л, цветовой показатель - 0,76, тромбоциты - 120 Г/л, лейкоциты - 3,5 Г/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты - 21%, моноциты - 5%, СОЭ - 23 мм/час. Биохимия: общий билирубин - 84 ммоль/л, конъюгированный - 37 ммоль/л, АСТ - 80 ед/л, АЛТ - 240 ед/л. В моче - билирубин +++. ЭКГ и рентгенография легких – без существенных изменений.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Клиническая задача № 4

Больной В., 65 лет обратился с **жалобами** на приступообразную загрудинную боль возникающую при незначительной физической нагрузке, иногда ночью, одышку. В последнее время требуется большее количество нитроглицерина для купирования боли.

Анамнез болезни: впервые загрудинные боли 9 лет назад. С тех пор систематически лечится. В течение последнего месяца отмечает учащение загрудинных болей, возникающих при малейшей физической нагрузке.

Анамнез жизни: больной не курит, алкоголь не употребляет. На протяжении 12 лет страдает сахарным диабетом, 17 лет - гипертонической болезнью.

Объективный статус: состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и слизистые обычной окраски, в углу правого глаза - ксантелазма. Периферических отеков нет. В легких-везикулярное дыхание. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. I тон у верхушки приглушен, там же выслушивается мягкий систолический шум, акцент II тона над аортой. Пульс 84 удара в минуту, плохо пальпируется на левой ноге. АД-180/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в подложечной области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Параклинические показатели: ОАК: эритроциты-4,5 Т/л, лейкоциты-5,0 Г/л, тромбоциты-223 Г/л, эозинофилы-2%, сегментоядерные-61%, лимфоциты-31%, моноциты-6%.

ОАМ:относит. плотность 1,015; PH-6,0, белок-0,25 г/л, лейкоциты-2-3 в п/з, эр.-1-2-3 в п/з.

БАК: общий белок-70 г/л, общий холестерин-5,68 ммоль/л, холестерин ЛПВП-0,68 ммоль/л, холестерин ЛПНП-4,4 ммоль/л, триглицериды-1,51 ммоль/л, мочевины-10,2 ммоль/л, креатинин-0,136 ммоль/л, глюкоза крови натощак-9,5 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 70 ударов в минуту. Гипертрофия левого желудочка. При суточном ЭКГ - мониторинге исследовании во время ходьбы

- депрессия сегмента ST на 1,25 мм в отведениях V 3-6, редкие желудочковые экстрасистолы.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Клиническая задача № 5

Больной Б., 22 лет доставлен в приемное отделение больницы врачом скорой помощи с **жалобами** на одышку в покое, переходящую в удушье, сухой мучительный кашель, давящие постоянные боли за грудиной, слабость, повышение температуры до фебрильных цифр, познабливание.

Анамнез болезни: заболел около 2 недель тому назад после перенесенного гриппа. Лечился самостоятельно противокашлевыми средствами, горячим чаем. Состояние не улучшалось, нарастала одышка, держалась температура. Последние две ночи спал сидя.

Анамнез жизни: в детстве и в юношеские годы болел ОРЗ, однократно – пневмонией.

Объективный статус: температура тела-37.8 град. Лицо одутловато, кожа лица и шеи с цианотичным оттенком, положение вынужденное, сидячее с наклоном вперед, набухание шейных вен, усиливающееся на вдохе. Пульс 130 в минуту, парадоксальный. АД 100/75 мм.рт.ст. Верхушечный толчок не определяется. Левая граница сердца по передней подмышечной линии, правая – на 3 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – II ребро. Границы абсолютной сердечной тупости приближаются к границам относительной. Тоны сердца глухие. В легких везикулярное дыхание. Частота дыхания 30 в мин. Живот мягкий, пальпируется выступающий на 3-4 см край печени - плотноватый, болезненный; по Курлову: 15x12x12 см. Селезенка не пальпируется. Стопы и голени пастозны. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Параклинические показатели: ОАК: эритроциты-4,6 Т/л, лейкоциты-9,0 Г/л, эозинофилы-2%, палочкоядерные-14%, сегментоядерные-56%, лимфоциты-22%, моноциты-6%; СОЭ-30 мм/час. БАК: С - реактивный белок - 86 мг/л.

ОАМ: относительная плотность 1,026; PH - 6,0, белок - 0,26 г/л.

ЭКГ: снижение вольтажа QRS с его альтернативой, отрицательный зубец Т в отведениях I, II, V2 - V6.

Рентгенография органов грудной клетки: частичный ателектаз нижней доли левого легкого, остальные легочные поля без патологии. Сердце увеличено во все стороны, пульсация резко снижена, правый кардиодиафрагмальный угол тупой.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталоны ответов к контрольным тестовым вопросам

1.	Г	27.	В
2.	А	28.	Г
3.	В	29.	Б
4.	Д	30.	Б
5.	Д	31.	Г
6.	Г	32.	Г
7.	А	33.	Г
8.	В	34.	Г
9.	А	35.	В
10.	Д	36.	А
11.	В	37.	Г
12.	Г	38.	А
13.	В	39.	Д
14.	Б	40.	Д
15.	Б	41.	Г
16.	Г	42.	Д
17.	Д	43.	Д
18.	Д	44.	Б
19.	Д	45.	Б
20.	В	46.	В
21.	Б	47.	Б
22.	Д	48.	Б
23.	В	49.	Б
24.	Д	50.	Б
25.	Б	51.	Г
26.	В	52.	В

Эталоны ответов к клиническим задачам

Клиническая задача № 1

Клинический диагноз: Ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма, активность 3-степени, серопозитивный, функциональная недостаточность 2-степени, рентгенологическая стадия, первая.

В пользу суставно-висцеральной формы свидетельствует поражение суставов кистей и стоп, полинейропатия, васкулит, увеличение печени, анемия. Наличие диспротеинемии, повышения уровня фибриногена, а также скорость оседания эритроцитов (52 мм/час) подтверждают активность 3-й степени.

Профессиональная трудоспособность на момент поступления утрачена. Наличие околоуставного остеопороза свидетельствует в пользу 1 рентгенологической стадии.

Клиническая задача № 2

Бронхоэктатическая болезнь: смешанные бронхоэктазы средней и нижней долей правого лёгкого, фаза обострения. Хронический гнойный бронхит, ст. обострения. ДН II ст. Хроническое легочное сердце, в стадии компенсации.

Клиническая задача № 3

Хронический вирусный гепатит неуточненной этиологии, средней степени активности. Гепатоспленомегалия. Гиперспленизм. Гипохромная анемия средней степени тяжести.

Клиническая задача № 4

Предварительный диагноз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Желудочковая экстрасистолия. ХСН IIА ст, ПФК. Гипертоническая болезнь 3 стадия. Риск 4 (очень высокий). Гиперхолестеринемия. Атеросклероз аорты и ее ветвей с окклюзией общей левой подвздошной артерии. Сахарный диабет, 2 тип, тяжелое течение, декомпенсированный. Диабетическая нефропатия. ХПН I стадия. Симптоматические (ишемические, лекарственные) язвы желудка?

Клиническая задача № 5

Клинический диагноз: Острый инфекционный экссудативный перикардит с развивающейся тампонадой сердца, правожелудочковой недостаточностью, ателектазом нижней доли левого легкого. НК 2 А ст. ДН III ст.