Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии педиатрического факультета

**Госпитальная терапия**

**СБОРНИК МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ**

**для специальности** 060103 – Педиатрия

( очная форма обучения)

Красноярск

2015

УДК 613.6 (07)

ББК 51.244

 Ф 18

Госпитальная терапия: сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 060103 – Педиатрия (очная форма обучения) / сост. Е.И. Харьков, Л.А. Филимонова, Ю.А. Згура, [и др.]. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015. – 382 с.

**Составители:** д.м.н., проф. Харьков Е.И., к.м.н., доц. Филимонова Л.А., к.м.н., проф. Борисенко Н.А., к.м.н., доц. Згура Ю.А. д.м.н., доц. Давыдов Е.Л., асс. Резниченко О.Г.

Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе. Сборник составлен в соответствии с ФГОС ВПО (2010) по специальности 060103 – Педиатрия (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2012г.) и СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_).

КрасГМУ

2015г.

**СОДЕРЖАНИЕ**

**VIII СЕМЕСТР**

**Тема занятия №1** « Методы обследования в пульмонологии. Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия болезней органов дыхания (бронхообструктивного синдрома, очаговых, диссеменированных, нагноительных заболеваний легких)». …………………………………………………………………………4

**Тема занятия № 2** «Побочное действие лекарственных препаратов. Лечение анафилактического шока.круглый стол (В интерактивной форме)………………………..10

**Тема занятия №3** «Методы обследования кардиологического больного. Дифференциальная диагностика и лечение нарушений сердечного ритма и проводимости»............................................................................................................................15

**Тема занятия №4** «Эссенциальная и симптоматическая гипертонии. Дифференцированная терапия гипертонической болезни. Дифференциальная диагностика и терапия гипертонических кризов»………………………………………………….………22

**Тема занятия№5** «Дифференциальная диагностика при болях в груди. Дифференциальная диагностика болей при инфаркте миокарда с болями при неотложных состояниях: нестабильная стенокардия, ТЭЛА, расслаивающая аневризма аорты. Купирование этих состояний»…………………………………………………………………28

**Тема занятия №6** «Дифференциальная диагностика при сердечных шумах. Кардиомегалии. Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности» ………………………………………………………………………………37

**IX СЕМЕСТР**

**Тема занятия №7** « Методика обследования нефрологического больного. Дифференциальная диагностика заболеваний почек (первичный и вторичный нефротический синдром, изолированный мочевой синдром.Нефротический синдром при различных заболеваниях почек)»…………………………………………………………….44

**Тема занятия №8** « Методы обследования в гематологии. Дифференциальная диагностика заболеваний крови ( анемий, геморрагического синдрома, лимфоаденопатий, спленомегалии)» ………………………………………………………………………………51

**Тема занятия №9** «Методы обследования в гастроэнтерологии. Дифференциальная диагностика при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника, дисбактериоз, синдром мальабсорбции, запоры)»………………………………………………………………………57

**Тема занятия №10** «Дифференциальная диагностика при гепатомегалиях и гепатолиенальном синдроме. Дифференциальная диагностика при желтухах. Хроническая печеночно-клеточная недостаточность».………………...……………………………..……66

**Тема занятия №11** «Дифференциальная диагностика и терапия артропатий. Ревматоидный артрит, остеоартроз, подагра. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), реактивный артрит, псориатический артрит, артропатии при заболеваниях кишечника»…………………………………………………………………………………….77

 **Тема занятия №12** «Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний соединительной ткани. Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Дерматомиозит»………………………………………………………………………………84

**Тема занятия №13** «Дифференциальная диагностика ком. Итоговое занятие»…………91

**Список литературы**……………..……………………………………………………………..

**Занятие № 1**

**1. Методы обследования в пульмонологии. Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия болезней органов дыхания (бронхообструктивного синдрома, очаговых, диссеменированных, нагноительных заболеваний легких).**
**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1. Синдромы заболеваний легких.

2. Клинические особенности заболеваний легких.

3. Легочные осложнения.

4. Внелегочные осложнения.

5.Лабораторно-инструментальная диагностика заболеваний легких.

6.Принципы лечения заболеваний легких.

7.Принципы антибиотикотерапии при заболеваниях легких.

8.Осложнения антибиотикотерапии.

9.Критерии выздоровления.

10.Профилактика и диспансеризация

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001.У больного: грудная клетка нормальной формы, смещения средостения нет, тупой звук при перкуссии, звонкие влажные хрипы и отчетливая крепитация над нижней долей справа. Ваш диагноз

 1) Лобарная пневмония

 2) Эмфизема

 3) Пнемоторакс

 4) Бронхоэктазы

 5) Фиброз легкого

002. После прорыва острого одиночного абсцесса в бронх обычно не наблюдаются следующие симптомы

 1) Полость с горизонтальным уровнем на рентгенограмме

 2) Повышение температуры тела до 39 и выше

 3) Кашель с выделением большого количества мокроты с неприятным запахом

 4) Улучшение общего состояния

 5) Кровохарканье

003. Укажите основной (постоянный) диагностический признак пневмонии

 1) Притупление

 2) Бронхиальное дыхание над местом притупления

 3) Лихорадка

 4) Влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы

 5) Ослабление дыхания

004. Укажите основной рентгенологический признак долевой пневмонии

 1) Гомогенное затемнение соответственно доле

 2) Картина ателектаза

 3) Тяжистый легочный рисунок

 4) Очаговые тени

 5) Диффузное снижение прозрачности

005. Мелкопузырчатые хрипы в легкихвыслушиваются при

 1) Пневмотораксе

 2) Пневмонии

 3) Плевральномвыпоте

 4) Раке легкого

 5) Эмфиземе легких

006. У больной 55 лет обнаружено отставание правой половины грудной клетки при дыхании, притупление ниже уровня 3-го ребра, ослабленное дыхание и бронхофония там же. Рентгенологически - смещение сердца влево. Вероятный диагноз

1) Экссудативный плеврит

2) Долевая пневмония

3) Ателектаз

4) Пневмоцирроз

5) Пневмоторакс

007. Укажите показания для диагностической плевральной пункции

1) Стойкий выпот

2) Подозрение на эмпиему плевры

3) Подозрение на раковую этиологию

4) Неясные причины выпота

5) Во всех перечисленных случаях

008. У больного 27 лет 3 дня назад появился озноб, сухой кашель, боли в правом боку лихорадка до 38,9. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно от 3-го межреберья спереди и от середины межлопаточного пространства сзади - тупой звук, дыхание в этой зоне не проводится. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

Ваш диагноз:

1) Сегментарная пневмония

2) Долевая пневмония

3) Обострение хр. бронхита

4) Правосторонний экссудативный плеврит

5) Правосторонний гидроторакс

009. У больного 35 лет в течение 2-х недель слабость, потливость, утомляемость, боли в правом боку при дыхании, температура 38, дыхание 28 в мин., пульс 100 в мин. Голосовое дрожание справа внизу не проводится, там же интенсивное притупление, резко ослабленное дыхание. Границы сердца смещены влево. Предварительный диагноз

1) Инфильтративный туберкулез легких

2) Плевропневмония

3) Экссудативный плеврит

4) Ателектаз

5) Спонтанный пневмоторакс

010. Очень быстрое повторное накопление жидкости в полости плевры - типичный признак:

1) Хронической сердечной недостаточности

2) Мезотелиомы плевры

3) Туберкулеза легких

4) Аденокарциномы бронха

5) Системной красной волчанки

011.Механизм действия эуфиллина

1) Дилатация бронхов

2) Снижение секреции

3) Противоаллергическое

4) Адреномиметическое

5) Антигистаминное

012. У больного движения грудной клетки симметричные, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание, печеночная тупость смещена вниз. Ваш диагноз

1) Гидропневмоторакс

2) Фиброз

3) Диффузная эмфизема легких

4) Бронхиальная астма

5) Лобулярная пневмония

013. При хронических обструктивных заболеваниях легких возможны все осложнения, кроме

1) Правожелудочковой недостаточности

2) Эритроцитоза

3) Дыхательной недостаточности

4) Левожелудочковой недостаточности

5) Бронхогенного рака

014. Изменения в легких при синдроме Пиквика приводят к развитию легочного сердца

1) Пневмосклероз

2) Эмфизема легких

3) Ателектаз

4) Альвеолярная гиповентиляция

5) Поражение легочных сосудов

015. Наиболее объективный показатель бронхиальной обструкции

1) Диффузионная способность по СО

2) Остаточный объем

3) Максимальная вентиляция легких

4) Проба Тиффно

5) Жизненная емкость легких

016. Фактор не участвующий в механизме удушья при бронхиальной астме

 1) Альвеолярный отек

2) Отек слизистой бронхов

3) Бронхоспазм

4) Повышенная секреция слизи

5) Нарушение выделения мокроты

017. При астматическом статусе 1-й стадии не проводится следующее лечение

1) Эуфиллина

2) Ингаляционных стероидов

3) Преднизолона или гидрокортизона в/в

4) Введения жидкостей

5) Коррекции ацидоза

018. Скорой помощью доставлен больной бронхиальной астмой. Возбужден, Температура 36,7. ЧСС -120 вмин, ЧД - 22 в мин. При аускультации дыхание резко ослабленное, единичные сухие хрипы. В течение суток получил более 10 ингаляций беротека. Врачом скорой помощи в/м 1,0 мл 24% эуфиллина. Больному следует вводить

1) Эуфиллин парэнтерально

2) Кортикостероиды

3) Ингаляции кислорода

4) все перечисленное.

5) ничего из перечисленного

019. Вещество, является потенциальным фактором риска для развития бронхиальной астмы

1) Пыль хрома

2) Пыль диоксида кремния

3) Пыль графита

4) Пыль алюминия

5) Соляная кислота

020. Больной 49 лет в связи с обострением бронхиальной астмы назначен преднизолон внутрь 20 мг в сутки. Через неделю признаки обструкции исчезли, но появились боли в эпигастрии, изжога, отрыжка кислым. Проведите коррекцию лечения

1) Срочно отменить преднизолон

2) Вдвое уменьшить дозу преднизолона

3) Назначить преднизолон в той же дозе, но с интервалом в несколько дней

4) Назначить М-холинолитики, антациды, заменить преднизолон бекотидом

5) Назначить преднизолон парэнтерально

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 001 – 1 | 006 - 1 | 011 – 1 | 016 - 1 |
| 002 – 2 | 007 - 5 | 012 - 3 | 017 - 2 |
| 003 – 4 | 008 - 4  | 013 - 4 | 018 - 4 |
| 004 – 1 | 009 - 3 | 014 - 4 | 019 - 1 |
| 005 - 2 | 010 - 2 | 015 - 4 | 020 - 4 |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача 1**

У больного А., 45 лет, после переохлаждения появилось повышение температуры до 37,8ОС, кашель (сначала сухой, а затем с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты), слабость, потливость. В течение 3-х дней принимал аспирин, состояние не улучшилось. Обратился к участковому врачу. При осмотре слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, там же жесткое дыхание, звучные мелкопузырчатые хрипы.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие исследования Вы планируете провести?

3. Какие антибиотики следует назначить?

**Задача 2**

Больная 40 лет поступила с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, повышение температуры до 38,5 С. Заболела остро 3 дня назад. Объективно: состояние средней тяжести. ЧД - 28 в мин. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, слева под лопаткой и в подмышечной области притупление, здесь же ослабленное дыхание и голосовое дрожание. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс - 98 в мин. АД - 120/80 мм рт.ст.

1. Как объяснить физикальные симптомы?

2. Что ожидается на рентгенограмме грудной клетки слева?

3. Какое обследование необходимо назначить больной?

4. Какое лечение следует назначить больной?

**Задача 3**

Больной 46 лет, в течение многих лет кашляет. Последние 3 года с выделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл в сутки, одышка при ходьбе, периодически субфебрильная температура. Курит в течение 20 лет.

Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, жесткое дыхание, рассеянные сухие басовые хрипы.

 1)Какие заболевания можно предположить?

 2)Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

 3)Какой основной механизм одышки?

 4)Какие методы лечения можно рекомендовать?

**Задача 4**

Больной 47 лет работает поваром, курит 14 лет. В течение 4 лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышка при нагрузке. Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно коробочный звук. Дыхание жесткое с удлененным выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. При функциональном исследовании снижение ОФВ1, МОС75,МОС50,МОС25.

* 1. Поставьте диагноз?
	2. Что такое ОФВ1?
	3. Перечислите 4 механизма бронхообструктивного синдрома?

**Задача 5**

Больной 20 лет, студент. Жалобы на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди. Болен 2 года. Приступы возникают чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Лекарства не принимал. В осенне-весеннее время с детства отмечает вазомоторный ринит. Курит по 1,5 пачки в день. У матери бронхиальная астма.

При объективном и рентгенологическом исследовании патологии в межприступный период не обнаружено. В анализе крови эозинофилов 6%.

1. Какая форма бронхиальной астмы и почему?

2. Какое предупредительное лечение Вы рекомендуете?

3. Какое лечение при очередном приступе удушья?

4. Патофизиология приступа удушья?

5. Трудоспособность.

ОТВЕТЫ

**Задача № 1**

1. Внебольничная бактериальная сегментарная пневмония с локализацией в нижней доле слева, легкое течение.

2. Рентгенография грудной клетки, общий анализ крови и мочи, анализ мокроты на цитологию, микобактерии туберкулеза, бакпосев мокроты с антибиотикограммой.

3. В лечении могут быть использованы макролиды, пенициллины (бензилпенициллин, ампициллин (амоксициллин), цефалоспорины I-II поколения. Преимуществом по спектру своего действия обладают макролиды, особенно сумамед (азитромицин).

**Задача № 2**

1. Левосторонний экссудативный плеврит: притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание и голосовое дрожание.

2. Интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей, смещение сердца вправо.

3. Пункцию плевральной полости.

4. Антибиотики широкого спектра, НПВС, аскорутин, мочегонные, возможно кортикостероиды.

**Задача № 3**

1)Хронический гнойный бронхит, бронхоэктазы. Эмфизема легких. ДН- 1 степени.

2)Рентгенография органов грудной клетки, анализ крови, анализ мокроты, анализ мочи, исследование функции внешнего дыхания.

3)Эмфизема легких.

4)Прекращение курения, пероральные антибактериальные средства, отхаркивающие.

**Задача № 4**

1)Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. ДН 2 степени.

2)ОФВ1 – односекундный объем форсированного выдоха.

3)Отек и воспаление слизистой; гиперсекреция; бронхоспазм; экспираторный коллапс стенок бронхов.

**Задача № 5**

1. Аллергическая или атопическая форма: семейный анамнез, другие проявления аллергии (вазомоторный ринит, эозинофилия крови), бессимптомные ремиссии.

2.Прекращение курения, ингаляции интала или кетотифен (задитен) внутрь

3.Ингаляции бета2-агонистов: беротек, сальбутамол, астмопент. При неэффективности повтоные ингаляции каждые 15 мин в течение часа, перднизолон внутрь, эуфиллин внутривенно (или алупент, адреналин подкожно, эфедрин внутримышечно). Учитывая ночное возникновение приступов удушья, вместо бета2-агонистов можно применять атровент или травентол.

4.Генерализованная бронхиальная обструкция

5.Трудоспособность сохранена.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать анамнез у больного с заболеваниями внутренних органов

2. Уметь провести объективное обследование больного с патологией внутренних органов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

3. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (анализы крови, мокроты клинические, биохимические)

4. Уметь оценить функцию внешнего дыхания с использованием фармакологических проб с целью дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома.

5. Уметь оценить рентгенологических данных при плевритах, инфильтративных и очаговых процессах в легких.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Инфекционно – токсический шок, осложнение тяжелой пневмонии.

2. Тактика врача – терапевта при выявлении туберкулеза легких

3. Атопическая бронхиальная астма, причины, клинические проявления, современное лечение.

**Занятие № 2**

**1. Побочное действие лекарственных препаратов. Лечение анафилактического шока. Круглый стол** (В интерактивной форме)
**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1. Перечислите этиологические факторы лекарственной болезни.
2. Патогенез лекарственной болезни.
3. Что лежит в основе развития лекарственной болезни?
4. Проявления лекарственной болезни?
5. Поражения каких органов и систем возможно при лекарственной болезни?
6. Классификация поражений печени при лекарственной болезни.
7. Диагностика лекарственной болезни?
8. Показания к постановке кожных проб?
9. Лечение лекарственной болезни?
10. Исходы, профилактика лекарственной болезни?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. Патогенетически выделяют следующие медикаментозные осложнения:

1) лекарственная аллергия

2) патохимическая реакция

3) патофизическая реакция

4) токсические реакции

5) биологические реакции

1.125 2.234 3.145 4.345 5.135

002. По аллергическим свойствам не различают следующие виды лекарственной аллергены:

1) истинные аллергены

2) гаптены

3) псевдоаллергены

4) смешанные аллергены

5) гипоаллергены

1.12 2.45 3.23 4.34 5.15

003.Укажите часто встречающие органоспецифичекие синдромы при лекарственной аллергии:

1) лихорадка

2) почечный синдром

3) легочной синдром

4) анемический синдром

5) гипертензионный синдром

1.35 2.12 3.45 4.15 5.34

004. Цитотоксическая аллергическая реакция проявляется:

1) лейкопенией

2) васкулитом

3) тромбоцитопенией

4) отеком Квинке

5) крапивницей

1.13 2.15 3.25 4.34 5.45

 005.Укажите нехарактерные поражения кожи при ЛА:

1) эритродермия

2) пиодермия

3) гиперкератоз

4) нейродермит

5) витилиго

1. 2 5 2.4.5 3.12 4.34 5.14

006.Укажите нехарактерные признаки для болезниСтивенса-Джонсона:

1) гиперкератоз

2) полиморфная эритема

3) папула

4) эпидермальныйнекролиз

5) пурпура слизостых оболочек

1.45 2.12 3.23 4.34 5.15

007.Укажите характерные признаки для синдрома Лайелла

1) эритема

2) папула

3) эпидермальныйнекролиз

4) пурпура

5) гиперкератоз

1.12 2.45 3.23 4.34 5.15

008. Выделите характерные клинические признаки для анафилактического шока

1) коллапс

2) бронхоспазм

3) гипертензия

4) холестаз

5) аритмия

1.12 2.45 3.23 4.34 5.15

009. Диагностика лекарственной аллергии включает

1) сбор аллергологического анамнеза

2) кожные и лабораторные пробы

3) измерение артериального давления

4) ЭКГ исследование

5) ФВД исследование

1.12 2.23 3.34 4.45 5.15

010.К принципам лечении лекарственной аллергии не относятся

1) остановка введение аллергена в организм

2) применение гипотензивных средств

3) соблюдение гипоаллергической диеты

4) применение антиаритмических препаратов

5) применение антигистаминных средств

1.24 2.45 3.23 4.15 5.13

011.При лечении анафилактического шока не применяют

1) адреналин

2) преднизолон

3) папаверин

4) нитроглицерин

5) пинольфен

1.34 2.12 3.23 4.45 5.25

012. Для блокирования поступления лекарства-антигена в организм применяются

1) обкалывание адреналина вокруг инъекции

2) применение эуфиллина

3) применение строфантина

4) применение дибазола

5) наложение жгута

1.15 2.23 3.34 4.12 5.25

013. Укажите препараты, обладающие антигистаминными свойствами

1) адреналин

2) эуфиллин

3) кромолин натрия

4) кетотифен

5) гемодез

1.12 2.23 3.34 4.45 5.14

014. При анафилактическом шоке, вызванным пенициллином применяются

1) пенициллиназа

2) анальгин

3) адреналин

4) гемодез

5) сода

1.13 2.12 3.35 4.34 5.45

15. Для предупреждения лекарственной аллергии применяются

1) тщательный сбор аллергологического анамнеза

2) применение гипотензивных средств

3) не допущение полипрогмазии

4) применение бронхолитиков

5) применение антиаритмических средств

1.45 2.12 3.34 4.14 5.13

**Эталоны ответов:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001 | 2 | 006 | 1 | 011 | 1 |
| 002 | 1 | 007 | 3 | 012 | 1 |
| 003 | 5 | 008 | 1 | 013 | 3 |
| 004 | 1 | 009 | 1 | 014 | 1 |
| 005 | 1 | 010 | 1 | 015 | 5 |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача №1**

У 42 летнего больного при в/в капельном введении альбумина появились зуд кожи, гиперемия кожных покровов, тошнота, сильная слабость, А/Д снизилось.

Что явилось причиной ухудшения состояния? Лечение.

**Задача № 2**

У больной 32 лет, находившиеся на стац. Лечении с диагнозом «Пневмония» на 7 день после применения инъекции цефамизина повысилась температура тела, появились высыпания на коже, которые сопровождались зудом.. В общем анализе крови-эозинофилия.

Диагноз? Лечение?

**Задача № 3**

У больной 48 лет , получающего индометацин по поводу «Реактивный артрит» в таблетках через 12 часов повысилась температура тела, озноб, головная боль, на коже эритематозные высыпания, которые быстро превратились в дряблые пузыри, неправильной формы, нарастали симптомы острой сердечно-сосудистой недостаточности..

Какой синдром развился у больного? Неотложная помощь?

**Задачи № 4**

Больная 35 лет с системной красной волчанкой, с поражением суставов и почек (нефротический синдром) четвертую неделю преднизолон (60 мг/сут.).

Какое из приведенных изменений скорее всего является осложнением лечения?

**Задача №5**

Мужчина 45 лет госпитализирован по поводу пневмонии с температурой 40°С. Заболел накануне. В прошлом реакций на медикаменты не было.

При поступлении начато лечение пенициллином по 1 млн. ЕД в/м. Через 10 минут после введения появилась резкая слабость, чувство давления в груди, цианоз лица, профузный пот, потеря сознания. Больной срочно переведен в БИТ.

Объективно: распространенная крапивница, акроцианоз, похолодание, мраморность конечностей, запавшие глазные яблоки. Пульс нитевидный, не сосчитывается. АД не определяется. Тоны сердца глухие. ЧД – 35 в минуту, поверхностное.

1.Что произошло?

2.Тактика неотложной помощи?

3.Тактика лечения пневмонии?

ОТВЕТЫ

**Задача №1**

1. Крапивница

2. Отменить прием всех медикаментов, десенсибилизирующая терапия: хлористый кальций, антигистаминные средства, глюкокортикоиды

**Задача №2**

1. Лекарственная лихорадка

2. Отмена препарата

**Задача №3**

1. Синдром Лайелла (токсический эпидермальныйнекролиз, «синдром обожженной кожи»)

2. Госпитализация вПИТ, срочное введение: глюкокортикоидов, адреналина, дезинтоксикационная терапия, 2-3 антибиотика (системное введение), местное лечение пораженной поверхности кожи

**Задача №4**

Гипергликемия, гипокальциемия

**Задача №5**

1. Анафилактический шок

2. П\к ввести 0,5 - 1 мл 0.1% р-ра адреналина; в\в ввести 10.0 - 10% р-ра кальция хлорида

в\в-струйно, затем капельно 300-500 мл 5% р-ра глюкозы или физ р-ра + 0.5-1 0.1% р-ра адреналина или мезатона 1%-1.0 с глюкокортикоидами (гидрокартизон 100-250 мг, преднизолон 50-100 мг),

при бронхоспазме – эуфиллин 2.4% - 10 , вазоспастическая новокаиновая блокада

при отеке гортани – трахеостомия, увлажненный кислород

антигистаминные средства (супрастин 2%-2.0, тавегил 0.1%-1.0, димедрол 1%-1.0)

800 тыс ЕД (или 1 млн) пенициленазы, которая разрушает пенициллин , через 6-8 часов введение пенициллиназы повторяется

реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких, закрытый массаж сердца при остановке дыхания и сердечной деятельности).

3. Продолжить лечение: макролидами или респираторнымифторхинолонами (ловефлоксацин, моксифлоксацин).

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1.Уметь собрать жалобы и анамнез у больного с положительным аллергологическим анамнезом.

2. Уметь применить на практике методы объективного обследования больных с отягощенным аллергологическим анамнезом.

3. Уметь провести скарификационную и сублингвальную лекарственную пробу.

4. Уметь оценить результаты аллергологических проб.

5. Уметь выписать основные группы препаратов для лечения лекарственной аллергии.

6. Уметь оказать неотложную помощь при отеке Квинке, анафилаксии.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Этиология, основные причины развития, клиника лекарственной болезни.

2. Виды аллергических реакций на введение лекарственных препаратов.

3. Анафилактический шок: клинические варианты, неотложная помощь.

**Занятие № 3**

**1.** **Методы обследования кардиологического больного. Дифференциальная диагностика и лечение нарушений сердечного ритма и проводимости.**

**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчины среднего возраста обследование следует начать

1) с зондирования желудка

2) с рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта

3) с ЭКГ

4) с гастродуоденоскопии

5) с исследования мочи на уропепсин

002. Развитие инфаркта миокарда в первые 4 часа от начала заболевания подтверждает

1) АСТ

2) КФК

3) ЛДГ

4) щелочная фосфотаза

5) g-глютаминтрансфераза

003. Наиболее точным ЭКГ-диагностическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является

 1) негативный зубец Т

 2) нарушение ритма и проводимости

 3) наличие комплекса QS

 4) смещение сегмента ST ниже изолинии

 5) снижение амплитуды зубца R

004. Наиболее информативным методом определения некротических изменений в миокарде является

1) определение СОЭ и лейкоцитов

2) определение ЛДГ в крови

3) определение суммарной КФК в крови

4) определение уровня трансаминаз в крви

5) определение уровня МВ-фракции КФК и тропонина в крови

005.Наиболее характерный ЭКГ-признак трансмурального инфаркта миокарда

 1) горизонтальная депрессия сегмента ST

 2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т

 3) подъем сегмента ST

 4) глубокие зубцы Q

 5) зубцы QS

006. Для острой стадии инфаркта миокарда не характерны изменения крови

1) увеличение уровня гемоглобина

2) увеличение активности АСТ

3) появление С-реактивного белка

4) увеличение активности щелочной фосфотазы

5) увеличение МВ-фракции КФК

007. При наличии характерной клинической картины для установления диагноза крупноочагового инфаркта миокарда

1) Достаточно регистрации патологического зубца Q с подъемом сегмента ST.

2)Желательно определение активности ферментов сыворотки крови в динамике.

3)Обязательно проведение эхокардиографии, радионуклидной вентрикулографии или коронароангиографии.

4)Правильного ответа нет.

008. При наличии характерной клинической картины для установления диагноза мелкоочагового инфаркта миокарда

1) Достаточно регистрации изменений ЭКГ в динамике.

2)Обязательно определение активности ферментов.

3) Обязательно проведение эхокардиографии, радионуклидной вентрикулографии или коронарографии.

009. При физикальном обследовании у больных неосложненным инфарктом миокарда может выявляться

1)Синусовая тахикардия.

2)Увеличение частоты дыхания.

3)Приглушение тонов.

4)4 - й тон сердца.

5)Увеличение частоты дыхания, синусовая тахикардия, 4 - й тон сердца, приглушение тонов

010. ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является

1) Подъем сегмента ST.

2) Инверсия зубца Т (отрицательные зубцы Т ).

3)Патологический зубец Q.

4)Желудочковая экстрасистолия.

011. К кардиоспецифичным изоферментам относятся

1) Креатинфосфокиназа (КФК).

2) Аспарагиновая трансаминаза (АСТ).

3) Фракция МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК).

4)Лактатдегидрогеназа (ЛДГ).

012. Признаками гиповолемии при физикальном обследовании являются

1) Спадение подкожных вен.

2) Снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или отсутствие ее пульсации).

3) Отсутствие хрипов в легких.

4) Отсутствие ортопное.

5) Спадение подкожных вен, отсутствие ортопное, снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа, отсутствие хрипов в легких

013. При инфаркте миокарда увеличивается, в основном, содержание в крови изоферментов лактатдегидрогеназы (ЛДГ)

1) ЛДГ-I.

2) ЛДГ-2.

3) ЛДГ-3.

4) ЛДГ-4.

5) ЛДГ-5.

014. Повышение активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке при инфаркте миокарда можно определить

1) Через 1-2 ч.

2) Через 4-6 ч.

3) Через 8-12 ч.

4) Через 24 ч. и более.

015. При инфаркте миокарда повышенная активность лактатдегидрогеназы в сыворотке крови сохраняется

1) В течение 1-2 дней.

2) В течение 3-5 дней.

3) В течение 7-14 дней.

4) Более, чем 14 дней.

016. Повышение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется

1) Через 1-2 ч.

2) Через 4-6 ч.

3) Через 8-12 ч.

4) Не ранее, чем через 24 ч.

017. Повышенная активность креатининфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови при инфаркте миокарда выявляется

1) Через 1-2 ч.

2) Через 4-8 ч.

3) Через 12-24 ч.

4) Через 48 ч.

018. При инфаркте миокарда повышенная активность креатининфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови сохраняется

1) В течение 3-4 дней.

2) В течение 7-10 дней.

3) В течение 14-16 дней.

019. С целью диагностики инфаркта миокарда определяют следующие изоферменты креатининфосфокиназы (КФК)

1) ВВ-КФК.

2) ММ-КФК.

3) МВ-КФК.

020. Наибольшую ценность для ранней диагностики инфаркта миокарда представляет определение

1) Аспартатаминотрансферазы.

2) Аланинаминотрансферазы.

3) Креатининфосфокиназы.

4) Лактатдегидрогеназы.

021. Сцинтиграфия миокарда с пирофосфатом, меченым технецием-99м, позволяет диагностировать

1) Крупноочаговый инфаркт миокарда.

2) Мелкоочаговый инфаркт миокарда.

3) Крупноочаговый инфаркт миокарда, мелкоочаговый инфаркт миокарда

022. Лейкоцитоз при остром инфаркте миокарда выявляется

1) Через несколько часов от начала заболевания.

2) К концу первых суток.

3) На вторые-третьи сутки.

4) Обычно не выявляется вовсе.

023. Лейкоцитоз при инфаркте миокарда неосложненного течения сохраняется

1) 1 - 2 дня.

2) 3 - 7 дней.

3) Обычно до 20 дней.

024. При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура

1) Появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания.

2) Появляется обычно на второй день заболевания.

3) Появляется на 3- 4 день заболевания.

4) Появляется в более поздние сроки.

025. При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается

1) Через несколько часов от начала заболевания.

2) В течение первых суток болезни.

3) В течение вторых суток болезни.

4) Через 7-12 дней от начала заболевания.

ОТВЕТЫ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 001- 3  | 006 -5 | 011 -3 | 016 -3 | 021 – 3 |
| 002- 2  | 007 -1 | 012 -5 | 017 -2 | 022 -1 |
| 003 –3 | 008 -2 | 013 -1 | 018 – 1 | 023 -2 |
| 004 -5 | 009 -5 | 014 -4 | 019 -3 | 024 -2 |
| 005 - 5 | 010 -3 | 015 -3 | 020 – 3 | 025 -4 |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача №1**

У больного 60 лет в течение 10 лет отмечаются загрудинные боли утром при ходьбе, быстро проходящие при остановке или приеме нитроглицерина. Регулярно лечился. Курит по 10 сигарет в день. Несколько часов назад развились интенсивные боли за грудиной, не полностью купировавшиесянитроглицерином. Госпитализирован в БИТ. Объективно: рост -170 см, масса тела - 80 кг, АД -120/80 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. Во время осмотра появились повторные
загрудинные боли, потребовавшие применения морфия. На ЭКГ: левограмма,
отрицательный Тщ, АЛТ, АсАТ повторно - 0.4-0.5 ммоль/л/ч.

1. Основное заболевание?

2. Оцените происхождение болевых приступов, аргументы "за" и "против" инфаркта миокарда.

3. Методы контроля за больным?

4. Тактика лечения?

**Задача №2**

Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. Втечение10лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт.ст.Объективно:ЧДД-20в минуту, в легких хрипов нет. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. АД - 150/90 мм рт. ст. В остальном - без особенностей.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Диагноз инфаркта миокарда подтвержден ЭКГ. В БИТе начато лечение: дроперидол, фентанил, 1% нитроглицерин в/в, строфантин, гепарин, клофелин. Укажите неправильное (избыточное) лечение.
3. Проведено обследование: ЭКГ, АЛТ, анализ крови, газы и электролиты крови, КЩС, мочевина, билирубин крови, центральное венозное давление. Какие исследования не нужны, какие обязательные не назначены?
4. Со 2-го дня самочувствие удовлетворительное, болей, одышки нет. АД - 160/95 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту, экстрасистолы 4-6 минут. Какое лечение наиболее показано?
5. На 20-й день появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура - 37.8°С, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать?
6. Какое требуется дополнительное лечение?

 **Задача №3**

Больной 55 лет, в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной - при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки. Повторно принимал нитроглицерин без эффекта. Осмотрен врачом скорой помощи через 3 часа. В прошлом много лет курил. Состояние тяжелое. Боли продолжаются, беспокоен. Повышенного питания. Конечности бледно-цианотичные, влажные, холодные. Пульс - 120 в минуту, вялый, мягкий. Имеется пульсация в III межреберье по левой парастернальной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД - 75/50 мм рт. ст. ЧД - 24 в минуту. В легких хрипов нет. Температура - 37°С. Шейные вены не набухшие. Бригадой СМП произведено: морфий 1% 1.0 п/к, затем дроперидол и фентанил п/к, строфантин 0.05-0.75 в/в, допамин в/в, начиная с 5 мкг/кг. Через 30 минут АД повысилось до 95/70 мм рт. ст. и больной был госпитализирован.

1. Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?
2. Как оценить ночной приступ болей?
3. Осложнение?
4. Что ожидается на ЭКГ?
5. Оцените лечение СМП.

**Задача №4**

Больной, 52 лет, доставлен в БИТ в бессознательном состоянии. Со слов родственников около 2х часов до поступления у больного возник приступ резких, загрудинных болей, без эффекта от приема нитроглицерина.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 в минуту, АД 60/30 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие исследования необходимы?
3. Что ожидается на ЭКГ?
4. Какое лечение показано?

**Задача №5**

У больной 52 лет, диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого развилась частая желудочковая экстрасистолия. На мониторе периодически появляются ранние экстрасистолы типа «R» на «T». В отведениях I, аVL, V1-3 зубцы QS и подъем ST выше изолинии.

1. Какой локализации и глубины поражения инфаркт миокарда?
2. Развитие какого вида аритмий возможно у больного?
3. Тактика лечения больной.

**Задача №6**

У больного, 63 лет, боли в области сердца при физической нагрузке, средней интенсивности, 2 недели назад боли стали возникать при небольшой нагрузке. В день поступления болевой приступ развился вечером в покое и продолжался 1,5 часа. Не купировался нитроглицерином, сопровождался холодным потом, слабостью. Больной госпитализирован через 4 часа от начала болевого приступа.

1. Поставте диагноз.
2. Что предшествовало данному заболеванию?
3. Какие лабораторные показатели будут изменены в момент госпитализации?

ОТВЕТЫ

**Задача №1**

1) ИБС, стенокардия напряжения.

1. Нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда. Против инфаркта миокарда -ЭКГ, отсутствие гиперферментемии.
2. Повторно ЭКГ, ферменты, гемодинамика.
3. Постельный режим, нитраты, П-блокаторы, гепарин или непрямые антикоагулянть аспирин.

**Задача №2**

1) Инфаркт миокарда. Не исключается также расслаивающая аневризма аорты,
учитывая наличие артериальной гипертензии. Перикардит маловероятен, учитывая
отсутствие связи болей с дыханием и с положением тела, нет шума трения перикарда.

1. Строфантин - так как отсутствуют признаки сердечной недостаточности; гепарин -нужно вначале определить свертываемость крови; клофелин - АД в пределах пограничных цифр; кроме того, одновременно применяется нитроглицерин и нейролептаналгезия, действующие гипотензивно.
2. Не нужны: газы крови, электролиты, КЩС, ЦВД, так как отсутствуют признаки сердечной и дыхательной недостаточности, не проводится инфузионная терапия. Мочевина и билирубин - нет показаний. Не назначены - АсАТ (более существенно дл диагноза, чем АЛТ), КФК; свертываемость крови.
3. (5-блокаторы и малые дозы аспирина.
4. О синдроме Дресслера. Показаны НПВС или преднизолон 15-20 мг/сут.
5. Повторить ЭКГ, анализ крови, велоэргометрию - для определения уровня физической работоспособности.

**Задача №3**

1) Впервые возникшая (нестабильная) стенокардия напряжения.

2) Острый инфаркт миокарда. Основания: ангинозный статус на фоне впервые возникшей

стенокардии, признаки диссинергии миокарда (атопическая пульсация) и острой сердечной недостаточности.

1. Кардиогенный шок, возможно, болевой. Основания: выраженная гипотензия, тахикардия, периферические признаки.
2. Подъем интервала S-T выпуклостью вверх, с переходом в зубец Т в I, aVL и грудных отведениях (по данным пальпации следует ожидать передний инфаркт миокарда). Патологические зубцы Q в первые 3 часа могут отсутствовать.
3. При шоке медикаменты должны вводиться внутривенно, а не подкожно или внутримышечно. Строфантин в первые часы инфаркта миокарда в отсутствие признаков застойной сердечной недостаточности не показан.

**Задача №4**

1) Инфаркт миокарда. Кардиогенный шок.

2) ЭКГ, ФКГ –МФ-фракция, АсАТ, АЛТ, свертываемость крови, протромбиновый индекс.

3) Зубцы Q, QS, подъем сегмента ST.

4) Повышение сократимости миокарда. Допамин, в/в введение жидкостей, преднизолона, оксигенотерапия, сердечные гликозиды.

**Задача №5**

1) Трансмуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда.

2) Пароксизмальная желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков.

3) Лидокаин, нитраты, антикоагулянты.

**Задача №6**

1) ИБС, инфаркт миокарда.

2) Предшествующая стенокардия.

3) Может быть: лейкоцитоз, увеличение АЛТ, АсАТ, КФК, СРБ.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать анамнез у больного с заболеваниями внутренних органов

2. Уметь провести объективное обследование больного с патологией внутренних органов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

3. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (анализы крови, мокроты клинические, биохимические)

4. Интерпретация данных ЭКГ с нарушениями ритма и проводимости.

5. Наложение электродов и снятие ЭКГ

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Диагностика Острого инфаркта миокарда (клиника, лабораторная диагностика, ЭКГ)

2. Показания для проведения коронарографии

3. Показания для проведения ЭХО КГ

**Занятие № 4**

**1.** **Тема: Эссенциальная и симптоматическая гипертонии. Дифференцированная терапия гипертонической болезни. Дифференциальная диагностика и терапия гипертонических кризов.**
**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1. Причины развития, факторы риска в развитии гипертонической болезни (ГБ).

2.Клинические проявления гипертонической болезни, их патогенетическое обоснование.

3.Современные методы диагностики артериальных гипертоний (АГ) и гипертонической болезни (эндокринные, нефрогенные, сосудистые)

4.Принципы лечения ГБ и симптоматтческих артериальных гипертоний.

5.Клиника, диагностика, принципы лечения, осложнений ГБ и АГ.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. АНТАГОНИСТ КАЛЬЦИЯ III ПОКОЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГБ

1) ренитек

2) козаар

3) гизаар

4) амлодипин /норваск/

5) клофелин

002.ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГБ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКСА

 1) центральные симпатолитики

 2) антагонисты кальция

 3) диуретики

 4) α - адреноблокаторы

003. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГБ В СОЧЕТАНИИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ α- АДРЕНОБЛОКАТОРОМ

1) эналаприл

2) нифедипин

3) доксазозин

4) гипотиазид

5) дилтиазем

004. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ НАЗНАЧИТЬ ПРЕПАРАТ

 1) нифедипин (коринфар)

 2) верапаил

 3) эналаприл

 4) атенолол

 5) клофелин

005. В ПЛАНОВОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ МОЧЕГОННЫЙ ПРЕПАРАТ

 1) фуросемид

 2) гипотиазид и индапамид (арифон)

 3) верошпирон и диакарб

 4) триампур

006. ЭНАЛАПРИЛ, ПЕРИНДОПРИЛ, КАПТОПРИЛ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ

 1) альфа-адреноблокаторов

 2) бета-адреноблокаторов

 3) ингибиторов АПФ

 4) антагонистов рецепторов ангиотензинаП

 5) антагонистов кальция

007. НИФЕДИПИН, АМЛОДИПИН, ВЕРОПАМИЛ, ДИЛТИАЗЕМ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ

 1) альфа-адреноблокаторов

 2) бета-адреноблокаторов

 3) ингибиторов АПФ

 4) антагонистов рецепторов ангиотензинаП

 5) антагонистов кальция

008. ПРОПАНАЛОЛ, СОТАЛОЛ, МЕТОПРОЛОЛ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ

 1) альфа-адренорецепторов

 2) бета-адренорецепторов

 3) ингибиторов АПФ

 4) антагонистов рецепторов ангиотензинаП

 5) антагонистов кальция

009. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 2-Й СТ., ИМЕЕТ МЕСТО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ ТИП ГЕМОДИНАМИКИ. ДЛЯ КОРРЕКЦИИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ПРЕПАРАТУ

 1) эналаприл

 2) метопролол

 3) коринфар

 4) верошпирон

 5) физиотенз

010. ТОЛЬКО С НАСТУПЛЕНИЕМ 2 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ВОЗ) ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИЗНАК

 1) гипертонические кризы

 2) дилатация сердечных полостей

 3) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии

 4) гипертрофия левого желудочка

 5) появление приступов стенокардии

011. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ТИПА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ

 1) альдостерома

 2) узелковый периартериит

 3) феохромоцитома

 4) синдром иценко - кушинга

 5) акромегалия

012. БОЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 2-Й СТ. СИСТЕМАТИЧЕСКИ ПОЛУЧАЕТ ПРОПРАНОЛОЛ, ЧЕРЕЗ ДЕНЬ - ТРИАМПУР. В АНАЛИЗЕ КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ, СВЯЗАННОЕ С ЛЕЧЕНИЕМ

 1) креатинин 0,15 ммоль/л

 2) холестерин 5 ммоль/л

 3) билирубин 25 мкмоль/л

 4) глюкоза 12 ммоль/л

 5) общий белок 80 г/л

013. У БОЛЬНОГО НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛСЯ ОТЕК ЛЕГКИХ. АД - 220/140 ММ РТ. СТ. В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕПАРАТ

 1) эналаприл

 2) коринфар

 3) бисопролол

 4) дигоксин

 5) лазикс

014. ВОЗНИКНОВЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ 55 ЛЕТ, ВЫСЛУШИВАНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В ОКОЛОПУПОЧНОЙ ОБЛАСТИ УКАЗЫВАЕТ НА ВОЗМОЖНОСТИ

 1) первичного альдостеронизма

 2) феохромоцитомы

 3) реноваскулярной гипертензии

 4) коарктации аорты

015. ДЛЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 40-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТ

 1) гипотиазид

 2) анаприлин

 3) клофелин

 4) верошпирон

 5) фуросемид

016. ПРЕПАРАТ КАПТОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

1) липофильных лекарств

2) липофильныхпролекарств, активные метаболиты которых выводятся преимущественно через почки.

3) липофильныхпролекарств, активные метаболиты которых имеют 2 пути лиминации

4) гидрофильные лекарства

017. ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛИВАЕТ ПОДЪЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕННАЯ ВЫРАБОТКА ГОРМОНА

 1) АКТГ

 2) СТГ

 3) адреналина

 4) тироксина

 5) альдостерона

018. Клиническими проявлениями гипертонического криза можно считать

1) Подъем АД выше 150/90 мм рт ст

2) Сильная головная боль

3) Подъем АД выше 200/100 мм рт ст

4) Подъем АД выше 140/90 мм рт ст, сопровождающееся головной болью и ухудшением общего самочувствия

019. Факторы риска развития Гипертонической болезни

1) Возраст

2) Наследственность

3) Ожирение

4) Гиподинамия

5) Все перечисленное

020. Препарат выбора для лечения гипертонии у беременных

1) Ингибиторы АПФ

2) В-адреноблокаторы

3) допегит

4) мочегонные

**Эталоны ответов.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Номер тестового задания | Номер тестового задания | Номер тестового задания | Номер тестового задания |
| 001 – 4 | 006 – 3 | 011 – 3 | 016 – 1 |
| 002 – 1 | 007 – 5 | 012 – 4 | 017 – 3 |
| 003 – 3 | 008 – 2 | 013 – 5 | 018 - 4 |
| 004 – 3 | 009 – 2 | 014 – 3 | 019 - 5 |
| 005 – 2 | 010 – 4 | 015 – 4 | 020 - 3 |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача№ 1**

Больной 65 лет, жалобы на головные боли, шум в голове, одышку и боли в икроножных мышцах при подъеме на первый этаж, сухость во рту, запоры, сонливость. Артериальная гипертензия 15 лет, получает гемитон по 1 табл. 2 раза в сутки. Курил с 30 лет по 10 сигарет в день. 3 года не курит.

Объективно: масса тела 65 кг, рост 168 см. В легких немного влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов, в задне-нижних отделах.ЧД 20 в минуту. Сердце: акцент II тона и грубый систолический шум на аорте. АД 180/105 мм рт.ст. Пульс 88 в минуту. Пульсация на артериях стопы отсутствует.

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Глюкоза крови 4,5 ммоль/л, мочевая кислота 280 ммоль/л, белок 65г/л, креатинин 70 ммоль/л.

1) Дайте характеристику артериальной гипертензии, объясните шум на аорте.

2) Оцените все жалобы больного

3) Какие гипотензивные препараты противопоказаны данному больному и почему?

4) Какие методы контроля за назначенным лечением?

**Задача№2**

Больная 55 лет, предъявляет жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, сердцебиение, чувство тревоги, плохой сон. В течение 5 лет находят повышение АД190/90 мм рт.ст.Пульс 96 в минуту, ритмичный, тоны ясные, дующий систолический шум на верхушке, ЭКГ без особенностей. У матери больной гипертоническая болезнь.

1. Стадия заболевания?
2. Какая форма артериальной гипертензии?
3. Какие заболевания следует исключить у данной больной.

**Задача№3**

У больного 60 лет на фоне гипертонического криза возникло носовое кровотечение.

1. В каких условиях целесообразно оказание помощи?
2. Какие методы остановки кровотечения могут быть использованы в домашних условиях?
3. Какова последовательность методов оказания помощи в условиях стационара?

**Задача№4**

Больной 54 лет, поступил с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца, возникающие при физической нагрузке. В течение 5 лет повышения АД до 190/100 мм рт.ст., привычные цифры АД 140/95 мм рт.ст. В последние 2 года возникают боли за грудиной во время подъема АД, быстро купируются нитроглицерином. Ощущения перебоев в работе сердца появились в течение полугода.

Объективно: границы сердца расширены влево на 2 см, тоны приглушены, аритмичны, акцент II тона на аорте. Пульс 88 в минуту, АД 175/100мм рт.ст.

На ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, ритм синусовый, желудочковая экстрасистолия. Анализ крови и мочи без изменений.

1) Определите стадию гипертонической болезни?

2) Как объяснить загрудинные боли?

3) Какая характеристика экстрасистолии требуется?

4) Какой препарат выбора для данного больного?

**Задача№5**

Больная В, 65 лет жалуется на головную боль, преимущественно в затылочной области, утомляемость, раздражительность, плохой сон, неприятный ощущения в области сердца. Болеет около 10 лет, периодически отмечает повышение АД до 170- 180/100 мм рт ст¸ периодически принимает папаверин, капотен. Регулярно АД не измеряет. Накануне физическое переутомление, недосыпание.

*При поступлении* в стационар состояние средней степени тяжести. Отмечается небольшое увеличение сердца влево, акцент II тона над аортой. Пульс 82 в мин. ритмичный, несколько напряжен. АД 175/100. При обследовании в других органов патологических изменений не выявлено.

Дополнительно: в анализе крови без изменений. В ан. мочи следы белка, 2-3 лейкоцита в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 80 в мин. отклонение электрической оси влево, умеренно метаболические изменения миокарда.

1. Какие изменения Вы предполагаете обнаружить при исследовании глазного дна?

2. Оценка данных дополнительных методов исследования?

3.Сформулируйте развернутый клинический диагноз?

4. Дифференциально – диагностический алгоритм?

5. Назначение лекарственных препаратов с объяснением их механизма действия.

**Эталоны ответов:**

**Задача№1**

1) Хроническая систоло-диастолическая, III стадия (сердечная недостаточность, атеросклероз, гипертрофия левого желудочка). Шум на аорте. Вероятно проявления ее атеросклероза.

2) Головные боли, шум в голове- вероятные проявления дисциркуляции; одышка- сердечная недостаточность; боли в ногах перемежабющаяся хромота; прочие-побочные проявления гемитона.

3) β-блокаторы (стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей), резерпин- сухость во рту; апрессин- тахикардия в покое.

4) АД лежа и стоя, диурез, масса тела, электролиты.

**Задача№2**

1. Первая
2. Лабильная
3. НЦД,феохромоцитому.

**Задача№3**

1. Стационарное, терапевтическое отделение.
2. Холод на затылок, на переносицу
3. Гипотензивная терапия, тампонада носа

**Задача№4**

1. III стадия гипертонической болезни.
2. ИБС, стенокардией напряжения.
3. Частота, топика, дефицит пульса.
4. β-адреноблокаторы.

**Задача№5**

1) Сужение артерий и расширение вен в области желтого пятна.

2) Гипертрофия левых отделов сердца, гипертоническая почка.

3) ГБ II риск 2, НК 0

4) Мониторинг АД, контроль ЭКГ, УЗИ почек, ан. мочи по Нечипоренко, Б/хим. Ан крови, липидный спектр, сахар крови, мочевина, креатинин. Консультация невропатолога.

5) Ингибиторы АПФ, тиазидовые диуретики (возможно сочетание с в-адреноблокаторами или антагонистами СА)

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать жалобы и анамнез у больного с гипертонической болезнью.

2. Уметь провести объективное обследование больного с ГБ

3. Уметь снять ЭКГ и уметь интерпретировать полученные данные (ЭКГ, ЭхоКГ)

4.Уметь применять алгоритм оказания неотложной помощи больным с гипертоническим кризом.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1.Основные группы гипотензивных препаратов, классификация, механизм действия.

2.Симптоматические гипертонии, классификация, клинические проявления артериальной гипертонии при заболевании почек.

**Занятие № 5**

**1.** **Дифференциальная диагностика при болях в груди. Дифференциальная диагностика болей при инфаркте миокарда с болями при неотложных состояниях: нестабильная стенокардия, ТЭЛА, расслаивающая аневризма аорты. Купирование этих состояний.**

**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1. Причины развития болевого синдрома в грудной клетке .

2. Клинические проявления ОИМ, нестабильной стенокардии

3. Прогрессирующая стенокардия, клиника, тактика ведения больных

4. Принципы лечения, неотложная помощь при ОКС

5. ОИМ, диагностика, неотложная помощь

6. Лабораторные данные дифференциальной диагностики болевого синдрома

7. Дополнительные методы исследования дифференциальной диагностики болевого синдрома в грудной клетке

8. Значение ЭКГ – диагностики при различных вариантах ОКС

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. 57-летний больной жалуется, что в течение года 1-2 раза в месяц под утро возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под левую лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина. При холтеровском мониторировании в момент приступа подъем сегмента ST в отведениях V2-V5 на 8 мм. На следующий день ST на изолинии. У больного заболевание

1) стабильная стенокардия 4-го функционального класса

2) инфаркт миокарда

3) ишемическая дистрофия миокарда

4) вариантная стенокардия

5) прогрессирующая стенокардия

002. При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчины среднего возраста обследование следует начать

1) с зондирования желудка

2) с рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта

3) с ЭКГ

4) с гастродуоденоскопии

5) с исследования мочи на уропепсин

003. У больного 60 лет РАзвилась одышка и загрудинные боли, отдающие в спину и левую руку, боли не снимались нитроглицерином и потребовали внутривенного введения морфина. При поступлении: ЧД-26 в минуту, в нижних отделах легких мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧДД 120 в минуту, АД - 90/70 мм рт. ст., печень не пальпируется, отеков нет. ДИАГНОЗ

1) инфаркт миокарда, отек легких

2) тромбоэмболия легочной артерии

3) расслаивающая аневризма аорты

4) гипертонический криз

004.У 45-летнего больного после тяжелой физической нагрузки развились резкие давящие загрудинные боли, отдающие в левую лопатку. Боли были купированы скорой помощью внутривенным введением морфина. При поступлении: заторможен, кожа бледная, влажная, губы цианотичны, ЧД-24 в мин, в легких жесткое дыхание, хрипов нет, тоны сердца глухие, пульс - 115 в мин, слабого наполнения, АД-95/75 мм рт. ст., печень не пальпируется, отеков нет. На ЭКГ: подъем сегмента ST в отведениях I, FVL, V5-V6 снижение ST в отведениях III, V1-V2. Вероятный диагноз:

1) тромбоэмболия легочной артерии

2) нижний инфаркт миокарда

3) передний распространенный инфаркт миокарда

4) передне-перегородочный инфаркт миокарда

5) передне-боковой инфаркт миокарда

005. Наиболее частой формой инфаркта миокарда является

1) Болевая.

2)Астматическая.

3) Гастралгическая.

4)Церебро-васкулярная.

006. При возникновении отека легких у больных с инфарктом миокарда показано назначение всех перечисленных препаратов, кроме

1) Морфина.

2) Нитроглицерина.

3) Преднизолона.

4) Фуросемида.

007. При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД ) у больного с острым инфарктом миокарда необходимо исключить

1) Разрыв межжелудочковой перегородки.

2) Тромбоэмболия легочной артерии.

3) Инфаркт миокарда правого желудочка.

4) Тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда правого желудочка, разрыв межжелудочковой перегородки

008. Причиной внезапного возникновения сердечной астмы или отека легких у больного с пансистолическим шумом скорее всего является

1) Разрыв свободной стенки левого желудочка.

2) Разрыв межжелудочковой перегородки.

3) Разрыв папиллярной мышцы.

009. Наибольшую ценность для ранней диагностики инфаркта миокарда представляет определение

1) Аспартатаминотрансферазы.

2) Аланинаминотрансферазы.

3) Креатининфосфокиназы.

4) Лактатдегидрогеназы.

010. Электрокардиографическим признаком инфаркта миокарда могут являться так называемые "реципрокные" изменения при

1) Высоком боковом инфаркте миокарда.

2) Инфаркте межжелудочковой перегородки.

3) Заднебазальном инфаркте миокарда.

4) Заднедиафрагмальном инфаркте миокарда.

011. При подозрении на инфаркт миокарда высоких отделов переднебоковой стенки левого желудочка рекомендуется

1) Снять ЭКГ в грудных отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья выше обычного уровня.

2) Снять ЭКГ в отведениях V4-V6 на 1-2 межреберья ниже обычного уровня.

3) Снять дополнительные отведения V7-V9.

012. Лейкоцитоз при инфаркте миокарда неосложненного течения сохраняется

1) 1 - 2 дня.

2) 3 - 7 дней.

3) Обычно до 20 дней.

013. Для инфаркта миокарда характерен лейкоцитоз

1) Со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

2) Со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо.

3) Без сдвига формулы.

014. При неосложненном инфаркте миокарда субфебрильная температура

1) Появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания.

2) Появляется обычно на второй день заболевания.

3) Появляется на 3- 4 день заболевания.

4) Появляется в более поздние сроки.

015. При неосложненном инфаркте миокарда ускорение СОЭ выявляется:

1) Уже через 1-2 часа от начала заболевания.

2) Через 6-8 часов от начала заболевания.

3) Через двое суток от начала заболевания.

4) На четвертые-пятые сутки.

016. Из нижеперечисленных неспецифических признаков при инфаркте миокарда наиболее ранними являются

1) Лихорадка.

2) Лейкоцитоз.

3) Увеличение СОЭ.

4) Увеличение содержания фибриногена в крови.

017. "Ложная" аневризма сердца - это

1) Участок миокарда с парадоксальной пульсацией, но без истончения стенки левого желудочка.

2) Аневризма, заполненная организованным тромбом.

3) Аневризма межжелудочковой перегородки.

4) "Прикрытая" перфорация.

018. Кожные покровы при кардиогенном шоке

1) Цианотичные, сухие.

2) Бледные, сухие.

3) Бледные, влажные.

4) Розовые, влажные.

019. В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит

1) Резкое снижение сократительной функции левого желудочка.

2) Стрессовая реакция на боль.

3) Артериальная гипотония.

4) Гиповолемия.

020. Больные с инфарктом миокарда, осложнившимся первичной фибрилляцией желудочков, по сравнению с остальными больными в целом характеризуются

1) Более выраженным ангинозным синдромом.

2) Более выраженными нарушениями гемодинамики.

3) Большими размерами очага некроза.

4) Все ответы правильные.

5)Правильного ответа нет.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 001 -4 | 005 – 5 | 009 – 3 | 013 – 1 | 017 - 4 |
| 002 – 3 | 006 – 3 | 010 – 3 | 014 - 2 | 018 - 3 |
| 003 – 1 | 007 – 4 | 011 - 1 | 015 – 3 | 019 – 1 |
| 004 – 4 | 008 - 3 | 012 – 2 | 016 - 2 | 020 - 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача№ 1**

У больного 47 лет, 2 недели назад при подъеме на 4 этаж возникла боль в нижней трети грудины, прошедшая в покое. В дальнейшем боли стали появляться при быстрой ходьбе, подъеме на 2й, 3й этаж.

 1. Форма стенокардии

 2.Тактика врача поликлиники

 3. Назначьте препарат для купирования боли

 4. Какие исследования нужны для подтверждения диагноза.

 5. Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

**Задача№ 2**

Больного, 62 лет, в течение 8 лет беспокоят боли в области сердца, боли возникают при прохождении 400-500 м, подъеме на 1 этаж, длятся несколько минут, проходят в покое и после приема нитроглицерина.

 1. Определите форму и функциональный класс стенокардии

 2. Какова основная причина заболевания

 3. Каков основной механизм действия нитроглицерина

 4. Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

 5. Рекомендуемая диета при данной патологии

**Задача№ 3**

Больного, 53 лет, в течение года беспокоят приступы болей за грудиной длительностью 10-15 минут, возникшие чаще ночью и предутренние часы. Физическую нагрузку переносит хорошо.

 1. Какая форма стенокардии имеется у больного

 2. Ведущий патогенетический механизм данного заболевания

 3. Какая группа лекарств, применяемая при стенокардии, противопоказана больному

 4. Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

 5. Рекомендуемая диета при данной патологии

**Задача№ 4**

У больного 60 лет, в течение 10 лет отмечаются загрудинные боли утром при ходьбе, быстро проходящие при остановке или приема нитроглицерина. Регулярно не лечился, курит по 10 сигарет в день. Несколько часов назад развились интенсивные боли за грудиной, не полностью купировавшиеся нитроглицерином. Госпитализирован в БИТ. Объективно: рост 170см, масса тела 180кг,, АД120/80мм рт.ст., пульс 80 в минуту, ритмичный. Во время осмотра появились повторные загрудинные боли, потребовавшие применение морфия.

На ЭКГ: левограмма, отрицательный ТIII, АЛТ, АсАТ повторно- 0,4 – 0,5 ммоль/л/ч.

 1. Основное заболевание.

 2. Оцените происхождение болевых приступов, аргументы «за» и «против» инфаркта миокарда.

 3. Методы контроля за больным.

 4. Тактика лечения.

 5. Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

**Задача№5**

Больной К., 49 лет, жалуется на боль в области сердца и за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, боль приступообразного характера, возникает при ходьбе по ровной местности до 300 – 500 м, сопровождается чувством страха, проходит в покое. Боли беспокоят в течение полугода. На протяжении последней недели приступы стали возникать чаще, в утренние часы, более продолжительные, сопровождаются одышкой .

Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью, отец больного перенес инфаркт миокарда.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточную массу тела. Пульс 88 в мин, ритмичен. Границы сердца расширены влево на 3 см, над верхушкой сердца I тон ослаблен, над аортой - акцент II тона, АД 170/100 мм рт ст. На ЭКГ – левограмма.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Патогенетические механизмы приступов загрудинных болей?

4. Назначьте плановую терапию данному пациенту?

5. Классификация ИБС. Назовите факторы риска ИБС

**Задача№6**

Больной 55 лет, в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физ. Нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной – при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки. Повторно принимал нитроглицерин без эффекта. Осмотрен врачом скорой помощи через 3 часа. В прошлом много лет курил. Состояние тяжелое. Боли продолжаются, беспокоен. Повышенного питания. Конечности бледно-цианотичные, влажные, холодные. Пульс 120 в минуту, вялый, мягкий. Имеется пульсация в III межреберье по левой парастернальной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД 75/50 мм рт.ст. ЧД 24 в минуту. В легких хрипов нет.Температура 37 С. Шейные вены не набухшие.

Бригадой СМП произведено: морфий 1% 1,0 п/к, затем дроперидол и фентанил п/к, строфантин 0,05 – 0,75 в\в, допамин в\в, начиная с 5 мкг/кг. Через 30 минут АД повысилось до 95/70 мм рт.ст. и больной был госпитализирован.

1. Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?

2. Как оценить ночной приступ болей?

3. Осложнение?

4. Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

5. Лабораторные маркеры поражения миокарда

**Задача№7**

Больной Б., 59 лет, жалуется на приступы стенокардии в течение 3 лет, 1 – 2 раза в неделю непродолжительная, связана с физической нагрузкой, быстро купировалась нитроглицерином. Подъемы АД до 170/90 мм рт ст, головную боль, одышка при ходьбе. В течение последней недели загрудинная боль стала появляться при малейшей физической нагрузке по несколько раз в день. В связи с чем больной вынужден принимать по 15 – 20 табл нитроглицерина в день и соблюдать постельный режим.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, ЧД 16 в мин., в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных хрипов на вдохе. Границы сердца расширены влево. Над аортой систолический шум и акцент II тона. АД 160/90 мм рт ст. Язык влажный не обложен, живот мягкий без болезненный, печень у края реберной дуги, периферических отеков нет.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 76 в мин, правильный левограмма, не глубокий отрицательный зубец Т в V4 - V6 отведениях.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Нуждается ли больной в госпитализации?

3.Этиопатогенетические механизмы заболевания, классификация стенокардии?

4. Объем необходимых обследований?

5.Лечебные мероприятия (с назначением лекарственных препаратов)?

**Задача №8**

В отделение скорой помощью доставлен больной 52 лет с диагнозом: долевая пневмония с локализацией слева в нижней доле. В приемном отделении во время осмотра больной внезапно побледнел и потерял сознание. При измерении АД было 75/50 мм рт.ст., пульс нитевидный 120 в минуту.

1)Основные этиологические факторы пневмонии?

 2) Основные фазы патогенеза пневмонии

3)Какое осложнение развилось у больного?

4)Принципы неотложной помощи?

5) С учетом чего следует проводить антибактериальную терапию?

**Задача №9**

Больная 40 лет поступила с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, повышение температуры до 38,5 С. Заболела остро 3 дня назад. Объективно: состояние средней тяжести. ЧД - 28 в мин. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, слева под лопаткой и в подмышечной области притупление, здесь же ослабленное дыхание и голосовое дрожание. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс - 98 в мин. АД - 120/80 мм рт.ст.

1)Как объяснить физикальные симптомы?

2)Что ожидается на рентгенограмме грудной клетки слева?

3)Какое обследование необходимо назначить больной?

4)Какое лечение следует назначить больной?

5) С учетом чего следует проводить антибактериальную терапию?

**Задача №10**

Мужчина 35 лет, жалуется на одышку, чувство давления в правом боку, общую слабость, температуру до 38,2 – 38.6 градусов, потливость. Заболел неделю назад, когда после переохлаждения повысилась температура до 380 С, появились сильные боли в правом боку при кашле и дыхании, недомогание Лечилась амбулаторно. Состояние оставалось прежним, указанные симптомы имеют тенденцию к нарастанию.

При осмотре: Состояние средней тяжести, ЧД - 28 в мин., кожные покровы обычной окраски повышенной влажности, легкий цианоз. Положение вынужденное - предпочитает лежать на правом боку. Грудная клетка обычной формы, правая половина отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии звук несколько укорочен справа в нижних отделах, в подмышечной области шум трения плевры. Дыхание в этой области резко ослаблено либо отсутствует, на остальном протяжении дыхание жесткое, с единичными хрипами. Сердечная тень умеренно смещена влево.При дообследовании: В анализе крови: Нв – 135г/л; э – 3,9х 1012. Лейкоцитов - 17,5 х109 /л, э – 3; п/я – 8; сег./я – 36; лимфоциты – 48; моноциты 2; СОЭ - 39 мм в час. При рентгеноскопии - ограничение подвижности правого купола диафрагмы, объизвествленные лимфоузлы в области левого корня.

1. Ваш клинический диагноз?

2. Составьте дифференциально – диагностический алгоритм

3. Дайте оценку дополнительным методам исследования?

4. Этиопатогенез заболевания?

5. Какое лечение показано больному?

**ОТВЕТЫ**

**Задача№1**

1. Впервые возникшая стенокардия напряжения

2. Госпитализация

3. Нитроглицерин

4. ЭКГ в динамике, нагрузочная проба

5. Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

**Задача№ 2**

1. Стенокардия напряжения, ФК III.

2. Атеросклероз

3. Периферический вазодилататор венозного действия

4. Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5. Диета№ 10

**Задача№ 3**

1. Стенокардия Принцметала

2. Спазм коронарных артерий

3. β-блокаторы

4.Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5. Диета№ 10

**Задача№ 4**

1. ИБС, стенокардия напряжения

2. Нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда. Против инфаркта миокарда – ЭКГ, отсутствие гиперферментемии.

3. Повторно ЭКГ, ферменты, гемодинамика.

4. Постельный режим, нитраты, β-блокаторы, гепарин или непрямые антикоагулянты, аспирин.

5.Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

**Задача№5**

1. ИБС, Стенокардия II; Гипертоническая болезнь II, риск 3.

Ожирение НК I

2. ЭКГ в динамике, при необходимости холтеровское мониторирование, проба с физической нагрузкой. Липидный спектр. Контроль уровня АД. Общеклинические исследования.

3. Атеросклероз коронарных артерий

4. Стол №10. Гипотензивные (ингибиторы АПФ, мочегонные); В- адреноблокаторы, , антиагреганты, при необходимости статины, нитраты.

5. Внезапная коронарная смерть. Стенокардия (стабильная I – IV ФК, нестабильная), ОИМ, ПИКС. Нарушение сердечного ритма. Сердечная недостаточность Ожирение, наследственность, гиперхолестеринемия, гиподинамия, стресс, артериальная гипертония

**Задача№6**

1. Впервые возникшая (нестабильная) стенокардия напряжения.

2. Острый инфаркт миокарда. Основания: ангинозный статус на фоне впервые во3. никшей стенокардии, признаки диссинергии миокарда (атопическая пульсация) и острой сердечной недостаточности.

3. Кардиогенный шок, возможно, болевой. Основания: выраженная гипотензия, тахикардия, периферические признаки.

4. Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5. Миоглобин, МВ-КФК, Тропонины I и T, ЛДГ

**Задача № 7**

1. ИБС: Прогрессирующая стенокардия. Атеросклероз аорты и венечных артерий.

 Гипертоническая болезнь II, риск 4 НК II А.

2. Да.

3. Прогрессирование атеросклероза венечных артерий, стеноз венечных артерий, дестабилизация атеросклеротической бляшки. Ухудшение коронарного кровотока

4. Коронарография. ЭКГ в динамике, липидный спектр, коагулограмма

5. Постельный режим, диета №10, антикоагулянты, дезагреганты, нитраты пролангированные, статины, в – блокаторы, антагонисты Са.

**Задача №8**

 1) Бактерии, вирусы, грибы, атипичные возбудители (микоплазма, легионелла, хламидии и т.п.)

 2) Хемотаксис, колонизация, инвазия

3)Инфекционно-токсический шок.

4) Допамин внутривенно капельно, 2-3 антибиотика внутривенно, преднизолон 60-90 мг, ингибиторы протеаз внутривенно.

5) С учетом антибиотикограммы

**Задача №9**

1) Левосторонний экссудативный плеврит: притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание и голосовое дрожание.

2) Интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей, смещение сердца вправо.

3)Пункцию плевральной полости.

4) Антибиотики широкого спектра, НПВС, аскорутин, мочегонные, возможно кортикостероиды.

5) С учетом антибиотикограммы

**Задача № 10**

1). Правосторонний фибринозный (сухой) плеврит. Туберкулез.

2). Рентгенография органов грудной клетки (при необходимости томография), анализ мокроты, с цитологическим исследованием, посев мокроты.

3) Плевральная пункция с исследованием экссудата (цитология, проба Ривальта), общеклинические исследования.

4) Туберкулез, очаг Гона слева, справа специфический процесс в легких с поражением плевры

5). Специфическое противотуберкулезное.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать анамнез у больного с заболеваниями внутренних органов

2. Уметь провести объективное обследование больного с патологией внутренних органов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

3. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (анализы крови, мокроты клинические, биохимические)

4. Уметь собрать жалобы и анамнез у коронарного больного.

5. Уметь провести объективное обследование больного с коронарным анамнезом

6. Уметь снять ЭКГ и уметь интерпретировать полученные данные (ЭКГ, ЭхоКГ)

7. Уметь выявить ЭКГ- признаки острого инфаркта миокарда

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Основные причины развития ОКС.

2. Клинические проявления ОКС. Стенокардия нестабильная

3. Прогрессирующая стенокардия, клиника, тактика ведения больных

4. Принципы лечения, неотложная помощь при ОКС

5. Острый коронарный синдром, диагностика, неотложная помощь

6. Значение ЭКГ – диагностики при различных вариантах ОКС

**Занятие № 6**

**1.** **Дифференциальная диагностика при сердечных шумах. Кардиомегалии. Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности.**
**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1. Причины формирования пороков митрального клапана

2. Роль патогенетических механизмов воспаления при ревматической лихорадке при повреждении створок митральногоклапана

3. Основные жалобы у больных с пороками митральногоклапана

4. Клинические проявления митральнойнедостаточности

5. Клинические проявления стеноза атриовентрикулярного отверстия

6. Диагностика пороков сердца

7. Тактика врача-терапевта при подозрении на порок сердца

8. Классификация ХСН

9. Современное лечение ХСН

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО

 1) ослабление 1 тона на верхушке

 2) систолический шум на верхушке

 3) акцент II тона на аорте

 4) хлопающий 1 тон на верхушке

 5) увеличение сердца влево

002. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

 1) увеличение левого желудочка

 2) увеличение давления в левом предсердии

 3) увеличение сердечного выброса

 4) снижение давления в левом желудочке

003. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

 1) увеличение левой границы сердца

 2) facies mitrales

 3) наличие мерцательной аритмии

 4) наличие "щелчка открытия" митрального клапана

 5) сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании

004. ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

 1) иррадиирует в левую подмышечную область

 2) лучше выслушивается в положении на правом боку

 3) сопровождается третьим тоном

 4) лучше выслушивается в положении на левом боку в фазе выдоха

 5) систолический шум у мечевидного отростка

005. ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА, СОЧЕТАЮЩЕЕСЯ С ПРИЗНАКАМИ, ПОХОЖИМИ НА АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

 1) гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия

 2) дилятационная кардиомиопатия

 3) рестриктивная кардиомиопатия

 4) идиопатический миокардит абрамова - фидлера

 5) тиреотоксическое сердце

006. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА ПОРОКА СЕРДЦА

 1) экг

 2) эхокардиография

 3) рентгеноскопия грудной клетки

 4) исследование крови на титры антистрептококковых антител

007.ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПАТОГНОМОНИЧЕН ПРИЗНАК

 1) набухание шейных вен

 2) асцит

 3) увеличение печени

 4) ортопноэ

 5) отеки на ногах

008. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРЕНЫЙ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

 1) систолический шум на верхушке сердца

 2) ослабленный 1-й тон на верхушке

 3) протодиастолический шум во 2-м межреберье справа

 4) пресистолический шум на верхушке

 5) ослабленный 2-й тон во 2-м межреберье справа

009. СТЕНОЗ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

 1) ревматизма

 2) инфаркта миокарда

 3) травмы грудной клетки

 4) инфекционного эндокардита

015. ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

 1) активной систолы предсердий

 2) появления мерцательной аритмии

 3) увеличения градиента давления "левое предсердие - левый желудочек"

 4) митральной регургитации

 5) растяжения левого предсердия

010. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС БЫВАЕТ

 1) при стенозе устья аорты

 2) при недостаточности митрального клапана

 3) при легочной гипертензии любого происхождения

 4) при недостаточности трикуспидального клапана

 5) при недостаточности клапана аорты

011. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПО ВСЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКЕ С ЭПИЦЕНТРОМ В 3-4 МЕЖРЕБЕРЬЯХ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА

 1) дефект межпредсердной перегородки

 2) дефект межжелудочковой перегородки

 3) открытый артериальный проток

 4) коарктация аорты

 5) стеноз легочной артерии

012 ОСОБЕННОСТЬ ПУЛЬСА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

 1) брадикардия

 2) мерцательная аритмия

 3) малый медленный

 4) высокий скорый

013. ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА, СОЧЕТАЮЩЕЕСЯ С ПРИЗНАКАМИ, ПОХОЖИМИ НА АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

 1) гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия

 2) дилятационная кардиомиопатия

 3) рестриктивная кардиомиопатия

 4) идиопатический миокардит абрамова - фидлера

 5) тиреотоксическое сердце

014. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО, УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА, ВЫРАЖЕННЫЙ СИМПТОМ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ ВО 2- МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ И ТАМ ЖЕ ОСЛАБЛЕНИЕ 2-ГО ТОНА. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

 1) систолический шум на верхушке

 2) диастолический шум на верхушке

 3) систолический шум над аортой

 4) диастолический шум над аортой

 5) систолический шум у мечевидного отростка

015. ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЗМЕНЯЕТСЯ АД

 1) не изменяется

 2) повышается только систолическое

 3) повышается только диастолическое

 4) повышается систолическое ад и понижается диастолическое

 5) понижается систолическое ад и повышается диастолическое

016. ГИПОВОЛЕМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ШОКА ЛЕЧАТ:

 1) сердечными гликозидами

 2) эуфиллином

 3) салуретиками

 4) плазмозаменителями

017. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПО ВСЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКЕ С ЭПИЦЕНТРОМ В 3-4 МЕЖРЕБЕРЬЯХ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА

 1) дефект межпредсердной перегородки

 2) дефект межжелудочковой перегородки

 3) открытый артериальный проток

 4) коарктация аорты

 5) стеноз легочной артерии

018. ПРИЗНАК ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1) набухание шейных вен

2) асцит

3) увеличение печени

4) ортопноэ

5) отеки на ногах

019. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) нитроглицерина

2) пентамина

3) дигоксина

4) лазикса

5) эуфиллина

020. СИМПТОМАМИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЮТСЯ

 1) отклонение электрической оси сердца влево

 2) смещение переходной зоны вправо

 3) высокие зубцы r в правых грудных отведениях

 4) высокие зубцы r в левых грудных отведениях

 5) глубокие зубцы s в правых грудных отведениях

**Эталоны ответов.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 001 – 4 | 006 -2 | 011 - 2 | 016 - 4 |
| 002 -2 | 007 - 4 | 012 - 4 | 017 - 2 |
| 003 –4 | 008 - 4 | 013 - 1 | 018 - 4 |
| 004 - 4 | 009 -1 | 014 - 3 | 019 - 3 |
| 005 - 1 | 010 -4 | 015 - 4 | 020 - 3 |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача №1**

Больной, 36 лет, до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, работал. На кануне поступления после значительной физ. Нагрузке появилось сердцебиение, одышка. При поступлении ритм сердца правильный, грубый интенсивный систолический шум во 2й точке, АД 110/95 мм рт. ст.

1. Какой порок сердца можно предполагать?
2. Куда должен проводиться шум?
3. Какой пульс характерен для данного порока?
4. Что, помимо шума, характерно для данного порока у больного?
5. Что может быть обнаружено на ЭКГ?

**Задача № 2.**

Больной, 72 лет, пять лет назад перенес инфаркт миокарда. Три года назад появилась одышка, два года назад впервые отекли ноги, появилась тяжесть в правом подреберье. При осмотре отмечается акроцианоз, ноги и руки на ощупь холодные. ЧД 24. Левая граница сердца увеличена на 3 см, ЧСС 108, тоны сердца аритмичны, пульс 86 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край круглый, мягкий, болезненный. Отеки ног. На ЭКГ зубцы Р не регистрируются, f - волна, интервалы R - R от 0,57 до 1,02 сек.

1.Сформулируйте диагноз.

2.Какое нарушение ритма?

3.Наметьте план обследования.

4.Предложите лечение.

5.Как профилактировать обострение сердечной недостаточности?

**Задача №3**

 На верхушке сердца выслушивается ослабленный 1 тон, функциональный систолический шум, над легочной артерией усиление и расщепление 2 тона.

1)При каком поражении сердца или сосудов может быть описанная симптоматика?

2)Сколько тонов в норме выслушивается при аускультации сердца

3)Точка аускультации митрального клапана

4) Точка аускультации аортального клапана

5) Точка аускультации клапана легочного ствола, трикуспидального клапана

**Задача №4**

 Во 2 межреберье справа от грудины пальпируется систолическое дрожание.

1)Где и какой шум услышит врач у больного?

2)Куда он будет проводиться?

3)Сколько тонов в норме выслушивается при аускультации сердца

4)Точка аускультации митрального клапана

5) Точка аускультации аортального клапана

**Задача №5**

Больной 65 лет, жалобы на головные боли, шум в голове, одышку и боли в икроножных мышцах при подъеме на первый этаж, сухость во рту, запоры, сонливость. Артериальная гипертензия 15 лет, получает гемитон по 1 табл. 2 раза в сутки. Курил с 30 лет по 10 сигарет в день. 3 года не курит.

Объективно: масса тела 65 кг, рост 168 см. В легких немного влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов, в задне-нижних отделах.ЧД 20 в минуту. Сердце: акцент II тона и грубый систолический шум на аорте. АД 180/105 мм рт.ст. Пульс 88 в минуту. Пульсация на артериях стопы отсутствует.

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Глюкоза крови 4,5 ммоль/л, мочевая кислота 280 ммоль/л, белок 65г/л, креатинин 70 ммоль/л.

1.Дайте характеристику артериальной гипертензии, объясните шум на аорте.

2.Оцените все жалобы больного

3.Какие гипотензивные препараты противопоказаны данному больному и почему?

4.Какие методы контроля за назначенным лечением?

**ОТВЕТЫ**

**Задача** №1

1.Аортальный стеноз.

2.На сосуды шеи.

3.Малый, твердый.

4.Малое пульсовое давление.

5.Признаки гипертрофии левого желудочка.

**Задача** №2

1.ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Постоянная фибрилляция предсердий, тахиформа. СН, II Б стадии (IV ф. кл.).

2.Постоянная фибрилляция предсердий, тахиформа.

3.ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки, суточный диурез, креатинин, холестерин, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, Т3, Т4, ТТГ.

4.Ингибиторы АПФ (или сартаны), диуретики (включая спиронолактон), сердечные гликозиды, бета-блокаторы (медленно титруя дозу), антикоагулянты под контролем МНО (цель – 2-3), статины.

5.Обучить больного самоконтролю, объяснив необходимость регулярного приёма препаратов и коррекции дозы диуретика по массе тела и самочувствию.

**Задача** №3

1) О поражении миокарда.

2)2 тона

3)На верхушке сердца

4)Второе межреберье справа от грудины, точка Боткина-Эрба

5)Второе межреберье слева от грудины, основание мечевидного отростка

**Задача** №4

1) Систолический шум над аортой.

2) проводится на сосуды шеи.

3) 2 тона

4) На верхушке сердца

5) Второе межреберье справа от грудины, точка Боткина-Эрба

**Задача** №5

1.Хроническая систоло-диастолическая, III стадия (сердечная недостаточность, атеросклероз, гипертрофия левого желудочка). Шум на аорте. Вероятно проявления ее атеросклероза.

2.Головные боли, шум в голове- вероятные проявления дисциркуляции; одышка- сердечная недостаточность; боли в ногах перемежабющаяся хромота; прочие-побочные проявления гемитона.

3.β-блокаторы (стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей), резерпин- сухость во рту; апрессин- тахикардия в покое.

4.АД лежа и стоя, диурез, масса тела, электролиты.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1.Уметь провести обследование больного (сбор анамнеза, объективное исследование больного – осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация сердца, пульс, артериальное давление).

2. Уметь охарактеризовать, участвовать при проведении рентгенографии сердца с контрастированным пищеводом, снятие ЭКГ и ФКГ и их чтение.

3. Уметь оценить анализы крови, биохимические анализы крови (сиаловая проба, С-реактивный белок, серомукоид, электрофоретическое исследование белков, титров антистрептококковых тел).

4. Уметь собрать жалобы и анамнез у больного с пороками сердца

5.Уметь владеть методами объективного обследования больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

6.Уметь применять диагностический и тактический алгоритм при пороках сердца

7.Уметь выписать рецепты препаратов, назначаемых для лечения данной патологии

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Кардтомегалии, причины, диагностика, клиника. Лечение

2.Современные методы лечения пороков сердца.

3. Показания для проведения ЭХО КГ.

**Занятие № 7**

**1.** **Методика обследования нефрологического больного. Дифференциальная диагностика заболеваний почек (первичный и вторичный нефротический синдром, изолированный мочевой синдром).**

**Нефротический синдром при различных заболеваниях почек.**
**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1). Какие клинические синдромы характерны для заболеваний почек (нефротический, остронефритический, мочевой, гипертонический, нарушения функции почек)

2). Характеристика мочевого синдрома, дифференциальная диагностика.

3). Какие заболевания протекают с нефротическим синдромом?

4). Какие диагностические методы наиболее достоверны при выявлении нефротического синдрома?

5). Как проводиться подбор медикаментозной терапии у больных с заболеваниями почек?

6). Какие группы препаратов наиболее часто используются для лечения больных с заболеваниями почек?

7). Современные методы исследования больных с заболеванием почек.

8). Какой диагностический и лечебный стандарт больных с патологией почек?

9). Какие клинические симптомы характерны для заболеваний почек (острый и хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, ОПН, ХПН, амилоидоз).

10). Характеристика заболеваний протекающих с нефротическим синдромом.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА В СТАДИИ ХПН ХАРАКТЕРНО

 1) анемия

 2) олигоанурия

 3) артериальная гипертония

 4) изогипостенурия

 5) все перечисленное

002. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИНФОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ

 1) величины протеинурии

 2) клубочковой фильтрации

 3) креатинина сыворотки

 4) с холестерина сыворотки

 5) канальцевой реабсорбции воды

003. ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К ВТОРИЧНОМУ АМИЛОИДОЗУ ПОЧЕК

 1) ревматизм

 2) деформирующий остеоартроз

 3) ревматоидный артрит

 4) подагра

 5) сахарный диабет

004. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХПН НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ

 1) уровень креатинина крови

 2) показатели КЩС

 3) величина клубочковой фильтрации

 4) уровень потеинурии

 5) выраженность анемии

005. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ

 1) дизурия

 2) бактериурия более 100 000 В мл

 3) деформация лоханок и чашечек почек

 4) снижение клубочковой фильтрации

 5) снижение канальцевой реабсорбции

006. МАССИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

 1) острый гломерулонефрит

 2) инфаркт почки.

 3) амилоидоз почек

4) почечно-каменная болезнь

5) гипернефрома

007. У МУЖЧИНЫ 32 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО: АД -
170/120 ММ РТ. СТ., ОТЕКОВ НЕТ, В МОЧЕ: 2,5 Г/СУТКИ БЕЛКА,
ЭРИТРОЦИТЫ - 6-10 В П/ЗР., МНОГО ЗЕРНИСТЫХ ЦИЛИИДРОЕ
КРЕАТИНИН - 88 МКМ/Л. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

 1) нефротическтй синдром

 2) хронический пиелонефрит

 3) хронический гломерулонефрит, латентная форма

 4) Хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма

 5) ХПН

008. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ

 1) артериальная гипертензия

 2) гнперкалиемия

3) повышение уровня креатинина крови

 4) олигурия

 5) анемия

009. ПРИЧИНЫ ХПН СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:

 1) хронический гломерулонефрит

 2) хронический пиелонефрит

 3) острый внутрисосудистый гемолиз

 4) амилоидоз

 5) подагра

010. ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

 1) нефротический синдром

 2) артериальная гипертензия

 3) почечная недостаточность

 4) гематурия

 5) профилактика обострений

011. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНЫ :

 1) гипоальбуминемия

 2) суточная потеря банка более 3 г/л

 3) изостенурия

 4) гиперлипидемия

 5) отеки

012. ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ШОКЕ СВЯЗАНА
СО СЛЕДУЮЩИМ

 1) гиперволемией

 2) гипотонией

 3) гиперкалиемией

 4) протеинурией

 5) азотемией

013. МАКРОГЕМАТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК
1) острый гломерулонефрит

 2) инфаркт почки.

 3) почечно-каменная болезнь

 4) гипернефрома

 5) всего перечисленного

014. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

 1) кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

 2) снижения эритрипоэтической функции почек

 3) воздействия уремических токсинов на костный мозг

 4) внутрисосудистого гемолиза

 5) всех вышеперечисленных причин

015. В КАКОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ГИПОКАЛИЕМИЯ?

 1) начальном

 2) олигурическом

 3) начальном полиурическом

 4) позднем полиурическом

 5) восстановительном

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001. | 5 | 006. | 3 | 011. | 3 |
| 002. | 1 | 007. | 4 | 012. | 2 |
| 003. | 3 | 008. | 3 | 013 | 5 |
| 004. | 4 | 009. | 3 | 014 | 5 |
| 005. | 4 | 010. | 1 | 015 | 4 |

 |  |
|  |  |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача №1**

 Больной 20 лет, поступил в тяжелом состоянии. Сонлив, отеки лица, ног, поясницы, подкожной клетчатки живота. В легких дыхание жесткое, в задне-нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглу­шены, акцент II тона на аорте. Пульс - 84 в минуту. АД - 170/130 мм рт. ст. Печень у реберной дуги. Суточный диурез - 50 мл.

*Анализ мочи:* относительная плотность - 1030, белок - 3.3 г/л, эритр. - 100-150 в п/зр., лейк. - 5-6 в п/зр., гиалиновые и зернистые цилиндры в боль­шом количестве.

*Анализ крови:* НЬ - 100 г/л, эр. - 3.0х1012/л, лейк. - 9.5х109/л, СОЭ -34 мм/час. Мочевина крови - 24.2 ммоль/л, креатинин - 520 мкмоль/л, калий сыворотки - 7.0 ммоль/л, натрий - 126 ммоль/л, хлор - 88 ммоль/л, КЩС - рН - 7.34.

*На ЭКГ:* ритм синусовый, PQ 0.26 с, нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса, зубцы Т высокие остроконечные, с узким основанием.

1. Какое заболевание почек и его форма?
2. Какая форма почечной недостаточности?
3. Как объяснить изменения на ЭКГ?
4. Какие неотложные мероприятия должны быть проведены?
5. Что делать при отсутствии эффекта?

**Задача №2**

Больной 40 лет. Жалобы на головные боли, слабость, плохой аппетит, тошноту, похудание. 10 лет - периодические приступы почечной колики, рези и боли при мочеиспускании. 5 лет - артериальная гипертензия. Ухудшение 2 месяца. С детского возраста - бронхиальная астма, периодически миг­рень, депрессивные состояния.

*Объективно:* масса тела - 60 кг, рост - 180 см. Кожа сухая, бледная, тургор снижен. АД - 140/100 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту. В легких рассеянные сухие хрипы на выдохе.

Мочевина крови - 95 ммоль/л, креатинин - 420 мкмоль/л, белок - 78 г/л, натрий - 145 ммоль/л, калий - 4.73 ммоль/л, кальций - 2 мкмоль/л. Диурез - 1200 мл.

1. Какая стадия и возможная причина
хронической почечной недостаточности?
2. Оцените состояние водно-электролитного обмена.
3. Назначить и обосновать диету данному больному.
4. В анализе мочи – лейкоциты покрывают поля зрения, повторно: при посеве – рост кишечной палочки. Какое антибактериальное лечение показано?

5)Нужно ли и какое именно гипотензивное лечение?

**Задача №3**

Больную 48 лет беспокоит слабость, жажда, снижение аппетита, увеличение выделения мочи до 3 литров в сутки. Эти явления появились 3 месяца назад и постепенно усиливаются. В анамнезе у больной хронический пиелонефрит, артериальная гипертония.

1. Какие изменения произошли в почках у данной больной?
2. Какими исследованиями подтвердить эти изменения?

**Задача №4**

 Больной 34 лет поступил в клинику с жалобами на повторные приступы
острых болей в правой поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника вниз живота и в наружные половые органы. Приступы болей сопровождаются тошнотой, рвотой.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования?

**Задача №5**

 У больного 34 лет наблюдается повышение артериального давления до
180/110 мм рт. ст., тупая боль в поясничной области, жажда. Пальпируются
обе увеличенные почки с неровной поверхностью. Мочевина крови
8.0 ммоль/л.

*Анализ мочи:* удельный вес - 1006, лейк. - до 100 в п/зр.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимо дополнительные исследования для его уточнения?
3. Лечебная тактика?

**Задача №6**

 Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на боли в правой пояс­ничной области, слабость, головную боль, ознобы. Больная заторможена, при пальпации - правая почка резко болезненна. При хромоцистоскопии индигокармин из левого устья выделяется на 4-й минуте, а справа - не вы­деляется. На обзорной рентгенограмме в проекции правого мочеточника определяется тень, подозрительная на конкремент, 0.6-0.8 см.

1).Диагноз заболевания?

2).Какие необходимо провести дополнительные исследования?
3). Лечебная тактика?

**Задача №7**

 Больная 56 лет поступила с жалобами на боли в поясничной области, отсутствие позывов к мочеиспусканию в течение двух суток, тошноту, рвоту. Кожа бледно-желтого цвета, сухая. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Перкуторно - мочевой пузырь
пуст. НЬ - 80 г/л, остаточный азот - 11 ммоль/л, калий -5.3 ммоль/л.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Методы уточнения диагноза?

**Задача № 8**

 Больная 46 лет жалуется на слабость, сильную головную боль. В анамнезе -
хронический цистит.

*При осмотре:* ЧСС - 66 в минуту. АД - 190/125 мм рт. ст. Имеются приз­наки гипертрофии левого желудочка сердца. Со стороны легких и органов брюшной полости патологии не отмечается. *Анализ крови:* НЬ - 114 г/л, СОЭ - 22 мм/час. *Анализ мочи:* относительная плотность - 1005-1010, лейк. - 10.0x109/л.

1. Ваш диагноз?
2. Вероятный механизм артериальной гипертензии?
3. Дополнительные методы исследования

для подтверждения диагноза заболевания почек?

4) Тактика лечения?

**Задача №9**

 Больная 60 лет, поступила с жалобами на головные боли, одышку, отеки,
снижения зрения. В течение 20 лет страдает тяжелой формой сахарного
диабета, постоянно получает большие дозы инсулина. Последние 5 лет обнаружены изменения в моче, подъем АД, отеки на лице и ногах.
*Объективно:* состояние средней тяжести. Цианоз губ, отечность голеней.
Сердце расширено влево на 2 см, тоны приглушены, дующий систолический шум на аорте, акцент II тона. Пульс - 88 в минуту. АД - 200/100мм рт. ст. Пульс на правой стопе прощупывается с трудом.

*Анализ мочи:* уд. вес - 1018, белок - 6%, сахар - 0.5%, лейк. - до 30 в п/зр.,

эр. - 2-3 в п/зр., креатинин - 92 мкмоль/л.

*Глазное дно -* ретинопатия.

*ЭКГ -* признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Как трактовать изменения в анализах мочи, отеки и повышение АД?
2. Оцените состояние выделительной функции почек.
3. Как оценить данные пальпации пульса на ногах?
4. Изменился ли уровень гликемии за последние годы?

ОТВЕТЫ

**Задача №1**

1) Острый гломерулонефрит, смешанная (отечно-гипертоническая) форма,

1. Острая.
2. Гиперкалиемией.
3. Внутривенно глюконат кальция, бикарбонат натрия.
4. Гемодиализ.

**Задача №2**

1) Развернутая стадия (II),

почечнокаменная болезнь, хронический пиелонефрит.

1. Имеется гипогидратация (сухость и снижение тургора кожи, полиурия).
Все электролиты в пределах нормы.
2. Диета должна содержать не менее 2500 кал, из них 50 г белка, 135 г жиров, 60% полиненасыщенных, 250г углеводов. Жидкость не менее 3л, соль не ограничивается.
Указанный калораж (35 кал/кг должного веса) необходимо обеспечить, имея в виду похудание больного. Белок, в том числе полноценный, не менее 0.7 г/кг при клубочковой фильтрации не ниже 30 мл/мин. Обильное питье - в связи с полиурией и гипогидратацией. Соль не должна ограничиваться в связи с опасностью гиповолемии и аггревации почечной недостаточности.

4) Вероятно - обострение хронического пиелонефрита, что может быть причиной нарастания ХПН.Антибактериальное лечение показано,

так как может способствовать некоторой обратимости ХПН. Учитывая данные посева мочи, препаратами выбора будут ампициллин, цефалоспорины или бисептол в половинных дозах, ' например, ампициллин 0.5-1.0 х 3.

5) Клофелин 0.075 мг х 2-3 раза/сут.

При недостаточности эффекта можно увеличить дозу до 0.15 мг х 3 или добавить антагонисты кальция так как гипертензия усиливает почечную недостаточность, вызывает перегрузку сердца.

**Задача №3**

1) Развитие хронической почечной недостаточности со снижением концентрационной функции почек.

2) Проба Зимницкого, при которой следует ожидать гипоизостенурию, определение содержания в крови мочевины, креатинина, уровень которых, очевидно, повышен.

**Задача №4**

 1) Приступы почечной колики справа,

которые обусловлены миграцией камня в мочеточник.

2) УЗИ, обзорная и экскреторная урография.

**Задача №5**

1) Поликистоз почек, хронический пиелонефрит и хроническая почечная недостаточность.

1. УЗИ, обзорная рентгенография мочевой системыи сканирование почек.
2. Антибактериальная, гипотензивная и дезинтоксикационная терапия.

**Задача №6**

1) Камень правого мочеточника, острый вторичный пиелонефрит.

2) Экскреторная урография

для оценки функции пораженной и контрлатеральной почек.

3) Если с момента повышения температуры

прошло не более 1-2 суток, возможна уретеролитотомия.При более длительном периоде острого воспалительного процесса и возможном возникновении гнойного пиелонефрита

показана нефростомия с декапсуляцией почки или нефрэктомия.

**Задача №7**

1) Анурия, острая почечная недостаточность.

2) Двусторонняя катетеризация мочеточников с уретеропиелографией (для исключения их обтурации).

**Задача № 8**

1) Хронический пиелонефрит.

1. Активация системы ренин-ангиотензин.
2. Бактериурия, экскреторная урография, УЗИ почек.
3. Уросептики, гипотензивные.

**Задача №9**

1) Диабетический гломерулосклероз.

1. Стадия компенсации.
2. Атеросклерозом артерий нижних конечностей (макроангиопатия).
3. Вероятно снизился.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать анамнез у больного с заболеваниями внутренних органов

2. Уметь провести объективное обследование больного с патологией внутренних органов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

3. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (анализы крови, клинические, биохимические, анализы мочи,общий по Нечипоренко, по Зимницкому), клубочковая фильтрация.

4. Провести пальпацию почек в полодении лежа и стоя

5. По формуле посчитать СКФ (по уровню креатинина плазмы)

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Гломерулонефрит: клиника, диагностика, лечение.

2. Пиелонефрит: клиника, диагностика, лечение.

3. ОПН и ХПН: клиника, диагностика, лечение.

4. Патогенетические механизмы нефротического синдрома.

**Занятие № 8**

**1.** **Методы обследования в гематологии. Дифференциальная диагностика заболеваний крови ( анемий, геморрагического синдрома, лимфоаденопатий, спленомегалии).**
**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1.Что такое анемия?

2.Классификация анемий?

3.Назовите основные клинические синдромы анемий?

4.Какие дополнительные методы обследования используются при подозрении на анемию?

5.Каковы принципы терапии анемии?

6.В чем заключается симптоматическая терапия анемий?

7.Каков прогноз больного с анемией?

8.Дать понятие: геморрагические диатезы?

9.Какие факторы способствуют развитию геморрагических диатезов?

10.Каковы клинические симптомы геморрагических диатезов?

11.Какие изменения в крови наблюдаются при геморрагических диатезах?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ – 135, ЭР – 4,5, ЦП – 0,9, ТР – 210, ЛЕЙК – 5,6, П – 2, С – 58, Э – 2, Б – 1, Л – 30 , М – 7, СОЭ – 12. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ АНАЛИЗА

 1) имеется анемия

 2) имеется тромбоцитопения

 3) имеется сдвиг формулы влево

 4) нормальный анализ

 5) имеется лимфоцитоз

002. СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАБЛЮДАЕСЯ ПРИ

 1) гемолитической анемии

 2) железодефицитной анемии

 3) В12-дефицитной анемии

 4) остром лейкозе

 5) для сидероахрестическй анемии

003. У БОЛЬНОЙ СЛАБОСТЬ, ЧАСТЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ЛОМКОСЬ НОГТЕЙ, СЕКУЩИЕСЯ ВОЛОСЫ, ЖЕЛАНИЕ ЕСТЬ МЕЛ. В КРОВИ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ВИД АНЕМИИ

 1) в12-дефицитная

 2) железодефицитная

 3) апластическая

 4) гемолитическая

 5) сидероахрестическая

004. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ В-12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИНАДЛЕЖИТ

 1) исследования содержания сывороточного железа

 2) исследованию костного мозга

 3 ) исследованию кала на яйца глист

 4) фиброгастроскопии

005. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

 1) гипохромия эритроцитов

 2) анизо-пойкилоцитоз

 3) макроцитоз эритроцитов

 4) панцитопения

 5) повышение уровня железа в сыворотке крови

006. ФОРМА АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ

 1) гемолитическая

 2) железодефицитная

 3) смешанная с нарушением синтеза днк и рнк

 4) апластическая

 5) обусловленная дефицитом витамина в12

007. ФАКТОР, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12

 1) соляная кислота

 2) гастрин

 3) гастромукопротеин

 4) пепсин

 5) фолиевая кислота

008. СИНДРОМ ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

 1) миеломной болезни

 2) острого миелобластного лейкоза

 3) хронического миелолейкоза

 4) апластической анемии

 5) в12-дефицитной анемии

009. ЭРИТРОЦИТОЗ БУДЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

 1) врожденном пороке сердца

 2) инфекционном эндокардите

 3) гипернефроидном раке

 4) полицитемии (болезнь вакеза)

 5) болезни органов дыхания

010. ЖАЛОБЫ НА ПАРЕСТЕЗИИ В СТОПАХ И НЕУСТОЙЧИВОСТЬ ПОХОДКИ ПРИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОБУСЛОВЛЕНЫ

 1) гипокалиемией

 2) фуникулярным миелозом

 3) гипоксической энцефалопатией

 4) остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения

 5) ангиопатией артерий нижних конечностей

011. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ДЕСФЕРАЛА

 1) улучшает всасывание железа

 2) снижает всасывание железа

 3) стимулирует эритропоэз

 4) выводит железо из организма

012. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА СОДЕРЖИТСЯ В ПРОДУКТЕ

 1) грецкий орех

 2) гранат

 3) мясо

 4) яблоки

 5) печень

013. ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ ЛУЧШЕ ВСЕГО В ФОРМЕ

 1) ферритина

 2) гемосидерина

 3) гема

 4) свободного двухвалентного железа

 5) свободного трехвалентного железа

014. ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПРИ ГИПЕРХРОМНОЙ АНЕМИИ

 1) 0,8

 2) 1,2

 3) 1,0

 4) 0,9

015. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

 1) снижение кроветворения в костном мозге

 2) сохранение клеточного состава костного мозга

 3) наличие признаков гемобластоза

 4) повышение уровня сывороточного железа

 5) мегалобластический тип кроветворения

016. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АНЕМИИ У БОЛЬНОЙ 72 ЛЕТ С НВ - 81 Г/Л И Ц.П. - 1,2. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

 1) осмотическая резистентность эритроцитов

 2) уровень прямого и непрямого билирубина

 3) содержание железа сыворотки крови

 4) стернальная пункция

017. ЛЕЧЕНИЕ, НЕОБХОДИМОЕ БОЛЬНОМУ С ПЕРНИЦИОЗНОЙ АНЕМИЕЙ

 1) гемотрансфузии

 2) витамин в12 внутрь

 3) витамин в12 внутримышечно

 4) фолиевую кислоту

 5) препараты железа

018. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

 1) недоедание

 2) туберкулез легких

 3) патология желудочно-кишечного тракта, мено- и метроррагии

 4) глистные инвазии

 5) недоношенность

019. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ

 1) снижение фибриногена

 2) удлинение времени кровотечения по дюке

 3) снижение протромбинового времени

 4) удлинение времени ретракции кровяного сгустка

 5) удлинение времени свертывания крови

020. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ

 1) болезнь верльгофа

 2) эритремия (болезнь вакеза)

 3) в12-дефицитная анемия

 4) лейкозы

 5) двс-синдром

**Эталоны ответов.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Номер тестового задания | Номер тестового задания | Номер тестового задания | Номер тестового задания |
| 001 – 4 | 006 – 4 | 011 – 4 | 016 – 4 |
| 002 – 2 | 007 – 3 | 012 – 3 | 017 – 3 |
| 003 – 2 | 008 – 5 | 013 – 4 | 018 – 3 |
| 004 – 2 | 009 – 1,3,4,5 | 014 – 2 | 019 – 5 |
| 005 – 4 | 010 – 2 | 015 – 1 | 020 – 2 |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача №1**

Больная 34 лет. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, головокружение, периодически приступообразные боли в правом подреберье. Подобные жалобы беспокоят с детства, в период обострений окружающие обращали внимание на желтушность кожи и склер.

При осмотре бледность и желтушность кожи и склер. Сердце – тоны звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, в точке желчного пузыря. Печень у края реберной дуги, плотная, слегка болезненная, селезенка пальпируется на 5 см ниже реберной дуги, плотная.

Анализ крови: Нв 80, эр.2,4, цв. пок.1,0, лейк 9,8, п/я 6, с/я 67, эоз. 3, баз. 0,5, лимф. 20, тромб. 150000, ретик. 15%, СОЭ 30. Диаметр большинства эритроцитов 6,2 микрона. Реакция Кумбса- отрицательная, билирубин 28,5 ммоль/л, непрямой 26 ммоль/л.

1)Дайте гематологическую характеристику анемии.

2)Форма желтухи?

3)Что ожидается при УЗИ желчных путей?

4)Какая осмотическая резистентность эритроцитов ожидается?

5)Основной метод лечения?

**Задача №2**

Ребенок 8 месяцев, родился с массой 2900 г. Период новорожденности протекал благополучно. Имеется несовместимость крови матери и ребенка по резус-фактору. Находится на смешанном вскармливании. С 4 месяцев получает различные каши (чаще манную), иногда-овощное пюре. Перенес кишечную инфекцию. При диспансерном обследовании выявлена анемия: Нв 80, эр. 3,2, ретикулоцитоз 2,5%

При осмотре ребенок бледен, пастозен. Печень и селезенка увеличены.

1)Какая форма анемии наиболее вероятная в данном случае?

2)Какие другие изменения в анализе крови можно ожидать?

3)Каковы возможные причины анемии у данного ребенка?

4)Как следовало проводить профилактику анемии в данном случае?

5)Какие лечебные мероприятия Вы предложите?

**Задача №3**

Больная 63 лет, жалобы на общую слабость и одышку при ходьбе, постепенно нарастающие в течение нескольких месяцев. Анамнез без особенностей. Питание достаточное вредных привычек нет. Медикаменты не принимала.

Объективно: бледность и субиктеричность слизистых и кожи. Седые волосы. Язык гладкий, красный.

Анализ крови: Нв 83, эр. 2,3, ретикул. 2%, тромб. 11, лейк 3,5. Анизопойкилоцитоз, полисегментированные нейтрофилы. Железо сыворотки крови 27 мкмоль/л, билирубин 32, непрямой 27, Проба Кумбса отрицательная.

1)Какая анемия наиболее вероятная и почему?

2)Какие особенности эритроцитов могут быть обнаружены?

3)Какие могут быть изменения при неврологическом обследовании?

4)Какие возможные особенности миелограммы?

5)Какова тактика лечения?

**Задача №4**

Больная 60 лет. Поступила с жалобами на резко выраженную общую слабость, головокружение, ощущения «ватных» ног. Больна в течение 1 года.

При осмотре: одутловатость лица, бледность кожи с желтушным оттенком, субиктеричность склер. Дыхание везикулярное, тоны приглушены, систолический шум во всех точках. Сосочки языка сглажены. Печень выступает на 1 см из- под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, отеков нет.

Анализ крови: Нв 50, эр.2,2, цв. пок. 1,3, лейк. 2,5, эоз. 1%, п/я 4%, с/я 38%, лимф. 42%, мон. 11%, тромб. 70, СОЭ 40, билирубин 2,0 (34 ммоль/л), непрямой.

1)Дайте гематологическую характеристику анемии.

2)Чего не хватает в анализе крови?

3)Вероятный диагноз анемии?

4)Что ожидается в миелограмме?

5)Назначен витамин В 12 1000 мг/сут. За каим показателем необходим контроль на 5-7й день лечения?

**Задача №5**

Больная Ф., 43 года, работала маляром 14 лет, имела контакт с ароматическими углеводородами, включая бензол. 5 лет назад стала отмечать нарастающую общую слабость, утомляемость на работе, в последние 3 года – обильные и длительные менструации, появление спонтанных синяков на коже.

При осмотре: больная пониженного питания, кожа бледная, имеются экхимозы, лимфатические узлы не увеличены. АД 100/70 мм рт.ст. Пульс 96 в минуту.

Анализ крови: Нв88, эр.3,3, цв. пок. 0,8, ретикул. 2%, тромб 90, лейк. 4,6, п/я 3%, с/ 37%, лимф 44%, эоз. 8%, мон. 8%.

1)Дайте гематологическую характеристику анемии.

2)Вероятная причина геморрагий?

3)Вероятная причина заболевания?

4)Степени тяжести анемии

5)Классификация анемии по степени насыщения гемоглобином

Эталоны ответов:

**Задача №1**

1)Анемия средней тяжести, нормохромная, гиперрегенераторная.

2)Гемолитическая врожденная (болезнь Минковского-Шоффара).

3)Камни желчного пузыря.

4)Сниженная.

5)Спленэктомия.

**Задача №2**

1)Железодефицитная.

2)Снижение цветового показателя, гипохромия и микроцитоз эритроцитов; снижение уровня железа в сыворотке крови.

3)Недостаточное поступление с пищей железа и микроэлементов.

4)Своевременное введение прикорма в виде овощей, фруктов, мяса.

5)Полноценное питание, препараты железа.

**Задача №3**

1)В 12-дефицитная анемия (Аддисон-Бирмера): постепенное начало, пожилой возраст, отсутствие кровотечений и пролиферативных синдромов, глоссит, панцитопения, признаки повышенного гемолиза эритроцитов (увеличение непрямого билирубина).

2)Макроцитоз, мегалоциты, мегалобласты.

3)Наруше5ние глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей (фуникуллярный миелоз).

4)Гиперцеллюлярный костный мозг, богатый эритробластическими элементами, в том числе мегалобластами.

5)Монотерапия витамином В12 в больших дозах (1000 мкг/сут в/м) для восстановления депо витамина в печени.

**Задача №4**

1)Тяжелая, гиперхромная с панцитопенией.

2)Ретикулоцитов, морфологии эритроцитов, ядер нейтрофилов.

3)В12-дефицитная анемия.

4)Мегалобластоз.

5)Определение ретикулоцитов.

**Задача №5**

1)Анемия средней тяжести, нормохромная, гипорегенераторная.

2)Тромбоцитопения.

3)Хроническая интоксикация соединениями бензола.

4)легкой степени - уровень Нв-100-110 г/л, средней степени - уровень Нв -80-100 г/л, тяжелой степени - уровень Нв ниже 80 г/л.

5)гипохромные (цветовой показатель (ЦП) менее 0,85), нормохромные (ЦП - 0,9-1,1), гиперхромные (ЦП выше 1,1)

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать жалобы и анамнез у больного с анемией

2. Уметь провести объективное обследование больного с анемиями.

3. Уметь оценить гемограммы при различных видах анемий, их отличия.

4. Уметь составить алгоритм диагностического поиска при железодефицитной анемии.

5. Уметь распознать у больного проявления сидеропенического синдрома у обследуемых больных.

6. Уметь собрать жалобы и анамнез у больного

7. Уметь провести объективное обследование больного с геморрагическим диатезом.

8. Уметь оценить гемограммы и коагулограммы при геморрагических диатезах.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Гемофилия, генетический аспект, клинические проявления, формы, современные методы лечения.

2. Геморрагические васкулиты, этиология, клинические формы, методы лечения.

3. Аутоиммунная тромбоцитопения, диагностика, клиника, современные методы лечения

4. В-12 дефицитная анемия, этиология, клиника, неврологическая симптоматика, диагностика, лечение.

5. Гемолитическая анемия, причины развития, клинические симптомы, диагностика, лечение

**Занятие № 9**

**1.** **Методы обследования в гастроэнтерологии. Дифференциальная диагностика при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника, дисбактериоз, синдром мальабсорбции, запоры).**
**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1. Методы диагностики заболеваний кишечника.

2. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний кишечника

3. Показания для проведения эндоскопического исследования, подготовка.

4. Язвенный колит, этиология клиника, диагностика, лечение.

5. Болезнь Крона, этиология клиника, диагностика, лечение

6.СРК, этиология клиника, диагностика, лечение.

7. Запоры, причины, классификация, клиника, диффдиагноз, лечение.

8. Современные методы обследования заболеваний кишечника.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. ХАрактер боли при язвенной болезни при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки

##  1) тупая в эпигастрии

2) в правом подреберье, связанная с приемом пищи

3) постоянная в эпигастрии

4) ночные, натощак, после еды через 2-2,5 часа

5) сразу после приема пищи

 002.Больной жалуется на ночные боли в области эпигастрия, изжогу. При осмотре – положительный симптом Менделя. ДИАГНОЗ

1) хронический гастрит

2) язвенная болезнь желудка

3) рак желудка

4) хронический панкреатит

5) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

 003.При остром гастродуоденальном кровотечении не показаны

1) викалин

2) дицинон

3) мезатон

4) аминокапроновая кислота

5) хлорид кальция

 004.При рентгенологическом исследовании желудка на малой кривизне выявлена ''ниша'' с конвергенцией складок к ней. Диагноз

1) рак желудка

2) хронический гастрит

3) язвенная болезнь

4) полип желудка

5) дивертикул желудка

 005.ДЛЯ язвенной болезни характерны следующие рентгенологические признаки

1) дефект наполнения

2) ''ниша''

3) наличие антиперистальтической зоны

4) полипоз

5) расширение желудка

 006.Для обострения язвенной болезни характерны следующие признаки

1) ''голодные'' боли

2) ночные боли

3) боли через 2-2,5 часа после еды

4) эффективность от приема антацидов

5) все перечисленное

 007.При рентгенологическом исследовании у больного с язвенной болезнью характерно все, кроме

1) дефект наполнения

2) симптом ''ниши''

3) конвергенция складок

4) воспалительный вал

5) гиперсекреция

 008.осложнения быть при язвенной болезни

1) кровотечение

2) пенетрация

3) перфорация

4) стеноз привратника

5) все перечисленное

009. диагнозов наиболее вероятен при наличии болей, появляющихся ночью, через 2,5-3 часа после еды

1) холецистит

2) язвенная болезнь желудка

3) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

4) панкреатит

5) гепатит

010. метод исследования является решающим в постановке диагноза хронического калькулезного холецистита

1) дуоденальное зондирование.

2)УЗИ.

3) холецистография.

4) рентгенография желудка.

5) ретроградная панкреато – холангиография.

011.Для хронического холецистита характерны симптомы, кроме

1) симптом Кера.

2)симптом Ортнера.

3) симптом френикус.

4) симптом Менделя.

5) симптом Харитонова.

012.Выберите наиболее характерные симптомы для холангита

1) приступообразные боли в правом подреберье.

2)тошнота, рвота.

3) кратковременные боли, неустойчивый стул.

4)фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз.

 5) тупые боли в правом подреберье.

013.Больной 39 лет, наблюдается в поликлинике два года по поводу болей в правом подреберье приступообразного характера. Желтухи во время приступов не бывает. В анализах крови и мочи изменений нет. Дуоденальное зондирование – без особенностей, при холецистограмме – теней конкрементов не обнаружено. R-скопия желудка без изменений. ДИАГНОЗ

 1) хронический панкреатит.

2)дискинезия желчного пузыря гипокинетического типа.

3) хронический холецистит в стадии обострения.

4) дискинезия желчного пузыря гипертонического типа.

5) хронический холецистит в стадии ремиссии.

014 клинические симптомы из перечисленных характерны для обострения хронического холецистита, кроме

1) субфебрильная температура.

2)боли в правом подреберье.

3) боли в левом подреберье.

4) симптом Ортнера.

5) симптом Кера.

015.Самым ценным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является

1) лейкоцитоз

2) уровень аминотрансфераз крови

3) уровень амилазы крови и диастазы мочи

4) уровень щелочной фосфатазы

5) гипергликемия

016 наиболее эффективныЙ ТЕСТ в диагностике хронического панкреатита

1) определение амилазы в крови

2) сцинтиграмма поджелудочной железы

3) определение жира в кале

4) определение мышечных волокон в кале

5) все перечисленное

017. заболеваниЕ у больного, ранее не страдавшего заболеваниями ЖКТ при появлении опоясывающих болей после приема алкоголя, рвоты

1) рак желудка

2) колит

3) хронический гастрит

4) язвенная болезнь

5) острый панкреатит

018. неукротимая рвота, не приносящая облегчение больному

 характерна,

1) язвенная болезнь

2) хронический гастрит

3) хронический холецистит

4) хронический панкреатит

5) острый панкреатит

019.Для синдрома цитолиза при вирусом гепатите и других острых повреждениях печени характерно

1) повышение активности АЛТ, АСТ, ЛДГ

2) повышенный уровень щелочной фосфатазы, гипербилирубинемия

3) снижение уровня холестерина, протромбина, общего белка

4) повышение -глобулинов

5) изменение белковых осадочных проб

020.Признак, позволяющий отличить цирроз печени от первичного рака печени

1) желтуха

2) бугристая печень

3) повышение уровня аминотрансфераз

4) присутствие в биопсионном материале атипичных клеток

5) повышение уровня билирубина

021.Для хронического неактивного гепатита характерно все, кроме

1) болевой синдром

2) диспептический синдром

3) астеноневротический синдром

4) выраженный синдром печеночно-клеточной недостаточности

5) увеличение печени

022.Женщина 35 лет жалуется на кожный зуд, болеет в течение 3-х лет. При обследовании печень выступает из-под края реберной дуги на 10 см. Билирубин 96 ммоль/л, прямой – 80 ммоль/л, щелочная фосфатаза 400 ед, АЛТ 86 ед. Диагноз

1) портальный цирроз печени

2) хронический активный гепатит

3) гемолитическая желтуха

4) билиарный цирроз

5) острый вирусный гепатит

023.Гепатоспленомегалия и мелена - вызывают подозрение на

1) кровоточащую язву ДПК

2) кровоточащие вены пищевода при циррозе печени

3) тромбоз мезентериальных артерий

4) неспецифический язвенный колит

5) кровоточащую язву желудка

024. синдром цитолиза выражен в наибольшей степени

1) наследственный сфероцитоз

2) синдром Жильбера

3) хронический активный гепатит

4) желчнокаменная болезнь

5) цирроз печени

025. решающЕЕ в постановке диагноза хронического гепатита

1) вирусный гепатит в анамнезе

2) данные гистологического исследования

3) выявление в сыворотке австралийского антигена

4) субфебрилитет, иктеричность

5) боли в правом подреберье

026.Подберите признаки, характерные для алкогольного цирроза печени

1) раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертензии

2) раннее поражение ЦНС

3) раннее развитие портальной гипертензии и позднее развитие желтухи и печеноной недостаточности

4) увеличение активности щелочной фосфатазы

5) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови

027. У больного при рентгенологическом исследовании желудка выявлена «ниша» до 3 см в диаметре на большой кривизне. Диагноз

1) Язвенная болезнь.

2) Хронический гастрит

3) Полипоз желудка

4) Рак желудка

5) Дивертикул желудка

028. Для диагностики хронического гастрита используются методы, кроме:

1) Исследование желудочного сока

2) Гастробиопсия

3) ФГДС

4) УЗИ

5) R –скопия желудка

029. Наиболее информативным методом диагностики хронического гастрита является.

1) R – скопия желудка

2) Исследование желудочного сока

3) ФГДС с биопсией СОЖ

#### 4) УЗИ

5) рН - метрия

030.Положительный симптом Менделя наблюдается при обострении

1) Хронического панкреатита

2) Хронического холецистита

3) Язвенной болезни

4) Хронического гастрита

5) Хронического гепатита

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  001. Г |  | 006. Д |  | 011. Г |  | 016. Д |  | 021. Г |  | 026. В |
| 002. Д |  | 007. А |  | 012. Г |  | 017. Д |  | 022. Г |  | 027. Г |
| 003. В  |  | 008. Д |  | 013. Г |  | 018. Д |  | 023. Б |  | 028. Г |
| 004. В |  | 009. В |  | 014. В |  | 019. А |  | 024. В |  | 029. В |
| 005. Б |  | 010.Б |  | 015. В |  | 020. Г |  | 025. Б |  | 030. В |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

ЗАДАЧА №1

Больная М., 41 года, жалуется на жидкий стул (до 10 -12 раз в сутки) с примесью слизи и крови, разлитую боль в нижней части живота, снижение массы тела на 6 кг в течение последнего года. Считает себя больной около года. Неоднократно обследована в инфекционном отделении, где диагнозы острых инфекционных заболеваний были сняты.

При осмотре: больная пониженного питания, кожа дряблая сухая. Язык ярко – красный, живот мягкий, пальпация сигмовидной кишки болезненна. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 3 см, уплотнена. Пульс 86 уд/мин., ритмичный, мягкий. АД 100/60 мм рт ст. Тоны сердца ослаблены. ЧД 20 в мин. В стуле незначительное количество жидкого содержимого с примесью крови.

 В ан. крови НВ 110 г/л; ЦП – 0,76; эритроциты – 3,1х 1012 /л; тромбоцитов – 170 тыс.; лейкоцитов 8,9 х 109.; э – 4%; пал/яд.- 6%; сегм. – 62%; лимфоциты 28%; СОЭ – 37 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

3. Эндоскопические изменения при данной патологии?

4. Дифференциально-диагностический алгоритм?

5. План лечебных мероприятий?

## ЗАДАЧА № 2

 Больной 20 лет, студент диету не соблюдает, питается нерегулярно, жалуется на изжогу, боли в пилородуоденальной области, склонность к запорам. Болен в течение года не лечился.

При осмотре со стороны органов дыхания и кровообращения изменений нет, язык обложен густым белым налетом, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, печень и селезенка не увеличены.

1. О каком заболевании следует подумать?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?
4. О каком характере желудочной секреции Вы предполагаете?
5. Принципы лечения.

##### ЗАДАЧА № 3

 Больной 54 лет страдает хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией в течение 5-6 лет, лечится нерегулярно, диету не соблюдает, курит, ухудшение состояния за последний месяц. Усилилась изжога, беспокоят боли по ночам, уменьшаются после приема соды. При осмотре: со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Язык обложен белым налетом, живот болезненный в эпигастрии, печень селезенка не увеличена. Проведено ФГДС.

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какие исследования помогут в постановке диагноза?
3. Что ожидаете увидеть при проведении ФГДС?

### ЗАДАЧА № 4

Больной Н., 36 лет жалуется на периодическую тупую боль в правой подвздошной области, неустойчивый стул, частое вздутие живота, субфебрильную температуру, общую слабость, периодическую боль в суставах.

Болен около 2-х лет. В анамнезе аппендэктомия.

При осмотре: живот умеренно вздут, в правой подвздошной области при глубокой пальпации определяется болезненное опухолевидное образование, соответствующее проекции терминального отдела подвздощной кишки.

При фиброколоноскопии установлены утолщение складок слизистой оболочки и шиповидные выпячивания илеоцекального отдела; на рельефе слизистой оболочки определяются контрастные пятна гиперемии (по типу «булыжной мостовой»), щелевидные язвы, илеоцекальный переход сужен.

1. Ваш диагноз и его обоснование?

2. Какие заболевания следует исключить у данного пациента?

3. Внекишечные формы заболевания?

4. План лечебных мероприятий?

5. Прогноз заболевания?

ЗАДАЧА № 5

 Пациента Р., , исче25 лет беспокоят боли по всему животу, приступообразные, запоры чередуются с поносами. Отмечается непереносимость молока. Болен 3 года, питания пониженного. Имеются кариозные зубы. Живот болезненный в эпигастральной области, определяется болезненность при пальпации толстого кишечника, урчание по ходу кишечника. В анализе желудочного сока - максимальная общая кислотность 10 мэкв/л, свободная 5 мэкв/л.

## 1. Ваш предварительный диагноз?

## 2. Дальнейшее обследование?

ЗАДАЧА № 6

 20-ти летний студент жалуется на ночные ''голодные'' боли в эпигастрии, проходящие после приема пищи, изжогу. Заболел в мае. При осмотре: пониженного питания, язык умеренно обложен, при пальпации живота определяется болезненность в пилородуоденальной области. Положительный симптом Менделя.

1. Какой предварительный диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА № 7

 42-х летний пациент жалуется на боли в подложечной области, изжогу, которые проходят после употребления соды. Боли возникают через 20-30 мин после еды. Ухудшение состояния началось осенью. При исследовании желудочного сока выявлена повышенная секреция.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Тактика лечения.

ОТВЕТЫ

**Задача №1**

1. Неспецифический язвенный колит, тяжелая форма, подострое течение.

2. Копрограмма, ан. мочи, посев на дизгруппу, ректероманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия, консультация хирурга.

3. Язвенно – некротическое поражение слизистой отек, гиперемия, эрозии, кровоточивость слизистой) нисходящего отдела толстой кишки, поражается только собственная пластинка слизистой, в более глубокие слои процесс не распространяется).

4. Дифференциальная диагностика с кишечными инфекциями (дизентерия), диареей связанной с токсическим, лучевым поражением кишечника, болезнь Крона, опухоли толстой кишки.

5. Иммуносупрессивная терапия: глюкокортикостероиды, салазопиридин (до 1- 2 г в сутки) , ферменты, противовоспалительные, введение жидкостей.

**Задача №2**

1.Хронический гастрит.

2. Дифференцировать с язвенной болезнью, хроническим холециститом.

3. Анализ желудочного сока, ФГДС, рентгеноскопия желудка.

4. Повышение секреции желудочного сока.

5. Диета 1Б (механически и химически щадящая), антисекреторные средства, антациды.

**Задача №3**

1. Можно предположить о наличии у больного хронического гастрита с повышенной секреторной функцией.

2. Анализ желудочного сока, ФГДС, рентгеноскопия желудка.

3. Данные за поверхностный гастрит.

**Задача №4**

1.Болезнь Крона, хроническое течение. (боль в подвздошной области, неустойчивый стул, субфебрилитет, опухолевидное образование при пальпации, данные эндоскопического исследование)

2. Хронический энтероколит, опухоль кишечника, туберкулез кишечника, болезнь Уиппла, НЯК.

3. Артриты, узловая эритема, жировая дистрофия печени, первичный склерозирующий холангит, системный амилоидоз.

4. . Иммуносупрессивная терапия: глюкокортикостероиды, салазопиридин (до 1- 2 г в сутки) , ферменты, противовоспалительные, введение жидкостей.

5. При достижении стойкой ремиссии и отсутствии осложнений относительно благоприятный.

**Задача №5**

1. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью, гастрогенный колит.

2. Рентгеноскопия желудка, ФГДС с биопсией, копрология.

**Задача №6**

1. Язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки
2. Рентгенологическое исследование желудка, ФГДС

**Задача №7**

1. Язвенная болезнь с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки
2. ФГДС, рентгенологическое исследование желудка
3. Диета №1б, антисекреторные средства, антациды, гастропротекторы

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать анамнез у больного с заболеваниями внутренних органов

2. Уметь провести объективное обследование больного с патологией внутренних органов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

3. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (анализы крови, клинические, биохимические, ФГДС, дуоденальное зондирование, УЗИ органов брюшной полости)

4. Поверхностная и глубокая пальпация органов брюшной полости

5. Определение границ печени и селезенки

6. Пальпация сигмовидной кишки.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Язвенный колит: этиология клиника, диагностика, лечение.

2. Болезнь Кроеа: этиология, клиника, диагностика, лечение.

3. СРК: этиология, клиника, диагностика, лечение.

4. Запоры, причины, диагностика. Лечение.

5. Современные методы диагнстики заболеваний кишечника.

**Занятие № 10**

**1.** **Дифференциальная диагностика при гепатомегалиях и гепатолиенальном синдроме. Дифференциальная диагностика при желтухах. Хроническая печеночно-клеточная недостаточность.**
**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1. Методы диагностики заболеваний печени и желчного пузыря.

2. Дифференциальная диагностика при гепатоспленомегалиях.

3. Показания для проведения эндоскопического исследования, подготовка.

4.Хронические гепатиты, этиология клиника, диагностика, лечение.

5. Гемолитические желтухи, этиология клиника, диагностика, лечение

6. Печеночные желтухи, этиология клиника, диагностика, лечение.

7. Механическая желтуха, причины, классификация, клиника, диффдиагноз, лечение.

8. Современные методы обследования заболеваний гепато-панкреатической области.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ И ДРУГИХ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО

1) повышение активности аст, алт, лдг

2) повышение уровня щф, g-глютаматтранспептидазы, повышение b-липопротеидов, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия

3) снижение уровня холинэстеразы, протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина, гипербилирубинемия

4) повышение уровня g-глобулинов, изменение белково-осадочных проб, повышение уровня иммуноглобулинов

5) повышение уровня щелочной фосфатазы, снижение уровня холинэстеразы, повышение уровня (-глобулинов, гипербилирубинемия

002. СЛЕДУЮЩИЕ СУЖДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО АЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ ВЕРНЫ, КРОМЕ:

 1) полностью обратима в случае воздержания от алкоголя

 2) показано лечение преднизолоном

 3) сопровождается увеличением печени

 4) не ухудшает субъективной переносимости алкоголя

 5) как правило, не сопровождается повышением активности трансаминаз

003. ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ:

 1) желтуха

 2) бугристая печень

 3) повышение уровня аминотрансфераз

 4) отсутствие в крови а-фетопротеина

 5) повышение уровня билирубина

004. У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ПОРТАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ - 90 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ - 2,5 МЛН, ЛЕЙКОЦИТЫ - 3,5 ТЫС, ТРОМБОЦИТЫ - 74 ТЫС. ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ?

 1) гемолизом

 2) кровопотерей из расширенных вен пищевода

 3) гиперспленизмом

 4) нарушением всасывания железа

 5) синдромом холестаза

005. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО МАЛОАКТИВНОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

 1) болевой синдром

 2) диспептический синдром

 3) астеновегетативный синдром

 4) выраженный синдром печеночно-клеточной недостаточности

 5) увеличение печени

006. У ЖЕНЩИНЫ ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД. БОЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: ПЛОТНАЯ УВЕЛИЧЕННАЯ ПЕЧЕНЬ, ВЫСТУПАЮЩАЯ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 10 СМ. БИЛИРУБИН - 96 МКМОЛЬ/Л, ПРЯМОЙ - 80 МКМОЛЬ/Л, ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА - 400 ЕД, АЛТ - 86 ЕД. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

 1) рак печени

 2) хронический активный гепатит

 3) гемолитическая желтуха

 4) билиарный цирроз печени

 5) острый вирусный гепатит

007. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ:

 1) на кровоточащую язву 12-перстной кишки

 2) на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени

 3) на тромбоз мезентериальной артерии

 4) на неспецифический язвенный колит

 5) на кровоточащие язвы желудка

008. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ?

 1) наследственный сфероцитоз

 2) синдром Жильбера

 3) хронический гепатит с выраженной активностью

 4) желчно-каменная болезнь

 5) цирроз печени

009. У Б-ГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОЯВИЛАСЬ СОНЛИВОСТЬ, СПУТАННОЕ СОЗНАНИЕ, УСИЛИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, УМЕНЬШИЛАСЬ В РАЗМЕРАХ ПЕЧЕНЬ, ИЗО РТА СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ. ЧЕРЕЗ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ БОЛЬНОЙ ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ, ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ, АРЕФЛЕКСИЯ. ОСЛОЖНЕНИЕ?

 1) холестаз

 2) печеночная кома

 3) желудочно-кишечное кровотечение

 4) портальная гипертензия

 5) гепато-ренальный синдром

010. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

 1) вторичный билиарный цирроз

 2) хронический аутоиммунный гепатит

 3) хронический токсический гепатит

 4) новообразование печени

 5) ни одно из перечисленных состояний

011. БОЛЬНОЙ ПЕРЕНЕС ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ. ПРИ ОСМОТРЕ: ИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕР, ПЕЧЕНЬ УВЕЛИЧЕНА, МЯГКАЯ, БЕЗБОЛЕЗ. СЕЛЕЗЕНКА НЕ ПАЛЬПИР. В КРОВИ: ОБЩ. БИЛИРУБИН - 36,6 ММОЛЬ/Л, НЕПРЯМОЙ - 31,5 ММОЛЬ/Л, АСТ, АЛТ, ЩФ В НОРМЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

 1) хронический активный гепатит

 2) холангит

 3) цирроз печени

 4) постгепатитная гипербилирубинемия

 5) хронический холестатический гепатит

012. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА?

 1) вирусный гепатит в анамнезе

 2) данные гистологического исследования печени

 3) выявление в сыворотке крови австралийского антигена

4) периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия

 5) выявление в сыворотке альфа-фетопротеина

013. ПОДБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ:

 1) раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертензии

 2) раннее возникновение холестаза

3)раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной неостаточности

 4) наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности щф

 5) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови

014. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ:

 1) наличием цитолитического синдрома

 2) наличием холестатического синдрома

 3) наличием портокавальных и кава-кавальных анастомозов

 4) наличием синдрома малой печеночной недостаточности

 5) наличием паренхиматозной желтухи

015. ВСЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, КРОМЕ:

 а) набухание шейных вен

 б) спленомегалия

 в) телеангиоэктазии

 г) гинекомастия

 д) асцит

016. У БОЛЬНОГО НОЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТР ОБЛАСТИ И ПРАВ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТОШНОТА, АНОРЕКСИЯ, ОТРЫЖКА ВОЗДУХОМ. ЗЛОУПОТ АЛКОГОЛЕМ. ПОХУДАНИЕ, ТРЕМОР РУК, СУБИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕР, ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИИ. ПЕЧЕНЬ УВЕЛИЧЕНА НА 5 СМ, КРАЙ ОСТРЫЙ, ПЛОТНЫЙ. ДИАГНОЗ?

 1) острый вирусный гепатит

 2) калькулезный холецистит

 3) алкогольный цирроз печени

 4) медикаментозный гепатит

 5) рак печени

017. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ГЕПАТОМЕГАЛИИ?

 1) рак печени

 2) застойная сердечная недостаточность

 3) острый вирусный гепатит

 4) крупноузловой цирроз печени

 5) хронический миелолейкоз

018. ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

 1) сосудистые звездочки, гинекомастия, увеличение печени

 2) наличие портальной гипертензии

 3) может быть макроцитарная анемия в связи с дефицитом витамина В12

 4) обратимость процесса

019. ПРИЧИНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ:

 1) кровотечение из варикозных вен пищевода

 2) прием тиазидовых диуретиков

 3) длительный прием барбитуратов

 4) ни одна из перечисленных причин

 5) все перечисленное

020. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ:

 1) активность аст, алт, лдг

 2) уровнь щф

 3) уровнь протромбина

 4) белково-осадочные пробы

 5) реакцию кумбса

021. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

 1) исследование печеночных ферментов

 2) биопсия печени

 3) иммунологические показатели

 4) УЗИ

 5) функциональные печеночные пробы

022. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:

 а) уровень альбуминов

 б) уровень билирубина

 в) тимоловая проба

 г) уровень трансаминаз

 д) ни один из перечисленных тестов

023. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ?

 1) кровоточивость десен

 2) увеличение селезенки

 3) кожный зуд

 4) повышение аст и алт

 5) снижение уровня холинэстеразы

024. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНУЮ СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА:

 1) глюкокортикоиды и липоевая кислота

 2) декарис и интерферон

 3) делагил и витамины группы в

 4) глютаминовая кислота и декарис

 5) глюкокортикоиды и азатиоприн

025. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

 1) увеличение уровня g-глобулинов

 2) снижение уровня липопротеидов

 3) повышение щф

 4) повышение уровня аст и алт

 5) снижение уровня кислой фосфатазы

026. АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

 1) вторичного гиперальдостеронизма

 2) гипоальбуминемии

 3) портальной гипертензии

 4) всего перечисленного

 5) ничего из перечисленного

027. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ?

 1) диспепсический

 2) астенический

 3) портальная гипертензия

 4) холестаз

 5) печеночная недостаточность

028. ПЕЧЕНОЧНАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНТОКСИКАЦИИ:

 1) билирубином

 2) желчными кислотами

 3) мочевиной

 4) аммиаком

 5) кетоновыми телами

029. В ЛЕЧЕНИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ ПРИМЕНЯЮТ:

 1) детоксикацию

 2) лактулозу (дюфалак)

 3) антибиотики

 4) плазмаферез

 5) все перечисленное

030. В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ГИПЕРСПЛЕНИЗМА У БОЛЬНЫХ ХР.ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПРИМЕНЯЮТ:

 1) метилурацил

 2) пентоксил

 3) преднизолон

 4) эритропоэтин

 5) все перечисленное

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001. 1. | 006. 4 | 011. 4 | 016. 3 | 021. Б | 026. Г |
| 002. 3. | 007. 2 | 012. 2 | 017. 3  | 022. Д | 027. Г |
| 003. 4.  | 008. 3 | 013. 3 | 018. Г | 023. В | 028. Г |
| 004. 3 | 009. 2 | 014. 3 | 019. Д | 024. Д | 029. Д |
| 005. 4 | 010. 2 | 015. 1 | 020. А | 025. В | 030. В |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача №1**

Больная поступила в хирургическое отделение через 6 часов от начала заболевания. Жалуется на сильные боли в животе постоянного характера, отсутствие стула в течение 2 суток. Больная кричит от болей, требует немедленной операции. 3 года назад перенесла закрытую тупую травму живота, по поводу чего была выполнена лапаротомия, ушивание раны печени и тонкой кишки. Аналогичные боли ощущала и тогда, но после операции боли прошли.

*При поступлении* в стационар, несмотря на жалобы, состояние больной было расценено как удовлетворительное. Пульс - 82 в минуту. АД – 110/75 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в дыхании, при поверхностной пальпации - мягкий, однако резко болезненный во всех отделах. Глубокая его пальпация не вызывает неприятных ощущений, сомнительный симптом Щеткина - Блюмберга. Кишечные шумы выслушиваются, обычной интенсивности, симптом "шум плеска" не выявляется. При исследовании через прямую кишку патологии не обнаружено. Лейкоциты в крови - 7.8 х109/л Температура - 36.8°С.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования следует произвести для подтверждения
или исключения предполагаемого Вами заболевания?
3. Какова должна быть тактика?

**Задача № 2**

 Больная 38 лет. Поступила с жалобами на ноющие боли в подложечной и околопупочной области без определенной периодичности, вздутие живо­та, тошноту, иногда рвоту, чередование поносов и запоров. Больна в течение 10 лет, но к врачам никогда не обращалась, *Объективно:* состояние удовлетворительное. Рост - 165 см, масса тела 66 кг. Язык со сглаженными сосочками, имеется ангулярный стоматит, утол­щение и слоистость ногтей. Бледность кожи и слизистых. Живот несколько вздут, разлитая нерезкая болезненность в подложечной области. Месячные нерегулярные, продолжительные.

*Анализ крови:* НЬ - 95 г/л, эр. - 3.1 х 10|2/л, цв. пок. - 0.75. *Желудочный сок:* кислотность 0-0-15, не изменяется после введения гистамина.

На основании полученных данных поставлен диагноз: хронический гастрит с секреторной недостаточностью. Железодефицитная анемия средней степе­ни тяжести.

1. Какие аргументы в пользу диагноза хронического гастрита?
2. Какие признаки секреторной недостаточности?
3. Какие признаки дефицита железа? Как его подтвердить?
4. Какие методы лечения секреторной недостаточности?
5. Лечение анемии.

**Задача № 3**

 Больной 56 лет. Обратился в поликлинику с жалобами на недомогание
в течение последних двух недель, субфебрилитет, быструю утомляемость,

 катаральные явления.

*При осмотре* выявлена иктеричность кожи и склер. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. В правом подреберье пальпируется малоболезненное опухолевидное образование округлой формы, плотно-эластической консистенции. Селезенка не увеличена. С диагнозом инфекционный гепатит боль­ной был госпитализирован в инфекционную больницу.

1. Правомочен ли выставленный диагноз?
2. Как оценить образование в правом подреберье при наличии желтухи?
3. Какова причина этого синдрома?
4. Какие исследования показаны в данной ситуации?

**Задача №4**

После плановой операции по поводу хронического калькулезного холецистита у больной 42 лет, на 2-е сутки появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, потемнела моча. Уровень лейкоцитов в крови и диастазы в моче не повышен.

1) Ваше мнение относительно характера и причины желтухи? 2) Какие исследования Вы предполагаете выполнить для подтверждения своего предположения?

 3) Что следует предпринять?

**Задача № 5**

У больного 75 лет через год после холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита, появились приступы болей в правом подре­берье после еды. За 2-е суток до поступления в стационар его беспокоили выраженные боли в правом подреберье, тошнота, рвота, повышение темпе­ратуры до 38°С, ознобы. При поступлении отмечена желтушность кожи и склер. Пульс - 100 в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Лейкоциты - 18.0х109/л, диастаза в моче - 32 ЕД.

1. Ваше предположение о причине состояния больного?
2. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Лечебная тактика?

**Задача № 6**

 Больной 28 лет, переведен из инфекционной больницы. Жалобы на сла­бость, плохой аппетит, желтушность кожи и склер. 5 дней назад появились головные боли, тошнота, ноющие боли в эпигастральной области, повыше­ние температуры до 38°С. Через 2 дня желтуха с темной мочой и светлым калом. 3.5 месяца назад имел контакт с больным вирусным гепатитом. На­правлен в инфекционную больницу, где при осмотре в приемном отделении диагноз вирусного гепатита был отвергнут и больной был направлен в те­рапевтическое отделение. Анамнез жизни без особенностей. *Объективно:* выраженная желтушность кожи и склер. Температура нор­мальная. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, плотная, с острым краем. Селезенка не прощупыва­ется. Лимфоузлы не увеличены.

Билирубин - 54.3 мкмоль/л. Тимоловая проба - 12 ЕД, сулемовая проба 1.4 мл, АсАТ - 2.10 мкмоль/л, Ал AT - 2.95 мкмоль/л. Щелочная фосфата -4.1 ЕД.

*Назначено лечение:* стол N5, преднизолон 30 мг/сут, сирепар I мл в/м. аллохол 1 табл. х 3 раза, глюкоза 40% - 40.0 в/в, пенициллин 500 тыс. ед х6 раз в/м.

1. На каком основании в инфекционной больнице
был отвергнут диагноз вирусного гепатита?
2. Вероятный диагноз?
3. Какие биохимические синдромы были выявлены?
4. Каков характер желтухи?
5. Оцените назначенное лечение.

**Задача №7**

 Больной 48 лет. Жалобы на увеличение и тяжесть в животе. В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет отмечалось увеличение печени. Увеличение живота заметил 1 месяц назад.

*Объективно:* телеангиэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируются. Диурез - 700 мл. Билирубин крови - 30 мкмоль/л, АсАТ - 0.8 м.моль/мл/ч., АлАТ - 1.2 ммоль/мл/ч, протромбиновое время - 50%. Натрий крови - 135 ммоль/л, калий - 3.9 ммоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, белок - 52 г/л.

1) Ваш полный диагноз?

2) Какова причина асцита?

Определите биохимические синдромы.

1. Сделайте назначения на первую неделю.
2. Какие показатели следует наблюдать?

Какие показания для пункции асцита и введения заменителей плазмы?

**Задача № 8**

 Больной 3. 54 лет поступил по скорой помощи. Рвота с примесью крови возникла внезапно. Из анамнеза известно, что больной неоднократно лечился в стационарах по поводу цирроза печени. Ранее перенес вирусный гепатит. Алкоголь не употреблял. Больному определены группа крови и резус-фактор, катетеризирована центральная вена, начата гемостатическая терапия.

1. Что в данном случае должна включать в себя гемостатическая терапия?
2. Какие исследования Вы предложите выполнить больному
для диагностики причины кровотечения?
3. Гемостатическая терапия неэффективна! Ваша тактика?

**Задача №9**

 Больной 35 лет, поступил с жалобами на боли в правом подреберье после приема жирной пищи и эмоциональных перегрузках. Болен около 2 лет. Желтухи, повышения температуры не было.

*Объективно:* общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычного цвета. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык не обло­жен. Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увели­чены.

*Анализ мочи и крови* без изменений. Билирубин общий - 12 ммоль/л. *Холецистография:* желчный пузырь хорошо заполнен контрастным веществом, после приема яиц хорошо сократился. Теней конкрементов не обнару­жено. *Дуоденальное исследование* без особенностей.

*Рентгеноскопия желудка* в пределах нормы.

1. Диагноз и его обоснование?
2. Какая форма данной патологии вероятна?
3. Лечебная тактика?

**Задача №10**

Больной 27 лет поступил с жалобами на тупые длительные боли в правом подреберье, периодически легкая желтушность склер. Болен около 5 лет после перенесенного вирусного гепатита. Заболевание имеет волнообразное течение, обострения связаны с переутомлением, погрешностями в диете. *Объективно:* печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотная. *Анализ крови и мочи* без изменений. Билирубин - 35.4 ммоль/л, АсАТ - 0.8 ммоль/л, АЛТ - 1.5 ммоль/л.

1. Ваш вероятный диагноз?
2. Какие биохимические синдромы выявлены?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Тактика лечения?

**Задача №11**

Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастралыюй области, похудание, слабость, периодическую рвоту, отсутствие аппетита. На протяжении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Периодически лечился амбулаторно и стационарно. В последние полгода отмечает резкое ухудшение состояния.*Анализ крови:* эр. - 3.7х1012/л, НЬ - 96 г/л, лейк. - 6.7х109/л. Общий белок плазмы - 88 г/л.

1)Какое заболевание можно предположить у больного?

2)Что необходимо выполнить для верификации диагноза?

3)План лечения?

**Задача №12**

 Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, голово­кружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды был жидкий стул типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета. Пульс - 120 в минуту. АД -90/60 мм рт. ст. НЬ - 65 г/л, гематокрит - 23%. Группа крови AB([V)+.При срочной гастродуоденоскопии обнаружено, что в желудке большое количе­ство жидкости цвета "кофейной гущи" с примесью алой крови. На перед­ней стенке луковицы 12-перстной кишки определяется глубокий язвенный дефект до 1,5 см в диаметре, из которого активно поступает кровь. Эндо­скопически остановить кровотечение не удалось.

1. Какие эндоскопические методы остановки кровотечения
могут быть применены?
2. Как в этой ситуации следует поступить:
продолжать консервативную терапию
или экстренно оперировать больного?
3. Если принято решение оперировать больного, какие операции могут быть проведены в данном случае?

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

**Задача №1**

1) Несоответствие субъективных ощущений и результатов объективного обследования. Более характерно для психоневротического синдрома.

2) Обзорную рентгенографию и УЗИ брюшной полости, ирригоскопию.

3)Возможна спаечная кишечная непроходимость,
 что требует наблюдение хирурга.

С целью купирования болевого синдрома больной

можно назначить введение спазмолитиков, транквилизаторов.

**Задача №2**

1) Диспепсические симптомы, эпигастральные боли без периодичности,
разлитая болезненность, хроническое доброкачественное течение.

2 ) Тошноты, рвоты, гистаминорезистентная ахлоргидрия..

3) Сглаженные сосочки языка, изменения ногтей, ангулярный стоматит,
гипохромная анемия. Анализ крови на содержание железа.

4) Заместительная: препараты соляной кислоты, желудочный сок.

5) Прием препаратов железа, например, ферроплекса.

**Задача №3**

 1) Нет.

1. Симптом Курвуазье.
2. Давление общего желчного протока опухолью.
3. УЗИ, ретроградная панкреатография,

дуоденография с искусственной гипотонией, КТ, лапароскопия, биохимические исследования крови (на трансаминазы, щелочную фосфатазу).

**Задача №4**

 1) Механическая желтуха,

причиной которой могут быть различные заболевания

(холедохолитиаз, резидуальный камень холедоха,

перевязка и пересечение холедоха, острый панкреатит и др.)

1. Для верификации процесса Вы можете использовать:
УЗИ, ЭРПХГ, диастазы в моче.

3) Тактика будет зависеть от обнаруженной причины -
консервативное лечение или релапаротомия

с ревизией зоны оперативного пособия.

**Задача №5**

1) Холедохолитиаз, холангит, гепатит.

2) Для уточнения диагноза можете выполнить:

УЗИ, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию; биохимическое исследование крови; исследование крови на маркеры гепатита.

3) Массивная детоксикационная терапия,

введение антибиотиков широкого спектра действия.

В зависимости от результатов проведенных исследований -

решение о тактике ведения больного

(продолжение консервативной терапии или операция -

папиллосфинктеротомия с литотомией или лапаротомия,

холедохолитотомия с дренированием холедоха).

**Задача №6**

 1) Плотная увеличенная печень с острым краем

свидетельствует о хроническом, а не об остром заболевании печени. Контакт с больным вирусным гепатитом мог иметь значение только для возникновения гепатита А, однако, инкубационный период у него 2-6 недель максимально, что не соответствует срокам у данного больного.

1. Обострение хронического гепатита неясной этиологии,
до того протекавшего латентно.
2. Воспаления (осадочные пробы), цитолиза (ферментемия) и холестаза.
3. Печеночно-клеточная (паренхиматозная).
4. Сирепар не показан при активном процессе, пенициллин - в связи с отсутствием очевидной инфекции. преднизолон имеет относительные показания.

**Задача №7**

1) Портальный цирроз печени (алкогольный) в стадии декомпенсации, активная фаза.

1. Портальная гипертензия, гипопротеинемия.
Синдромы: клеточной недостаточности,
цитолиза (нерезко выраженный).
2. Постельный режим, исключение алкоголя, ограничение соли,
полноценное питание, витамины В1, Вб, верошпирон, фуросемид.
3. Ежедневно: пульс, АД, массу тела (должна уменьшаться на 200 г/сут),
окружность живота, диурез (1 л).

Повторить: натрий, калий, билирубин, белок крови.

5) Пункция брюшной полости - только при отсутствии эффекта
или плохой переносимости диуретиков.

Заменители плазмы, нативная плазма - при рефрактерном асците (в течение 3-4 недель) и выраженной гипопротеинемии.

**Задача №8**

1) Гемостатические препараты, препараты кальция, аскорбиновую кислоту

аминокапроновую кислоту, дицинон, питуитрин. Переливание крови или ее компонентов - строго по показаниям. Эндоскопические методы (клиппирование сосудов, введение клеевых субстанций, склерозируюших препаратов), применение зонда Блекмора.

2) ЭГДС.

3) При неэффективности проводимой консервативной терапии
больному показана операция - операция Таннера или гастротомия,
прошивание вен кардиального отдела желудка от пищевода.

**Задача №9**

1) Днскинезия желчных путей.

1. Гиперкинетическая.
2. Диета: стол N5, холеретики, спазмолитики, тепловые процедуры.

**Задача №10**

1) Хронический активный гепатит,

1. Синдром холестаза, цитолиза.
2. Другие печеночные пробы (осадочные, электрофорез белков,
фракции билирубина, протромбин, маркеры гепатита).
3. Диета: стол N5. Стероидные гормоны, аминохинолины.

**Задача №11**

1) Малигнизацию язвы желудка.

1. Для верификации диагноза целесообразно выполнить
ЭГДС с биопсией, УЗИ печени (метастазы).
2. При подтверждении диагноза опухоли желудка - оперативное лечение.

**Задача №12**

1) Элекгрокоагуляция, местное использованием клея,

аминокапроновой кислоты, обкалывание язвы раствором адреналина.

1. Показана экстренная операция.

Резекция 2/3 желудка или иссечение

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать анамнез у больного с заболеваниями внутренних органов

2. Уметь провести объективное обследование больного с патологией внутренних органов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

3. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (анализы крови, клинические, биохимические, ФГДС, дуоденальное зондирование, УЗИ органов брюшной полости)

4. Повнрхностная и глубокая пальпация органов брюшной полости

5. Определение границ печени и селезенки

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Хронические вирусные гепатиты, патогенез, клиника, диагностика, профилактика.

2. Болезнь Вильсона – Коновалова, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.

3. Гемахроматозы, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

4. Гепатоспленомегалии, причины, диагностика заболеваний, врачебная тактика.

**Занятие № 11**

**1.** **Дифференциальная диагностика и терапия артропатий. Ревматоидный артрит, остеоартроз, подагра. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), реактивный артрит, псориатический артрит, артропатии при заболеваниях кишечника.**
**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1. Какие заболевания протекают с суставным синдромом?

2. Какими клиническими симптомами характеризуется суставной синдром?

3. Чем отличаются понятия артрит и артроз?

4. Чем характеризуются воспалительные изменения суставов?

5. Чем отличается суставной синдром при ревматизме и ревматоидном артрите, остеоартрозе?

6. Какие рентгенологические особенности поражения суставов при ревматоидном артрите, ревматической лихорадке, остеоартрозе, подагре?

7. Какие дополнительные методы исследования помогают в дифференциальной диагностике суставного синдрома?

8. Какие группы лекарственных препаратов наиболее часто используются при наличии у больного суставного синдрома, показания для терапии, побочные эффекты?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. 50-ЛЕТНЯЯ ЖЕНЩИНА ОТМЕЧАЕТ ОПУХАНИЕ И ТУГОПОДВИЖНОСТЬ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ. В ОСТАЛЬНОМ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

 1) деформирующий остеоартроз

 2) ревматоидный артрит

 3) системная красная волчанка

 4) склеродермия

 5) подагра

002. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОМУ С УМЕРЕННЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

 1) аминохинолиновые препараты

 2) колхицин

 3) нестероидные противовоспалительные средства

 4) кортикостероиды

 5) ортопедическая операция

003. ПРИЗНАК БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АРТРИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ АРТРОЗА

 1) боли при движении

 2) хруст в суставе

 3) разрастание кости

 4) опухание и повышение кожной температуры

 5) ограничение подвижности

004. ПРИЗНАК НАИБОЛЕЕ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЙ В ОТНОШЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

 1) ограничение подвижности позвоночника

 2) напряжение прямых мышц спины

 3) двусторонний эрозивный сакроилеит при рентгенографии

 4) сглаженность изгибов позвоночника

 5) утренняя скованность позвоночника

005. У МУЖЧИНЫ 20 ЛЕТ БОЛИ В СУСТАВАХ, УРЕТРИТ, КОНЪЮНКТИВИТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

 1) псориатическая артропатия

 2) болезнь рейтера

 3) гранулематоз вегенера

 4) саркоидоз

006. ВНЕСУСТАВНОЙ СИМПТОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

 1) ревматоидные узелки

 2) интерстициальный фиброз легких

 3) васкулит

 4) нейропатия

 5) перикардит

007. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

 1) синдром рейно

 2) наличие паннуса

 3) развитие амилоидоза почек

 4) наличие остеофитов

 5) ничего из приведенного

 Правильный ответ 4

008. ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО

 1) поражение мелких суставов

 2) периартикулярный отек

 3) связь артралгий с появлением кожных высыпаний

 4) поражение крупных суставов

 5) боли разной интенсивности

009. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ 3-Й СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

 1) сужение суставной щели

 2) околосуставной остеопороз

 3) значительное разрушение хряща и кости

 4) круглые дефекты в эпифизах костей

010. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНУЮ ДЛЯ ДИАГНОЗА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА КОМБИНАЦИЮ ПРИЗНАКОВ

 1) "летучие" артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно крупных суставов

 2) стойкие артралгии, блок сустава, остеофиты

 3) острый моноартрит сустава большого пальца стопы

 4) симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов

 011. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ИМЕЮЩИЕ ЧЕРТЫ МАРКЕРА:

а) ревматоидный фактор

б) «ревматоидная кисть»

в) рентгенологические находки эрозий

г) все перечисленное

012. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВНЕСУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

1) подкожные узелки

2) дигитальный артериит

3) поражение глаз

4) поражение почек

5) все перечисленное

013. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

1) суставная

2) с висцеральными проявлениями

3) ювенильный РА

4) РА в сочетании с другими ревматическими заболеваниями

5) все перечисленное

014. У БОЛЬНОГО 20 ЛЕТ ОСТРЫЙ АРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА, УРЕТРИТ, КОНЪЮНКТИВИТ, ГИПЕРКЕРАТОЗ СТОП. ДИАГНОЗ

1) подагра

2) псориатический артрит

3) болезнь Рейтера

4) болезнь Бехтерева

5) ревматический полиартрит

015. БОЛЬНУЮ 60 ЛЕТ БЕСПОКОИТ БОЛЬ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ХОДЬБЕ, СПУСКЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ, ХРУСТ В СУСТАВЕ. ПРЕДПОЛАЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1) остеоартроз

2) подагра

3) РА

4 ) ревматический полиартрит

5) СКВ

016. КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ В АРТРОЛОГИИ:

 1) стандартные рентгенограммы суставов

2) артрография

3) компьютерная томография

4) денситометрия

5) все перечисленное

017. ЛЕЧЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ

 1) аллопуринол

 2) нестероидные противовоспалительные средства

 3) кортикостероиды

 4) иммобилизация пораженных суставов

 5) холод на стопы

018. БОЛЬНОМУ ДИАГНОСТИРОВАН ОСТРЫЙ ПРИСТУП ПОДАГРЫ. КАКОЙ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ?

 1) аллопуринол

 2) индометацин

 3) скутамил

 4) преднизолон

 5) аспирин

019. БОЛЬНОМУ ДИАГНОСТИРОВАН ОСТРЫЙ ПРИСТУП ПОДАГРЫ. ИЗМЕНЕНИЯ В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

 1) обнаружение кристаллов пирофосфата кальция

 2) лейкоциты более 10 тыс/мл

 3) обнаружение ревматоидного фактора

 4) обнаружение кристаллов мочевой кислоты

 5) лейкоциты более 15 тыс/мл

020. ОСТРЫЙ ПРИСТУП ПОДАГРЫ МОЖЕТ БЫТЬ СПРОВОЦИРОВАН

 1) переохлаждением

 2) легкой травмой

 3) злоупотреблением алкоголя и мясной пищей

 4) длительной ходьбой

021. ТОФУСЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

 1) остеофиты

 2) отложение в тканях уратов

 3) воспаление гранулемы

 4) уплотнение подкожной клетчатки

 5) все перечисленное неверно

022. НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОДАГРУ

1) ревматоидный фактор

2) волчаночные клетки

3) мочевую кислоту

4) все перечисленное

023 . ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС I ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА СТОПЫ, РЕЗКАЯ ЕГО БОЛНЗНЕННОСТЬ, ПОКРАСНЕНИЕ, ПРИСТУПЫ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ. СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1) подагра

2) РА

3) ревматический полиартрит

4) остеоартроз

5) ни одно из перечисленных

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 001 -1 | 006 - 1 | 011 – 4 | 016 - 5 | 021 - 2 |
| 002 - 3 | 007 – 4 | 012 – 5  | 017 - 2 | 022 - 3 |
| 003 - 4 | 008 - 1 | 013 – 5 | 018 - 2 | 023 - 1 |
| 004 - 3 | 009 – 1 | 014 – 3 | 019 - 4 |  |
| 005 - 2 | 010 – 4 | 015 - 1 | 020 – 3 |  |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача № 1**

У пациента 55 лет ночью появились сильные боли в левом I плюсне-фаланговом суставе. Сустав опух, кожа над ним богрово-синюшная. На ушной раковине твердые мелкие белесые образования.

1.О каком заболевании следует думать?

2.Тактика ведения больного

3. Объем необходимого обследования?

4. Принципы лечения?

5. реабилитационные мероприятия

###### Задача № 2

###### Больную 50 лет беспокоят боли в дистальных фалангах кистей рук. При осмотре мелкие узловатые уплотнения в области фаланговых суставов кистей рук. При рентгенографии определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев.

1 Предварительный диагноз?

2..Какой характер носят эти образования?

3. Лечение больной?

4. Меры профилактики

**Задача №3**

Пациенту 40 лет, в течение 27 лет наблюдаются боли в пяточно-фаланговых, проксимальных межфаланговых сочленениях, голеностопных и плюсне-фаланговых суставах, утренняя скованность в суставах обеих рук, фаланговых суставов стоп. При осмотре ограничение объема движения в указанных суставах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. В анализе крови СОЭ 30 мм/час. На R-граммах кистей рук выявляется эрозии пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов.

1.Ваш предположительный диагноз?

2.Какие лабораторные исследования необходимо провести?

3.Какие препараты следует назначить больному?

4. Трудоспособность.

**Задача №4**

Мужчина 32 лет болен в течение 2-х мес. Жалуется на боли и припухлость правого коленного сустава, частое болезненное мочеиспускание. Отмечал покраснение склер глаз. К врачу не обращался. Травм коленного сустава не было.

При осмотре: правый коленный сустав опухший, кожа над ним гиперемирована, движения в суставе ограничены. На подошвах стоп множественные папулезные высыпания. При ректальном исследовании болезненная увеличенная простата.

1.Ваш предположительный диагноз?

2.Что необходимо выяснить для уточнения диагноза?

3.План обследования

4. Лечение данного заболевания

**Задача №5**

Мужчина 28 лет обратился в клинику по поводу болей в нижней части спины, позвоночнике, длящиеся в течение 1 года. Отмечает утреннюю скованность, которая уменьшается к полудню после выполнения ряда гимнастических упражнений. Отец пациента страдал подобным заболеванием с болями в спине. При осмотре суставы нормальной конфигурации, движение в них в полном объеме. Движения в позвоночнике ограничены (сгибание, разгибание, наклоны).

1.О каком заболевании следует думать в данной ситуации?

2.Какое диагностическое исследование необходимо провести?

3. Современная диагностика заболевания

4. Лечение.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

 **Задача №1**

1.О подагре.

2. Диета, полный объем обследования, лечение

3. .Определить содержание мочевой кислоты в крове.

4.Назначить Колхицин, НПВС.

5. Физиолечение, гимнастика

**Задача №2**

1. Остеоартроз

2..Образования на дистальных фалангах кистей рук – это узелки Гебердена, характерные для остеоартроза.

3.R –графия суставов, денситометрия, уровень кальция сыворотки крови.

4. НПВС, Лечебная гимнастика, физиопроцедуры

5.Заместительная терапия (препараты кальция, женские гормоны)

**Задача №3**

1.У пациентки РА, что подтверждается постепенным симметричным поражением кистей рук и пальцев стоп ног, их припухлость, скованность по утрам. Диагноз подтверждается имеющимися рентгенологическими данными

2. Провести тест на ревматоидный фактор, исследовать мочевую кислоту в крови, определить титры стрептококковых антител, острофазовые реакции (С-реактивный белок, серомукоид, сиаловую кислоту)

3. Назначить НПВС

4. МСЭК после достижения стойкой ремиссии

**Задача №4**

1. Болезнь Рейтера

2. Клиническое сочетание коньюнктивита, уретрита и артрита является лассическим проявлением синдрома Рейтера. Кроме того, у больного отмечается кератодермия стоп, простатит, что также подтверждает диагноз.

3. Уточнить анамне, исключение половой инфекции (указание на половую инфекцию, исключить хламидиоз)

4. Антибактериальная терапимя половой инфекции

**Задача №5**

1. У пациента анкилозирующий спондилоартрит, что подтверждается такими клиническим проявлениями, как стойкие боли в спине, длительная утренняя скованность, уменьшающаяся после гимнастических упражнений, снижением объема движения в спине, тазобедренных суставах. В анамнезе подобные заболевания наблюдались в семье (болел отец, что может быть сцеплено с геном HLA – B27)

2.Сделать рентгенографию позвоночника.

3. Генетические маркеры Болезни Бехтерева

4. НПВС, при необходимости ГКС или цитостатики.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать анамнез у больного с заболеваниями внутренних органов

2. Уметь провести объективное обследование больного с патологией внутренних органов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

3. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (анализы крови, мокроты клинические, биохимические)

4. Определение болезненности при активных и пассивных движениях в суставах.

5. Чтение рентгенограмм с заболеваниями суставов.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1. Современные исследования в ревматологии и артрологии

2. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и псориатического артрита.

3. Болезнь Бехтерева, этиология, клиника, диагностика, лечение.

4. Подагрический артрит, особенности течения.

5. Артропатии при заболеваниях кишечника (язвенный колит, болезнь Крона)

**Занятие № 12**

**1.** **Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний соединительной ткани. Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Дерматомиозит.**

**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1.Определение "системная красная волчанка"( СКВ )?

2.Что имеется ввиду под термином " диффузные болезни соединительной ткани " (ДЗСТ)?

3.В чем состоят основные нарушения иммунитета при ДЗСТ ?

4.В чем заключаются основные механизмы патогенеза СКВ?

5. Как охарактеризовать общую клиническую картину при СКВ?

6. В чем особенности поражения костно-суставной системы при СКВ?

7.Что характерно для поражения сердца и сосудов при СКВ?

8.Каковы особенности поражения почек при СКВ?

9.Определение системной склеродермии

10. Основные диагностические критерии склеродермии

11. Клинические проявления склеродермии

12. Лечение склеродермии

13. Определение дерматомиозита(ДМ)

14. Классификация ДМ

15. Клинические проявления ДМ

16. Диагностика ДМ

17. Лечение ДМ

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. ДЛЯ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМ ПРИЗНАК:

 1) алопеция

 2) гиперглобулинемия

 3) повышенный титр анти-днк антител

 4) синдром Рейно

 5) анемия

002. ПРИ СКВ ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

 1) обнаружение lе-клеток в сыворотке крови

 2) увеличение СОЭ

 3) гиперглобулинемия

 4) высокий титр АНФ в сыворотке крови

 5) лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом влево

 003. ПРИ СКВ НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННО НАБЛЮДАЕТСЯ

 1) лейкопения

 2) эозинопения

 3) гемолитическая анемия

 4) реакция Ваалера - Роуза в высоком титре

004. ДЛЯ СКВ ХАРАКТЕРНО

 1) тромбоцитоз

 2) редкое развитие гломерулонефрита

 3) анкилозирование суставов

4) повышение титра антител к ДНК

005. ПРИ СКВ ХАРАКТЕРНЫ ПОРАЖЕНИЯ

 1) перикардит

 2) формирование стеноза клапанных отверстий

 3) абактериальный эндокардит Либмана - Сакса

 4) миокардит

 5) гломерулонефрит

006. БОЛЬНАЯ СКВ С ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ПОЧЕК ВТОРОЙ МЕСЯЦ ПОЛУЧАЕТ ПРЕДНИЗОЛОН В ДОЗЕ 60 МГ/СУТ. ПО ПОВОДУ ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНИ. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ, СКОРЕЕ ВСЕГО БУДЕТ

 1) тромбоцитопения

 2) синдром рейно

 3) эритема на щеках и носу

 4) содержание белка в крови 55 г/л

 5) некроз головки бедренной кости

007. ОТНОСИТЕЛЬНО СКВ ПРАВИЛЬНЫМ УТВЕРЖДЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

 1) поражение почек встречается редко

 2) выявление антинуклеарных антител является характерным лабораторным показателем

 3) эффективные методы лечения отсутствуют

 4) артрит исключает диагноз СКВ

 5) при стернальной пункции выявляется мегалобластический тип кроветворения

008. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СКВ НЕОБХЛДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ

1) определить ревматоидный фактор

2) определить мочевую кислоту

3) определить титры стрептококковых антител

4) волчаночные клетки

009. ДЛЯ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМ ПРИЗНАК

 1) алопеция

 2) гиперглобулинемия

 3) повышенный титр анти-днк антител

 4) синдром Рейно

 5) анемия

010. ДЛЯ СКВ ХАРАКТЕРНО

 1) тромбоцитоз

 2) редкое развитие гломерулонефрита

 3) анкилозирование суставов

 4) повышение титра антител к ДНК

011. ОДИН ИЗ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АРТРИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ АРТРОЗА

 1) боли при движении

 2) хруст в суставе

 3) разрастание кости

 4) опухание и повышение кожной температуры

 5) ограничение подвижности

012. НАИБОЛЕЕ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК В ОТНОШЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

 1) ограничение подвижности позвоночника

 2) напряжение прямых мышц спины

 3) двусторонний эрозивный сакроилеит при рентгенографии

 4) сглаженность изгибов позвоночника

 5) утренняя скованность позвоночника

013. У БОЛЬНОЙ, ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩЕЙ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ, В МОЧЕ - ПРОТЕИНУРИЯ ДО 3,5 Г/Л. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

 1) хронический пиелонефрит

 2) хронический гломерулонефрит

 3) интерстициальный нефрит

 4) ХПН

 5) амилоидоз почек

014. У МУЖЧИНЫ 20 ЛЕТ БОЛИ В СУСТАВАХ, УРЕТРИТ, КОНЪЮНКТИВИТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

 1) псориатическая артропатия

 2) болезнь рейтера

 3) гранулематоз вегенера

 4) саркоидоз

015. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИЗ ВНЕСУСТАВНЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН

 1) ревматоидные узелки

 2) интерстициальный фиброз легких

 3) васкулит

 4) нейропатия

 5) перикардит

016. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

 1) поражение мелких суставов кисти

 2) деформация пораженных суставов

 3) атрофия околосуставных мышц

 4) поражение сердца

 5) наличие ревматоидного фактора

017. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

 1) синдром рейно

 2) наличие паннуса

 3) развитие амилоидоза почек

 4) наличие остеофитов

018. ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО

 1) поражение мелких суставов

 2) периартикулярный отек

 3) связь артралгий с появлением кожных высыпаний

 4) поражение крупных суставов

 5) боли разной интенсивности

019. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ 3-Й СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

 1) сужение суставной щели

 2) околосуставной остеопороз

 3) значительное разрушение хряща и кости

 4) круглые дефекты в эпифизах костей

020. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНАЯ ДЛЯ ДИАГНОЗА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА КОМБИНАЦИЯ ПРИЗНАКОВ

 1) "летучие" артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно крупных суставов

 2) стойкие артралгии, блок сустава, остеофиты

 3) острый моноартрит сустава большого пальца стопы

 4) симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов

**Эталоны ответов.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Номер тестового задания | Номер тестового задания | Номер тестового задания | Номер тестового задания |
| 001 – 3 | 006 – 5 | 011 – 4 | 016 – 4 |
| 002 – 1,2,3,4 | 007 – 2 | 012 – 3 | 017 – 4 |
| 003 – 1 | 008 – 4 | 013 – 5 | 018 – 1 |
| 004 – 4 | 009 – 3 | 014 – 2 | 019 – 1 |
| 005 – 1,3,4,5 | 010 – 4 | 015 – 1 | 020 – 4 |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача№1**

Больная, 26 лет, на протяжении последнего года отмечает лихорадку с периодическим подъемом температуры тела до 38-39°С, боли в мелких и крупных суставах конечностей, резкую скованность в суставах преимущественно по утрам, значительную слабость, резкое похудение, выпадение волос на голове. В течение последних 3 месяцев выраженные отеки на нижних конечностях и лице. Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 39,20С. Истощение. Кожные покровы бледны, массивные общие отеки, асцит, гидроторакс. Определяются увеличение подмышечных, кубитальных и паховых лимфатических узлов. В легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные рассеянные сухие хрипы по всем легочным полям. Перкуторно границы сердца расширены влево (на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии). Тоны сердца глухие. Живот при пальпации мягкий, печень пальпируется на 4 см ниже края реберной дуги на срединно-ключичной линии. Пальпаторно она плотная, умеренно болезненная. Пальпируется увеличенная на 2 см селезенка. Селезенка пальпаторно также уплотнена, умеренно болезненная.

В исследовании крови отмечается анемия (снижение гемоглобина до 80 г/л, эритроцитов до 3,5×1012) лейкопения (лейкоцитов до 4×109), тромбоцитопения (тромбоцитов 80×103). Волчаночные клетки при однократном исследовании крови не обнаружены. В исследовании мочи: белка 1500 мг/л, эритроциты измененные до 20-25 в поле зрения, лейкоциты -до 10-15 в поле зрения. Суточная потеря белка - 5 граммов. В крови отмечается снижение общего белка, повышение фракции α2 и β-глобулинов, умеренная гиперхолестеринемия и гиперлипидемия.

1) Ваш диагноз?

2) Какой вариант нефрита имеет место у больной?

З) Большие диагностические критерии СКВ

4)Лабораторные исследования, имеющие прямое диагностическое значение

5)Профилактика СКВ

**Задача №2**

Больная, 42 лет, на протяжении последнего года отмечает лихорадку с периодическим подъемом температуры тела до 38-39оС, боли в мелких и крупных суставах конечностей, резкую скованность преимущественно по утрам, значительную общую слабость, резкое похудание, выпадение волос на голове. В течение последних 3 месяцев выраженные отеки на нижних конечностях и лице.

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 39.20С. Истощение. Кожные покровы бледны, массивные общие отеки, асцит, гидроторакс. Доступные пальпации лимфатические узлы увеличены. подвижны, безболезненны, плотноэластической консистенции. Суставы не изменены. При аускультации легких с обеих сторон по подмышечным линиям выслушивается шум трения плевры.

Границы сердца значительно расширены в поперечнике. Пресистолический ритм галопа. Ритм сердца правильный - 130 в 1 минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. В крови: лейкоцитов 2,4×109, формула без особенностей, Нb - 82 г/л, эритроцитов 2,9 ×1012, СОЭ - 67 мм/час. Тромбоцитов 120000 в 1 мм3. Общий белок сыворотки крови 49 г/л, альбуминов – 32%, альфа-2-глобулинов 18% гамма-глобулинов 30%. Холестерин сыворотки крови 90 ммоль/л. Клубочковая Фильтрация 80 мл в минуту. Суточная потеря белка с мочой 8,9 грамма. В моче белка 1000 мг/л, эритроциты, гиалиновые, жировые, восковидные цилиндры. Удельный вес мочи 1015-1031.

1) Какое заболевание наиболее вероятно у больной?

2) Какова функция почек?

З) Большие диагностические критерии СКВ

4)Лабораторные исследования, имеющие прямое диагностическое значение

5)Профилактика СКВ

**Задача№3**

У женщины 25 лет после родов в течение 2 месяцев отмечалась лихорадка с подъемом температуры до 39°С. Больная жаловалась также на боли, припухлость и утреннюю скованность во всех крупных и мелких, суставах конечностей. На протяжении последнего месяца появились выраженные периферические отеки.

При объективном обследовании выявлены: полиартрит, умеренная артериальная гипертония. В крови: анемия со снижением гемоглобина до 80 г/л. эритроцитов до 2,5 ×1012 при нормальном содержании лейкоцитов и тромбоцитов, ускорение СОЭ до 50 мм/час, снижение общего белка крови до 44 г/л с диспротеинемией и повышением содержания α2 и γ-глобулинов. В исследованиях мочи: гематурия (эритроцитов 5-10 в поле зрения), цилиндрурия, умеренная протеинурия (300 мг/л). Суточная потеря белка 1,2 грамма. В ряде исследований крови у пациентки обнаружены волчаночные клетки.

1) Ведущие синдромы заболевания

2) Наиболее вероятный диагноз

З) Большие диагностические критерии СКВ

4) Лабораторные исследования, имеющие прямое диагностическое значение

5) Профилактика СКВ

**Эталоны ответов:**

**Задача №1**

1) Системная красная волчанка, подострое течение с поражением суставов, сердца (миокардит), лимфатических узлов (лимфоаденопатия), легких, печени (гепатит), ретикуло-эндотелиальной системы, почек

2)Волчаночный нефрит с нефротическим синдромом

3)Гиперемия на лице в виде «бабочки», люпус – нефрит, артрит, пневмонит, обнаружение LE – клеток в крови, АНФ в высоком титре в крови, гемолитическая анемия (с положительной пробой Кумбса), синдром Верльгофа (аутоиммунный), гематоксилиновые тельца в биопсийном материале (почки, кожа), обнаружение LE- клеток в селезенке и печени

4) LE – клетки ( клетки красной волчанки) – зрелые нейтрофилы, фагоцитирующие ядерные белки других клеток крови, распавшихся под действием антинуклеарного фактора, антинуклеарный фактор – комплекс антинуклеарных антител. Циркулирующих в крови, антитела к нативной (т.е. целой молекуле) ДНК, феномен «розетки» - свободно лежащие измененные ядра в тканях (гематоксилиновые тельца), окруженные лейкоцитами.

5) Диспансерное наблюдение у ревматолога, строгое соблюдение приема КС, избегать прививок, при обострении очагов инфекции – лечить только на больничном листе, избегать УФ облучения чрезмерной интенсивности и продолжительности, избегать применение физиопроцедур, до и после планируемых оперативных вмешательств увеличивать дозу КС

**Задача №2**

1) Системная красная волчанка, осложненная волчаночным

нефритом с нефротическим синдромом

2) Функция почек сохранена

3)Гиперемия на лице в виде «бабочки», люпус – нефрит, артрит, пневмонит, обнаружение LE – клеток в крови, АНФ в высоком титре в крови, гемолитическая анемия (с положительной пробой Кумбса), синдром Верльгофа (аутоиммунный), гематоксилиновые тельца в биопсийном материале (почки, кожа), обнаружение LE- клеток в селезенке и печени

4) LE – клетки ( клетки красной волчанки) – зрелые нейтрофилы, фагоцитирующие ядерные белки других клеток крови, распавшихся под действием антинуклеарного фактора, антинуклеарный фактор – комплекс антинуклеарных антител. Циркулирующих в крови, антитела к нативной (т.е. целой молекуле) ДНК, феномен «розетки» - свободно лежащие измененные ядра в тканях (гематоксилиновые тельца), окруженные лейкоцитами.

5) Диспансерное наблюдение у ревматолога, строгое соблюдение приема КС, избегать прививок, при обострении очагов инфекции – лечить только на больничном листе, избегать УФ облучения чрезмерной интенсивности и продолжительности, избегать применение физиопроцедур, до и после планируемых оперативных вмешательств увеличивать дозу КС

**Задача №3**

1) Ведущие синдромы заболевания: лихорадочный суставной, отечный, гипертензионный, анемический, диспротеинемический, мочевой.

2)Наиболее вероятный диагноз - системная красная волчанка, III ст. активности, острое течение с поражением суставов (полиартрит), почек (нефрит).

3)Гиперемия на лице в виде «бабочки», люпус – нефрит, артрит, пневмонит, обнаружение LE – клеток в крови, АНФ в высоком титре в крови, гемолитическая анемия (с положительной пробой Кумбса), синдром Верльгофа (аутоиммунный), гематоксилиновые тельца в биопсийном материале (почки, кожа), обнаружение LE- клеток в селезенке и печени

4) LE – клетки (клетки красной волчанки) – зрелые нейтрофилы, фагоцитирующие ядерные белки других клеток крови, распавшихся под действием антинуклеарного фактора, антинуклеарный фактор – комплекс антинуклеарных антител. Циркулирующих в крови, антитела к нативной (т.е. целой молекуле) ДНК, феномен «розетки» - свободно лежащие измененные ядра в тканях (гематоксилиновые тельца), окруженные лейкоцитами.

5) Диспансерное наблюдение у ревматолога, строгое соблюдение приема КС, избегать прививок, при обострении очагов инфекции – лечить только на больничном листе, избегать УФ облучения чрезмерной интенсивности и продолжительности, избегать применение физиопроцедур, до и после планируемых оперативных вмешательств увеличивать дозу КС

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь собрать анамнез у больного с заболеваниями суставов.

2. Уметь провести объективное обследование больного с заболеваниями суставов: осмотр и пальпация суставов (наличие воспалительных изменений в суставах, ограничение подвижности, активной и пассивной, нарушение функции суставов, наличие деформации и контрактур).

4. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (анализы крови клинические, биохимические (фибриноген, СРБ, серомукоид, РФ, LE – клетки и т.д.), уровень мочевой кислоты, серологическая диагностика.

5. Уметь на основании данных клинического обследования поставить предварительный и заключительный диагноз

6. Уметь выписать рецепты на лекарственные препараты курируемым больным

7.Уметь собрать анамнез у больных с СКВ.

8.Уметь грамотно интерпретировать результаты анализов периферической крови.

9.Уметь владеть навыками составления оптимального плана обследования больных с СКВ для выяснения природы имеющегося патологического процесса и постановки верного диагноза.

10.Уметь грамотно подобрать терапию.

11.Уметь выписать рецепты препаратов, применяемых для лечения СКВ.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

 1. Принципы лечения системной склеродермии .

 2. Дерматомиозит, клиника, лечение.

 3.Патогенетические механизмы, клинические синдромы СКВ.

4.Диагностика, дополнительные методы исследования больных СКВ.

5.Дифференциальная диагностика СКВ

**Занятие №13**

**1.** **Дифференциальная диагностика ком. Итоговое занятие**

**2. Формы работы:**

- Подготовка к клиническому практическому занятию.

- Подготовка материалов по НИРС

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме клинического практического занятия:**

1.Какие наиболее часто встречающиеся коматозные состояния терапевтического профиля Вы знаете?

3 Какие основные причины развития печеночной комы?

4. Какими клиническими симптомами характеризуется уремическая кома?

5. Какими клиническими симптомами характеризуется алкогольная кома?

6. Чем характеризуется гипоксемическая кома при астматическом статусе?

7. Чем характеризуется тиреотоксическая кома?

8. Какие диагностические мероприятия необходимо провести у больного находящегося в коматозном состоянии?

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

001. СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ПРИСТУПООБРАЗНОГО ХАРАКТЕРА ЗА ГРУДИНОЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) миокардита

2) стенокардии

3) перикардита

4) митрального стеноза

002. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОБМОРОКОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) пароксизм желудочковой тахикардии

2) полная синоатриальная блокада

3) трепетание желудочков

4) фибрилляция предсердий

5) полная атриовентрикулярная блокада

003. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧСС ПРИ ТАХИАРИТМИЯХ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) анаприлин (атенолол)

2) дибазол

3) коринфар

4) анальгин

5) нитроглицерин

004. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) верапамил

2) лидокаин

3) дигоксин

4) новокаинамид

5) обзидан

005. ПОЧЕЧНУЮ КОЛИКУ ВЫЗЫВАЮТ

1) туберкулез почки

2) камень мочеточника

3) хронический пиелонефрит

4) острая почечная недостаточность

5) разрыв мочевого пузыря

006. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НОРМАЛЬНЫМ АД ЯВЛЯЕТСЯ

1) строфантин

2) нитроглицерин

3) маннитол

4) преднизолон

5) пентамин

007. У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИСТУП УДУШЬЯ, НЕ КУПИРУЮЩИЙСЯ ВВЕДЕНИЕМ ЭУФИЛЛИНА. НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО

1) но-шпу

2) преднизолон

3) строфантин

4) дибазол

5) супрастин

008. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

1) мезатон

2) допамин

3) добутамин

4) ангиотензин

5) строфантин

009. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) боль давящего или сжимающего характера

2) возникновение болевых ощущений при физической нагрузке

3) иррадиация болевых ощущений влево по медиальной поверхности левой руки

4) быстрый эффект от нитроглицерина

5) локализация болевых ощущений за грудиной

010. РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО

1) при массивной тромбоэмболии легочной артерии

2) при крупозной пневмонии

3) при инфаркте миокарда правого желудочка

4) при астматическом статусе 2-й стадии

5) при респираторном дистресс-синдроме взрослых

011. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА НАИБОЛЕЕ УДОБЕН ПРЕПАРАТ

1) эналаприл

2) анаприлин

3) коринфар

4) допегит

5) изобарин

012. ТОЛЬКО ДЛЯ ВТОРОЙ СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ХАРАКТЕРНЫ

1) неэффективность симпатомиметиков

2) продолжительность приступа более 14 часов

3) подключение дополнительной мускулатуры

4) признаки "немого легкого"

5) тахикардия до128 в минуту

013. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИВЛ ЯВЛЯЮТСЯ

1) систолическое АД ниже 80 мм рт. ст.

2) выраженный цианоз кожных покровов

3) стридорозное дыхание

4) "западение" языка

5) тахипноэ свыше 35 в минуту

014. С НАИБОЛЬШИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СОЧЕТАЮТСЯ

1) длительный запор

2) повышенная белковая пищевая нагрузка

3) передозировка мочегонных

4) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

5) присоединение асцит-перитонита

015. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1) для стволового инсульта

2) для тромбоэмболии легочной артерии

3) для диабетического кетоацидоза

4) для застойной недостаточности кровообращения

5) для отравления угарным газом

016. У БОЛЬНОГО КОНСТАТИРОВАНА ОСТАНОВКА СЕРДЦА РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ

1) с внутрисердечной инъекции адреналина

2) с проведения закрытого массажа сердца

3) с проведения ивл "рот в рот"

4) с обеспечения проходимости дыхательных путей

5) с дефибрилляции

017. АНТИГИСТАМИНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ ЭФФЕКТИВНЫ В ЛЕЧЕНИИ ОДНОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ АНАФИЛАКСИИ

1) отек Квинке

2) крапивница

3) вазомоторный ринит

4) бронхоспазм

5) анафилактический шок

018. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА ЯВЛЯЕТСЯ

1) сернокислая магнезия

2) гексенал

3) седуксен

4) лазикс

5) атропин

019. ПОЯВЛЕНИЕ ПРИСТУПОВ ИНСПИРАТОРНОГО УДУШЬЯ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ У БОЛЬНЫХ ИБС СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1) сердечной астме

2) бронхиальной астме

3) инфаркте миокарда

4) гипертоническом кризе

020. ПАДЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1) отека легких

2) кардиагенного шока

3) правожелудочковой сердечной недостаточности

4) нарушением сердечного ритма

5) хронической сердечной недостаточности

021. ПРИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ:

 1) кетоновых тел

 2) калия

 3) глюкозы

 4) осмолярности

022. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ?

 1) мягкие глазные яблоки

 2) сухость кожи и языка

 3) запах ацетона изо рта

 4) дряблость мягких тканей

 5) низкое АД

023. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ?

 1) нормальное АД

 2) низкий сахар крови

 3) наличие сахара в моче

 4) высокий удельный вес мочи

 5) повышение сахара крови до 8 ммоль на литр

024. ОСНОВНЫМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

 1) гипергликемия и гиперосмолярность

 2) гиперосмолярность и лактоацидоз

 3) лактоацидоз и гипернатриемия

 4) гипернатриемия и кетоацидоз

 5) кетоацидоз и гипергликемия

025. ПРИ ГИПЕРКЕТОНЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ДЫХАНИЕ:

 1) редкое, поверхностное

 2) частое, глубокое

 3) глубокое, редкое, шумное

 4) частное, поверхностное

 5) поверхностное

**Эталоны ответов.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 001 – 2 | 006 – 2 | 011 – 3 | 016 – 4 | 021 - 3 |
| 002 – 5 | 007 – 2 | 012 – 4 | 017 – 4 | 022 – 3 |
| 003 – 1 | 008 – 2 | 013 – 5 | 018 – 3 | 023 - 3 |
| 004 – 2 | 009 – 2 | 014 – 4 | 019 – 1 | 024 - 4 |
| 005 – 2 | 010 – 1 | 015 – 3 | 020 – 2 | 025 - 6 |

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам**

**Задача №1**

В отделение скорой помощью доставлен больной 52 лет с диагнозом: долевая пневмония с локализацией слева в нижней доле. В приемном отделении во время осмотра больной внезапно побледнел и потерял сознание. При измерении АД было 75/50 мм рт.ст., пульс нитевидный 120 в минуту.

1)Основные этиологические факторы пневмонии?

 2) Основные фазы патогенеза пневмонии

3)Какое осложнение развилось у больного?

4)Принципы неотложной помощи?

5) С учетом чего следует проводить антибактериальную терапию?

**Задача №2**

Больная 32 лет поступила по поводу некупирующегося приступа экспираторного удушья. Приступы удушья в течение 15 лет, купировались ингаляциями бета-стимуляторов. В течение последней недели лихорадка, кашель с выделением мокроты зеленоватого цвета, учащение приступов удушья. Принимала эуфиллин по 1 свече 3 раза в день и ингаляции сальбутамола до 6-8 раз в сутки. Последний приступ удушья продолжался более 8 часов.

Объективно: Больная беспокойная, возбуждение, обильный пот, цианоз. ЧД - 30 в мин., поверхностное с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка бочкообразная, дыхание ослаблено, хрипов нет. АД - 120/70 мм рт.ст. Пульс 120 в мин. Температура – 38ОС. Лейкоцитов 13х10 /л.

1) Определите стадию астматического статуса и его вероятную причину.

2)С каких препаратов начнете оказание неотложной помощи?

3)Какие еще препараты следует назначить больной?

4)С учетом чего следует проводить антибактериальную терпию?

5)Что делать при неэффективности лечения?

**Задача№ 3**

У больного 60 лет, в течение 10 лет отмечаются загрудинные боли утром при ходьбе, быстро проходящие при остановке или приема нитроглицерина. Регулярно не лечился, курит по 10 сигарет в день. Несколько часов назад развились интенсивные боли за грудиной, не полностью купировавшиеся нитроглицерином. Госпитализирован в БИТ. Объективно: рост 170см, масса тела 180кг,, АД120/80мм рт.ст., пульс 80 в минуту, ритмичный. Во время осмотра появились повторные загрудинные боли, потребовавшие применение морфия.

На ЭКГ: левограмма, отрицательный ТIII, АЛТ, АсАТ повторно- 0,4 – 0,5 ммоль/л/ч.

1)Основное заболевание.

2)Оцените происхождение болевых приступов, аргументы «за» и «против» инфаркта миокарда.

3)Методы контроля за больным.

4)Тактика лечения.

5)Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

**Задача№ 4**

У больного, 45 лет, ночью появились интенсивные боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, длительностью 30 минут, купированы после повторного приема нитроглицерина.

Объективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 82 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст.

На ЭКГ: ритм синусовый. Подъем сегмента ST в отведениях aVL, V3-5, на следующий день S-T на изолинии.

Общий анализ крови: лейк.-6,8; СОЭ 12 мм/ч, АсАТ – 0,28 ммоль/л, АЛТ – 0,35 ммоль/л.

1)Какой вид ангинозного приступа можно предположить

2)Возможен ли инфаркт миокарда

3)Препарат выбора.

4)Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

5)Рекомендуемая диета при данной патологии

**Задача№5**

Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст.

Объективно: ЧД 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД 150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

1)Какой диагноз наиболее вероятен?

2)Со 2-го дня самочувствие удовлетворительное, болей, одышки нет. АД 160/95 мм рт.ст. Пульс 88 в минуту, экстрасистолы 4-6 минут. Какое лечение показано?

3)На 20й день появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура 37,8 С, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать?

4)Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

5)Лабораторные маркеры поражения миокарда

**Задача№6**

Больной 55 лет, в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физ. Нагрузке. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной – при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки. Повторно принимал нитроглицерин без эффекта. Осмотрен врачом скорой помощи через 3 часа. В прошлом много лет курил. Состояние тяжелое. Боли продолжаются, беспокоен. Повышенного питания. Конечности бледно-цианотичные, влажные, холодные. Пульс 120 в минуту, вялый, мягкий. Имеется пульсация в III межреберье по левой парастернальной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД 75/50 мм рт.ст. ЧД 24 в минуту. В легких хрипов нет.Температура 37 С. Шейные вены не набухшие.

Бригадой СМП произведено: морфий 1% 1,0 п/к, затем дроперидол и фентанил п/к, строфантин 0,05 – 0,75 в\в, допамин в\в, начиная с 5 мкг/кг. Через 30 минут АД повысилось до 95/70 мм рт.ст. и больной был госпитализирован.

1)Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?

2)Как оценить ночной приступ болей?

3)Осложнение?

4)Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

5)Лабораторные маркеры поражения миокарда

**Задача№7**

Больной, 52 лет, доставлен в БИТ в бессознательном состоянии. Со слов родственников около 2х часов до поступления у больного возник приступ резких, загрудинных болей, без эффекта от приема нитроглицерина.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 в минуту, АД 60/30 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный.

1)Какой диагноз наиболее вероятен?

2)Какие исследования необходимы?

3)Что ожидается на ЭКГ?

4)Какое лечение показано?

5)Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

**Задача№8**

У больной 52 лет, диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого развилась частая желудочковая экстрасистолия. На мониторе периодически появляются ранние экстрасистолы типа «R» на «T». В отведениях I, аVL, V1-3 зубцы QS и подъем ST выше изолинии.

1)Какой локализации и глубины поражения инфаркт миокарда?

2)Развитие какого вида аритмий возможно у больного?

3)Тактика лечения больной.

4)Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

5)Рекомендуемая диета при данной патологии

**Задача№9**

У больного, 63 лет, боли в области сердца при физической нагрузке, средней интенсивности, 2 недели назад боли стали возникать при небольшой нагрузке. В день поступления болевой приступ развился вечером в покое и продолжался 1,5 часа. Не купировался нитроглицерином, сопровождался холодным потом, слабостью. Больной госпитализирован через 4 часа от начала болевого приступа.

1)Поставте диагноз.

2)Что предшествовало данному заболеванию?

3)Какие лабораторные показатели будут изменены в момент госпитализации?

4)Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда

5)Лабораторные маркеры поражения миокарда

**Задача№ 10**

Больной 65 лет, жалобы на головные боли, шум в голове, одышку и боли в икроножных мышцах при подъеме на первый этаж, сухость во рту, запоры, сонливость. Артериальная гипертензия 15 лет, получает гемитон по 1 табл. 2 раза в сутки. Курил с 30 лет по 10 сигарет в день. 3 года не курит.

Объективно: масса тела 65 кг, рост 168 см. В легких немного влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов, в задне-нижних отделах.ЧД 20 в минуту. Сердце: акцент II тона и грубый систолический шум на аорте. АД 180/105 мм рт.ст. Пульс 88 в минуту. Пульсация на артериях стопы отсутствует.

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Глюкоза крови 4,5 ммоль/л, мочевая кислота 280 ммоль/л, белок 65г/л, креатинин 70 ммоль/л.

1)Дайте характеристику артериальной гипертензии, объясните шум на аорте.

2)Оцените все жалобы больного

3)Какие гипотензивные препараты противопоказаны данному больному и почему?

4)Какие методы контроля за назначенным лечением?

5)Классификация гипертонической болезни (ВОЗ)

**Эталоны ответов:**

**Задача №1**

 1) Бактерии, вирусы, грибы, атипичные возбудители (микоплазма, легионелла, хламидии и т.п.)

 2) Хемотаксис, колонизация, инвазия

3)Инфекционно-токсический шок.

4) Допамин внутривенно капельно, 2-3 антибиотика внутривенно, преднизолон 60-90 мг, ингибиторы протеаз внутривенно.

5) С учетом антибиотикограммы

**Задача №2**

1)У больной II стадия астматического состояния ("немое легкое"). Вероятным провоцирующим фактором является бронхиальная инфекция.

 2)Большие дозы кортикостероидов внутривенно (гидрокортизон 300 мг, преднизолон 150 мг)

 3)Эуфиллин внутривенно, увлажненный кислород через нос, гидратирующая терапия, антибиотики широкого спектра.

 4)С учетом антибиотикограммы

 5)Методы дыхательной реанимации (ИВЛ, лаваж).

**Задача № 3**

1)ИБС, стенокардия напряжения

2)Нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда. Против инфаркта миокарда – ЭКГ, отсутствие гиперферментемии.

3)Повторно ЭКГ, ферменты, гемодинамика.

4)Постельный режим, нитраты, β-блокаторы, гепарин или непрямые антикоагулянты, аспирин.

5)Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

**Задача № 4**

 1)Стенокардия Принцметала

2)Нет: быстрая нормализация ЭКГ, отсутствие резорбтивного синдрома

3)Антагонисты кальция

4)Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5)Диета№ 10

**Задача №5**

1) Инфаркт миокарда. Не исключается также расслаивающая аневризма аорты, учитывая наличие артериальной гипертензии. Перикардит маловероятен, учитывая отсутствие связи болей с дыханием и с положением тела, нет шума трения перикарда.

2)β-блокаторы и малые дозы аспирина

3)О синдроме Дресслера. Показаны НПВС или преднизолон 15-20 мг/сут.

4)Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5)Миоглобин, МВ-КФК, Тропонины I и T, ЛДГ

**Задача №6**

1)Впервые возникшая (нестабильная) стенокардия напряжения.

2)Острый инфаркт миокарда. Основания: ангинозный статус на фоне впервые возникшей стенокардии, признаки диссинергии миокарда (атопическая пульсация) и острой сердечной недостаточности.

3)Кардиогенный шок, возможно, болевой. Основания: выраженная гипотензия, тахикардия, периферические признаки.

4)Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5)Миоглобин, МВ-КФК, Тропонины I и T, ЛДГ

**Задача №7**

1)Инфаркт миокарда. Кардиогенный шок.

2)ЭКГ, ФКГ –МФ-фракция, АсАТ, АЛТ, свертываемость крови, протромбиновый индекс.

3)Зубцы Q, QS, подъем сегмента ST.

4)Повышение сократимости миокарда. Допамин, в/в введение жидкостей, преднизолона, оксигенотерапия, сердечные гликозиды.

5)Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

**Задача №8**

1)Трансмуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда.

2)Пароксизмальная желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков.

3)Лидокаин, нитраты, антикоагулянты.

4)Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5)Диета№ 10

**Задача №9**

1)ИБС, инфаркт миокарда.

2)Предшествующая стенокардия.

3)Может быть: лейкоцитоз, увеличение АЛТ, АсАТ, КФК, СРБ.

4)Разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция

5)Миоглобин, МВ-КФК, Тропонины I и T, ЛДГ

**Задача №10**

1)Хроническая систоло-диастолическая, III стадия (сердечная недостаточность, атеросклероз, гипертрофия левого желудочка). Шум на аорте. Вероятно проявления ее атеросклероза.

2)Головные боли, шум в голове- вероятные проявления дисциркуляции; одышка- сердечная недостаточность; боли в ногах перемежабющаяся хромота; прочие-побочные проявления гемитона.

3)β-блокаторы (стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей), резерпин- сухость во рту; апрессин- тахикардия в покое.

4)АД лежа и стоя, диурез, масса тела, электролиты.

5)I стадия - отсутствуют признаки поражения органов-мишеней (сердце, сосуды, почки).

II стадия - имеются нарушения со стороны органов-мишеней без нарушения их функции в виде гипертрофии левого желудочка сердца (по данным ЭКГ, ЭХОКГ, ренгенографии), протеинурии, наличия атеросклеротических бляшек.

III стадия - имеются осложнения гипертонической болезни и нарушение функции органов-мишеней: инсульт, инфаркт миокарда, стенокардия, сердечная

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Уметь провести объективное обследование больного, находящегося в коме (осмотр, признаки травмы, реакция зрачков на свет, анизокория, карниальные рефлексы, тонус глазных яблок, характер дыхания, запах выдыхаемого воздуха, мышечный тонус).

2. Уметь провести обследование коматозного больного по шкале ГЛАЗГО

3. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (анализы крови клинические, биохимические (сахар крови, кетоновые тела, уровень билирубина, мочевины, креатинина, электролитов, РН – крови, уровень диуреза, и т.д.)

4. Уметь оценить результаты дополнительного обследования (УЗИ, ЭХО –ЭГ, ЭХО ЭКГ)

6. Уметь оказать неотложную помощь больному, находящемуся в коматозном состоянии.

7. Уметь выписать рецепты на лекарственные препараты, применяемые в неотложной терапии.

8. Уметь составить алгоритм диагностического поиска при обследовании больных, находящихся в коматозном состоянии.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 НИРС наряду с традиционными видами обучения осуществляется на аудиторных занятиях, но в большей мере предполагает участие во внеаудиторной учебно-исследовательской работе каждого студента, включая систематическое выполнение заданий по СРС.

Ее основная цель – способствовать более прочному, чем при восприятии готовых сведений, усвоению знаний, обеспечить адекватное владение научной информацией. Вторая существенная цель УИРС – снабдить будущего специалиста элементарными исследовательскими умениями и навыками, способствующими его дальнейшему профессиональному совершенствованию.

Необходимыми компонентами учебно-исследовательской деятельности являются:

 1) самостоятельная работа;

 2) пользование библиографическими указателями, каталогами, картотеками.

Обсуждение реферата проводится на практическом занятии.

**Тематика НИРС:**

1 Неотложная помощь при тиреотоксической коме.

2. Неотложная помощь при уремической коме

3. Шкала ГЛАЗГО, алгоритм диагностики коматозных больных

**Основная литература**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы), составитель (-и), редактор (-ы) | Место издания, издательствогод | Кол-во экземпляров |
| в библиотеке | накафедре |
| 1. | Внутренние болезни : учебник. Т. 1  | ред. Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. | 55 |  |
| 2. | Внутренние болезни : учебник. Т. 2  | ред. Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. И. Мартынов | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. | 55 |  |

**Дополнительная литература**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование, вид издания | Автор (-ы), составитель (-и),редактор (-ы) | Место издания, издательство год | Кол-во экземпляров |
| в библиотеке | на кафедре |
|  | [Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=25738) | Г. К. Киякбаев ; ред. В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
|  | [Внутренние болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=2043) [Электронный ресурс] : сб. тестовых заданий с эталонами ответов для студентов 4-6 курсов, обучающихся по специальности 060103– Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=2043  | сост. Е. И. Харьков, Л. А. Филимонова, Е. Н. Шарайкина [и др.] | Красноярск : КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
|  | [Внутренние болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=22566) : учеб.пособие для внеаудиторной работы студентов 4 курса педиатрического фак.  | ред. Е. И. Харьков | Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008. | 300 |  |
|  | [Внутренние болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=25856) : учеб.пособие для аудиторной работы студентам 4 курса педиатрического фак.  | сост. Л. А. Филимонова, Е. И. Харьков, Ю. А. Ширяева [и др.] | Красноярск : КрасГМУ, 2009. | 3 |  |
|  | [Внутренние болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=25858) : учеб.пособие для аудиторной работы студентам 5 курса педиатрического фак.  | сост. Л. А. Филимонова, Е. И. Харьков, Ю. А. Ширяева [и др.] | Красноярск : КрасГМУ, 2009. | 3 |  |
|  | [Внутренние болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=26511) : рук.к практ. занятиям по факультетской терапии : учеб. пособие  | ред. В. И. Подзолков | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. | 1 |  |
|  | [Внутренние болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28958) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для студентов 4-6 курсов, обучающихся по специальности 060103 – Педиатрия, студентов 3-4 курсов, обучающихся по спец. 060201 - Стоматология. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res\_id=28958  | сост. Е. И. Харьков, Л. А. Филимонова, Н. А. Борисенко [и др.] | Красноярск : КрасГМУ, 2011. | ЭБС КрасГМУ |  |
|  | [Внутренние болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=29446) : учебник  | В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. | 1 |  |
|  | [Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24487) : рук.для врачей  | В. С. Моисеев, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев ; ред. В. С. Моисеев | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 1 |  |
|  | [Гастроэнтерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24629) : нац. рук.  | ред. В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 3 |  |
|  | [Гастроэнтерология. Гепатология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=25887) | ред. Н. А. Бун, Н. Р. Колледж, Б. Р. Уолкер [и др.] ; ред.-пер. В. Т. Ивашкин | М. : Рид Элсивер, 2009. | 1 |  |
|  | [Дополнительные методы обследования больного в терапевтической практике](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=1888) : учеб.пособие для студентов мед. вузов. Ч.2.  | Л. С. Поликарпов, Н. А. Балашова, Е. О. Карпухина [и др.] | Красноярск : КрасГМУ, 2011. | 274 |  |
|  | [Кардиология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=23293) | ред. Б. Гриффин, Э. Тополь ; пер. с англ. А. Н. Охотин ; ред.-пер. М. А. Осипов | М. : Практика, 2008. | 3 |  |
|  | [Клиническая гастроэнтерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=26516) | Я. С. Циммерман | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
|  | [Клиническая гематология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=22802) : рук.для врачей: учеб. пособие  | ред. А. Н. Богданов, В. И. Мазуров | СПб. : Фолиант, 2008. | 5 |  |
|  | [Клинические рекомендации по гастроэнтерологии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28302) | Е. Г. Грищенко, Н. Н. Николаева, О. А. Байкова [и др.] | Красноярск : КрасГМУ, 2011. | 3 |  |
|  | [Клинические рекомендации. Гастроэнтерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=25403) | гл. ред. В. Т. Ивашкин | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |
|  | [Клинические рекомендации. Пульмонология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=25401) | ред. А. Г. Чучалин | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 2 |  |
|  | [Неотложная помощь в терапии и кардиологии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=21297) : учеб.пособие  | ред. Ю. И. Гринштейн | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 25 |  |
|  | [Нефрология. Ревматология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=27281) | ред. Н. А. Бун, Н. Р. Колледж, Б. Р. Уолкер [и др.] ; ред.-пер. Н. А. Мухин | М. : Рид Элсивер, 2010. | 1 |  |
|  | [Основы медицинской диагностики внутренних болезней](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=26550) : учеб.пособие  | В. Г. Богатырев | М. : ЭКСМО, 2008. | 1 |  |
|  | [Первичные аритмии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=22567) : учеб.пособие для студентов 6 курса леч. и пед. фак.  | В. А. Шульман, С. Ю. Никулина, Г. В. Матюшин [и др.] | Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008. | 100 |  |
|  | [Практическая гастроэнтерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=26831) : рук.для врачей. Ч.1.  | И. В. Козлова, А. Л. Пахомова | М. : Изд.дом Дрофа , 2010. | 2 |  |
|  | [Профессиональные болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=33913) : учеб.пособие  | В. В. Косарев, С. А. Бабанов | М. : ИНФРА-М, 2013. | 1 |  |
|  | [Пульмонология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24706) : нац. рук.  | ред. А. Г. Чучалин | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 2 |  |
|  | [Пульмонология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=25889) | ред. Н. А. Бун, Н. Р. Колледж, Б. Р. Уолкер [и др.] ; ред.-пер. А. Б. Овчаренко ; гл. ред. Н. А. Мухин | М. : Рид Элсивер, 2009. | 1 |  |
|  | [Рациональная фармакотерапия в гепатологии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24703) : рук.для практ. врачей  | ред. В. Т. Ивашкин, А. О. Буеверов | М. : Литтерра, 2009. | 1 |  |
|  | [Рациональная фармакотерапия в нефрологии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=25727) | ред. Н. А. Мухин, Л. В. Козловская, Е. М. Шилов | М. : Литтерра, 2008. | 1 |  |
|  | [Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=24700) : рук.для практ. врачей  | ред. А. И. Воробьев | М. : Литтерра, 2009. | 3 |  |
|  | [Ревматология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=22539) : нац. рук.  | ред. Е. Л. Насонов, В. А. Насонова | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. | 20 |  |
|  | [Руководство по нефрологии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=25349) | ред. Р. В. Шрайер ; ред.-пер. Н. А. Мухин | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. | 1 |  |

**Электронные ресурсы:**
1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";
2. ЭБС Консультант студента;
3. ЭБС Университетская библиотека OnLine;
4. ЭНБ eLibrary