

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней № 1

Терапия. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной
(самостоятельной) работе по специальности ординатуры

31.08.49 Терапия

В 6 частях

Часть 6

Красноярск

2018

Терапия. Ординатура: сб. метод. рекомендаций к внеаудитор. (самостоят.) работе по специальности ординатуры 31.08.49 Терапия /сост.С.Ю. Никулина. Т.Д. Верещагина. П.А. Шестерня. А.А. Чернова. В 6 ч. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – Ч.6.–91 с.

Составители: д.м.н., проф. Никулина С.Ю.,
к.м.н., доц. Верещагина Т.Д.,
д.м.н., проф. Шестерня П.А.,
д.м.н. доц. Чернова А.А.

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО № 1092 от 25.08.2014 г подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия, рабочей программой специальности (2018 г.) и СТО 7.5.10-16. Выпуск 1.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС № 6 от 25 июня 2018 г.

1. Индекс ОД.О.01.1.8.38 **Тема:** **Общие вопросы организации медицинской помощи при неотложных состояниях. Лечение основных неотложных состояний в кардиологии: ОСН, ТЭЛА, ОРДС, ОДН.**

2. Форма работы:

-Подготовка к практическим занятиям.

-Подготовка материалов по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

Обладать: - УК-1, ПК 5, ПК 6, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

Знать:

- принципы оказания неотложной терапевтической помощи при угрожающих жизни состояниях.

- этиологию, патогенез, клиническую картину, закономерности течения, важнейшие осложнения, прогноз и наиболее информативные методы диагностики ТЭЛА.

- этиологию, патогенез, клиническую картину, закономерности течения ОРДС и ОДН.

Уметь:

- оказывать неотложную терапевтическую помощь при угрожающих жизни состояниях.

- провести обследование больных с ТЭЛА, интерпретировать данные дополнительных методов обследования.

- провести обследование больных с ОРДС и ОДН, интерпретировать данные дополнительных методов обследования.

Владеть:

- методами оказания неотложной терапевтической помощи при угрожающих жизни состояниях.

- современными стандартами ведения больных с ТЭЛА.

- вопросами оказания неотложной терапевтической помощи при ОРДС и ОДН.

Вопросы для самоподготовки:

1. Патогенез отека легких, кардиогенного шока; (УК 1, ПК-5)
2. Клиническая картина отека легких, кардиогенного шока; (УК 1, ПК-6)
3. Показания и противопоказания для проведения инотропной поддержки;(УК 1, ПК-6)
4. Особенности лечения отека легких, кардиогенного шока при различных фоновых состояниях; (УК 1, ПК-6)
5. Показания и противопоказания для проведения внутриаортальной баллонной контрпульсации. (УК 1, ПК-6)
6. Этиология – наиболее распространенные причины ТЭЛА в клинике внутренних болезней. (УК 1, ПК 5)
7. Патогенез: новое в изучении причин ТЭЛА (УК 1, ПК 5)
8. Классификация ТЭЛА (УК 1, ПК 5)
9. Клиническая картина ТЭЛА при различных заболеваниях (УК 1, ПК 5)
10. Диагностика клиническая, по ЭКГ, ЭхоКГ, МСКТ (УК-1, ПК-5)
11. Лечение медикаментозное и оперативное (УК-1, ПК-5)
12. Первичная и вторичная профилактика ТЭЛА (УК-1, ПК-5)
13. Острые отравления, этиология, клиника, неотложная помощь (УК-1, ПК-5)
- 14.ОПН, патогенез, клиника, неотложная помощь (УК-1, ПК-6)
- 15.Отёк легких, патогенез, клиника, неотложная помощь (УК-1, ПК-6)
- 16.Кардиогенный шок, патогенез, клиника, неотложная помощь (УК-1, ПК-6)
- 17.Гипертонический криз, патогенез, клиника, неотложная помощь (УК-1, ПК-6)
- 18.ОДН, патогенез, клиника, неотложная помощь (УК-1, ПК-6)
- 19.Судорожный синдром, патогенез, клиника, неотложная помощь (УК-1, ПК-6)
- 20.ОРДС, этиология, клиника, неотложная помощь. (УК-1, ПК-6)
- 21.ОДН, патогенез, клиника, неотложная помощь. (УК-1, ПК-6)

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы:

1. ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ НЕОБХОДИМО ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ? (УК-1, ПК-5)
 1. Физиологический раствор
 2. Лазикс
 3. Липримар
 4. Гемодез
 5. Инсулин

Ответ: 2

2. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОТЁКЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ ВСЕХ ПРЕПАРАТОВ КРОМЕ: (УК-1, ПК-6)

1. бемеград
2. дексаметазон
3. лазикс
4. эуфиллин
5. амизил

Ответ: 1

3. ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ НЕОБХОДИМО ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ? (УК-1, ПК-6)

1. Физиологический раствор
2. Нитроглицерин
3. Липримар
4. Гемодез
5. Инсулин

Ответ: 2

4. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ: (УК-1, ПК-6)

1. Промедол
2. Реополиглюкин
3. Допамин
4. Гепарин
5. Всё вышеперечисленное

Ответ: 5

5. УГНЕТЕНИЕ (ДЕПРЕССИЯ) КРОВЕТВОРЕНИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ВСЕХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ КРОМЕ: (УК-1, ПК-5)

1. лейкоз
2. ионизирующая радиация
3. цитостатической болезни
4. хроническая почечная недостаточность
5. ничего из перечисленного

Ответ: 5

6. У ПОРАЖЕННОГО ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ С БОЛЬШОЙ ВЫСОТЫ РАЗВИЛАСЬ ОСТРАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ПРИЗНАКАМИ КОТОРОЙ ЯВИЛИСЬ ВСЕ УКАЗАННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ: (УК-1, ПК-5)

1. грубый систолический шум на верхушке
2. застойные явления в легких
3. патологический зубец Q на ЭКГ
4. экстрасистолия
5. набухшие шейные вены

Ответ: 3

7. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ: (УК-1, ПК-6)

1. дексаметазон
2. клофеллин
3. лазикс
4. пентамин
5. нитропруссид натрия

Ответ: 1

8. ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ: (УК-1, ПК-6)

1. зокор
2. глюкоза
3. преднизолон
4. фуросемид
5. гемодез

Ответ: 1

9. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ: (УК-1, ПК-6)

1. кордарон
2. новокаинамид
3. ритмилен
4. хинидин
5. все перечисленные препараты

Ответ: 5

10. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ: (УК-1, ПК-6)

1. кордарон
2. новокаинамид
3. АТФ
4. изоптин
5. все перечисленные препараты

Ответ: 5

11. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ТЭЛА (УК-1, ПК-5)

1. боль в грудной клетке
2. кашель
3. одышка
4. гипотензия
5. обморок

Ответ: 2

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСТОЧНИК ТРОМБОВ ПРИ ТЭЛА (УК-1, ПК-5)

1. эритремия
2. тромбоз вен нижних конечностей
3. дегидратация
4. тромб в левом желудочке
5. тромб в левом предсердии

Ответ: 2

13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ТЭЛА (УК-1, ПК-5)

1. нижняя
2. боковая
3. передняя
4. правожелудочковая
5. задняя

Ответ: 4

14. ПРИЧИНОЙ ТЭЛА МОЖЕТ БЫТЬ (УК-1, ПК-5)

1. длительная иммобилизация больного
2. длительная гепаринизация
3. активный образ жизни
4. частая экстрасистолия
5. синдром ВПУ

Ответ: 1

15. ТЭЛА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ (УК-1, ПК-6)

1. ушибах мягких тканей
2. переломах костей
3. пневмонии
4. перикардите
5. анемии

Ответ: 2

16. УРОВЕНЬ D- ДИМЕРА ПРИ ТЭЛА (УК-1, ПК-6)

1. более 500 мкг\л
2. 100 мкг\л
3. 200 – 300 мкг\л
4. 300 – 400 мкг\л
5. уровень не имеет значения

Ответ: 1

17. БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНАЯ ВЕЛИЧИНА ШОКОВОГО ИНДЕКСА ПРИ ТЭЛА (УК-1, ПК-6)

1. 0,7
2. больше 1
3. 0,1
4. 0,5
5. 0,2

Ответ: 2

18. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА (УК-1, ПК-6)

1. ЭКГ
2. ЭХОКГ
3. R – графия легких
4. ангиопульмонография
5. коронарография

Ответ: 4

19. ОСНОВНЫМ СРЕДСТВОМ ЛИЗИРОВАНИЯ ТРОМБА ПРИ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ: (УК-1, ПК-6)

1. гепарин
2. варфарин
3. аспирин
4. плавикс
5. стрептокиназа

Ответ: 5

20. ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА, ВСЕ КРОМЕ (УК-1, ПК-6)

1. лечение периферических тромбофлебитов
2. сокращение сроком иммобилизации
3. прием варфарина при тромбах в правых полостях сердца
4. активный образ жизни
5. длительная иммобилизация

Ответ: 5

21. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК РДСС: (УК-1, ПК-5)

1. повышение АД
2. тахипное
3. брадипное
4. ортостатическое положение б-х
5. нормальный цвет кожных покровов

Ответ: 2

22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОРДС:(УК-1, ПК-5)

1. пневмония
2. острая ревматическая лихорадка

3. тромбофлебит
4. болезнь Крона
5. ИБС

Ответ: 1

23. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОРДС (УК-1, ПК-5)

1. округлая тень на R-грамме легких
2. двухсторонний негетерогенный инфильтрат на R-грамме легких
3. признаки отека легких
4. признаки ателектаза
5. множественные полостные образования

Ответ: 2

24. ПОКАЗАТЕЛИ SpO2 ПРИ ОРДС: (УК-1, ПК-5)

1. SpO2 в норме
2. SpO2 95-100%
3. SpO2 ниже 90%
4. SpO2 выше 90%
5. нет правильного ответа

Ответ: 3

25. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОРДС (УК-1, ПК-5)

1. Тромбоэмболия легочной артерии
2. Острый коронарный синдром с отеком легкого
3. Тяжелая аспирационная пневмония
4. Массивная кровопотеря с гемотрансфузией
5. Варикоз вен нижних конечностей

Ответ: 3

26. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОРДС: (УК-1, ПК-5)

1. Легочный инфильтрат
2. Повышенная пневматизация и усиление легочного рисунка
3. Спонтанный пневмоторакс
4. Множество сливающихся теней («снежная буря»)
5. Специфических рентгенологических изменений нет

Ответ: 4

27. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ БЕЗ ТРУДА УКАЖЕТ НА РАЗВИВШИЙСЯ ОРДС (УК-1, ПК-5)

1. Снижение сатурации кислорода до 90%
2. Увеличение ЧДД до 30
3. Снижением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) до 200 и ниже
4. Увеличение ЧСС выше 120
5. Урежение ЧСС ниже 60

Ответ: 3

28. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ЗАПОДОЗРИТЬ ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ О НАЧИНАЮЩИМСЯ ОРДС (УК-1, ПК-5)

1. Остро возникшая внезапная одышка в сочетании с болью за грудиной.
2. Одышка в сочетании с гипотонией
3. Одышка в сочетании с сухим кашлем, цианозом губ и тахикардией
4. Боль в грудной клетке, продуктивный кашель в сочетании с выделением зловонной мокроты
5. Субъвibrильная температура

Ответ: 3

29. БОЛЬНОЙ В. 42 ГОДА ПОСТУПИЛ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ. ОБЪЕКТИВНО: ОДЫШКА С ЧДД 28, СУХОЙ КАШЕЛЬ, SPO₂ – 70%, В ЛЕГКИХ – СУХИЕ ХРИПЫ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ. БОЛЬНОЙ ВОЗБУЖДЕН, АЖИТИРОВАН, АНАМНЕЗ СОБРАТЬ ПРОБЛЕМАТИЧНО, НА РУКАХ СЛЕДЫ ОТ ИНЪЕКЦИЙ НАРКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ОБЪЕКТИВНО – ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ПРЕДПОЛОЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ:(УК-1, ПК-5)

1. Тяжелая деструктивная пневмония
2. Пиопневмоторакс
3. Острый респираторный дистресс синдром
4. ОКС с пST
5. ОКС бпST

Ответ: 3

30. ВЕРОЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ИСХОДА ПРИ ОРДС:(УК-1, ПК-5)

1. Выздоровление
2. ОРДС не влияет на исход основного заболевания
3. Летальность 35-40%
4. Летальность около 1%
5. Летальность 95-99%

Ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

Больной 42 лет доставлен в стационар с жалобами на чувство нехватки воздуха, тупые боли сдавливающего характера за грудиной. Две недели назад перенес тяжелую ОРВИ. После чего отмечал нарастание одышки, снижение работоспособности, быструю утомляемость. Сегодня резко чувство нехватки воздуха в покое. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар. Объективно: умеренный цианоз лица, шеи. Дыхание жесткое в нижних

отделах масса влажных крупнопузырчатых хрипов. ЧДД 36 в мин. Верхушечный толчок не определяется. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо, вниз и влево. Сердечные тоны глухие, ритмичные 116 в мин. АД 130/90 мм.рт.ст.

1. Наиболее вероятный диагноз и его обоснование?
2. Какое осложнение развилось у больного, и его причина?
3. Тактика лечения данного больного?
4. Суть диуретической терапии в данном случае.
5. Кардиальные причины развития отека легких.

Эталон ответов к задаче №1

1. Выпотной перикардит (расширение границ сердца во все стороны, исчезновение верхушечного толчка, глухость тонов).
2. У больного развился отек легких на фоне тампонады сердца.
3. Тактика – перикардиоцентез с эвакуацией экссудата.
4. Уменьшение количества жидкости в плевральных полостях, перикарде. Снижение ОЦК, снижение притока жидкости к легким.
5. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, тампонада сердца, клапанные пороки, аритмии.

Задача №2. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

Больной 47 лет поступил с диагнозом: ИБС. Острый нижний с-инфаркт миокарда. При поступлении: болевой синдром купирован, беспокоит одышка, слабость. Объективно: Кожные покровы бледные, «холодные», влажные. В легких – дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, выслушивается небольшое количество влажных хрипов. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 63 в мин. АД 80/60 мм.рт.ст.

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Причина?
3. Тактика лечения данного больного?
4. Суть диуретической терапии в данном случае.
5. Кардиальные причины развития отека легких.

Эталон ответов к задаче №2.

1. Отек легких.
2. На фоне инфаркта миокарда резкое снижение сократительной способности сердца привело к развитию отека легких.
3. Необходимо: оксигенотерапия, этиловый спирт, инотропная поддержка. Назначение вазодилататоров противопоказано.

4. Уменьшение количества жидкости в плевральных полостях. Снижение ОЦК, снижение притока жидкости к легким.
5. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, тампонада сердца, клапанные пороки, аритмии.

Задача №3. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

У больной 49 лет, с длительно существующим ревматическим пороком сердца и три года назад перенесшей протезирование митрального клапана резкое ухудшение состояния: появилось чувство нехватки воздуха, надсадный непродуктивный кашель, слабость. На фоне приема антикоагулянтов (варфарина) цифры МНО 1,5-1,7. В легких - большое количество влажных хрипов с обеих сторон в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, диастолический шум на верхушке и в точке Боткина. Пульс - 112 в мин. АД - 90/70 мм рт. ст.

1. Какое состояние развилось у больного?
2. Назовите наиболее вероятную причину острой сердечной недостаточности?
3. Тактика лечения данной больной?
4. Суть диуретической терапии в данном случае.
5. Кардиальные причины развития отека легких.

Эталон ответов к задаче №3.

1. У больной развился отек легких.
2. Наиболее вероятная причина – тромбоз протеза митрального клапана на фоне неадекватной антикоагулянтной терапии (целевые уровни МНО 2,0-3,0).
3. Тактика лечения - попытаться стабилизировать больного и перевод в кардиохирургическое отделение.
4. Уменьшение количества жидкости в плевральных полостях. Снижение ОЦК, снижение притока жидкости к легким.
5. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, тампонада сердца, клапанные пороки, аритмии.

Задача №4. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

Больной 22 лет, спортсмен, поступил с жалобами на повышение температуры до 39°C с ознобами, одышку при минимальной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Болен около месяца. При осмотре: кожные покровы желтушные, бледные, петехиальные высыпания на ногах. В легких - небольшое количество влажных хрипов с обеих сторон в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, диастолический шум в точке Боткина и на аорте. Пульс - 106 уд/мин. АД - 120/40 мм рт. ст.

1. О каком заболевании можно думать? Клиническая картина какого порока описана?

2. С чем необходимо дифференцировать изменения в легких?
3. Тактика лечения данного пациента?
4. Нужна ли антибактериальная терапия в данном случае?
5. Основные методы подтверждения диагноза.

Эталон ответов к задаче №4.

1. Первичный инфекционный эндокардит с локализацией на аортальном клапане. Аортальная недостаточность.
2. Наиболее вероятная причина изменений в легких – застойные явления, которые необходимо дифференцировать с двусторонней пневмонией.
3. Тактика лечения - попытаться стабилизировать больного и перевод в кардиохирургическое отделение.
4. Да.
5. Развернутый анализ крови, СОЭ, СРБ, Кровь на стерильность, ЭХОКГ, рентген органов грудной клетки.

Задача №5. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

У больной с длительно существующим ревматическим митральным пороком уменьшилась одышка и симптомы легочной гипертензии, и стали нарастать отеки, появилась гепатомегалия и асцит.

1. Какова причина этих изменений в клинической картине?
2. При правожелудочковой СН первоначально появляется асцит или отеки нижних конечностей.
3. Нужна ли диуретическая терапия в данном случае?
4. Частое осложнение митрального стеноза.
5. Препарат для снижения легочной гипертензии.

Эталон ответов к задаче №5.

1. Появление правожелудочковой сердечной недостаточности.
2. Отеки.
3. Да.
4. Фибрилляция предсердий.
5. Силденафил (Виагра).

Задача №6. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

Пациентка 65-ти лет внезапно потеряла сознание. Кожные покровы повышенной влажности, бледно серого цвета, АД 60/40 мм рт. ст., тахикардия до 150 в мин. При осмотре: левая нога отечна, признаки варикозного расширения вен.

1. Наиболее вероятная причина потери сознания?
2. Определить величину шокового индекса
3. Причина отека левой ноги?
4. Основной метод обследования?
5. Основной метод лечения

Эталон ответов к задаче №6.

1. ТЭЛА
2. Шоковый индекс > 1
3. Тромбофлебит
4. Ангиопульмонография
5. Фибринолитическая терапия.

Задача №7. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

У мужчины 68 лет, находящегося на лечении в отделении реабилитации с инфарктом миокарда, внезапно появилась одышка, слабость. АД 80\60 ммрт.ст., ЧСС128 в минуту, ЧДД 30 в минуту. ЧДД 30 в минуту. Кожные покровы сероватой окраски, повышенной влажности. По ЭКГ: синусовая тахикардия, синдром S1 – Q111, QR 11,111, aVF, V3R – V6R.

1. Локализация инфаркта миокарда.
2. Осложнение инфаркта миокарда.
3. Наиболее вероятная причина появления этого осложнения.
4. Лабораторное обследование для подтверждения этого осложнения.
5. Инструментальное обследование для подтверждения этого осложнения.

Эталон ответов к задаче №7.

1. Q – инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка и правого желудочка.
2. ТЭЛА.
3. Наличие тромба в правом желудочке.
4. Определение D – димера.
5. ЭХОКГ, спиральная компьютерная томография, ангиопульмография, сцинтиграфия легких.

Задача №8. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

У женщины после длительного перилета в самолете при вставании появилась резкая слабость, холодный пот, чувство нехватки воздуха. При осмотре врача: пепельный ц иноз лица, ЧДД 35 в минуту, АД85\60 мм рт.ст., шейные вены набухшие. Левая голень толще правой.

1. Наиболее вероятное заболевание.
2. Осложнение этого заболевания.
3. Место госпитализации пациентки.

4. Инструментальные методы обследования.
5. Основной метод лечения.

Эталон ответов к задаче №8.

1. Тромбофлебит вен левой ноги.
2. ТЭЛА.
3. Отделение реанимации.
4. ЭКГ, ЭХОКГ, Спиральная компьютерная томография, ангиопульмография.
5. Тромболитическая терапия.

Задача №9. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

На второй день после операции по поводу перелома бедра у мужчины 40 лет внезапно появилась одышка, боли в груди справа при дыхании, небольшой кашель.

1. Диагноз возникшего осложнения.
2. Причина этого осложнения.
3. Инструментальная диагностика этого осложнения.
4. Лечение.
5. Целевые значения МНО.

Эталон ответов к задаче №9.

1. Эмболия ветвей легочной артерии.
2. Жировая эмболия.
3. ЭХОКГ. Спиральная компьютерная томография, ангиопульмография.
4. Эндоваскулярное или хирургическое лечение, гепаринотерапия.
5. От 2.0 до 3.0 у.е.

Задача №10. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

У больной 80 лет, находящийся на лечении по поводу сердечной недостаточности, внезапно усилилась одышка. Кожные покровы влажные, цианотичны, шейные вены набухшие. ЧДД- 28 в минуту, ЧСС-130 в минуту. АД- 100\60 мм рт.ст. Час назад АД 160\100 ммрт.ст., ЧСС 68 в минуту, на ЭКГ регистрировалась фибрилляция предсердий. При осмотре ЭОС отклонилась вправо, переходная зона сместилась с V3 до V5.

1. Вероятное осложнение.
2. Причина (источник) осложнения.
3. Что может дать ЭХОКГ и чреспищеводная ЭХОКГ.
4. Лабораторный метод подтверждения осложнения.
5. Основные методы подтверждения наличия этого осложнения.

Эталон ответов к задаче №10.

1. ТЭЛА.
2. Наличие тромбов в правых полостях сердца или периферических венах.
3. ЭХОКГ – дилатация полости правого желудочка, повышенное давление в легочной артерии. ЧПЭХОКГ – наличие тромбов в правых отделах сердца.
4. Определение D – димера.
5. Спиральная компьютерная томография, ангиопульмография, сцинтиграфия.

Задача №11. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

Пациент В. 45 лет, поступил в приемно-диагностическое отделение ГБ № 4 с диагнозом скорой помощи тяжелая пневмония. Из анамнеза: недавно выписался из стационара с диагнозом бронхопневмония неуточненная. Объективно: цианоз губ, частое поверхностное дыхание, одышка с ЧДД 28 в минуту, Тахикардия – 120, АД- 100/80. SpO₂- 86%. Аускультативно: сухие хрипы в нижних отделах. Из анамнеза: работает на вредном производстве лакокрасочных изделий. Накануне почувствовал себя плохо после работы, отмечал головную боль и слабость, после чего присоединилась чувство нехватки воздуха и одышка.

1. Какой предположительный диагноз вы можете поставить
2. Назовите необходимый перечень клинических обследований
3. С какими состояниями необходимо дифференцировать данную патологию
4. Дальнейшая тактика ведения данного пациента (условия)
5. Назовите основные повреждающие факторы легочноальвеолярного обмена

Эталон ответов к задаче №11.

1. Следует предположить у пациента начинающийся Острый респираторный дистресс синдром
2. Необходимо сделать Клини. Анализ кров, б/х, КЩР, ЭКГ, Рентгенографию ОГК, МСКТ,
3. ТЭЛА, ОКС с отеком легкого, Пневмония, Ожог легких
4. Данного пациента необходимо доставить в блок ОРИТ, ИВЛ и респираторная поддержка
5. Инфекция, гемодинамические нарушения, слипание альвеол, незрелость сурфактанта

Задача №12. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

Пациентка Г. 79 лет, проходит стационарное лечение в травматологическом отделении с диагнозом Перелом шейки бедра. Ночью интенсивные боли за грудиной, тяжесть, одышка, чувство нехватки воздуха. Объективно цианоз губ, ЧДД 20, тахикардия – 100, АД - 90/60 SpO₂ – 90 %, Аускультативно: жесткое дыхание. Вызван дежурный кардиолог, снята ЭКГ: на ЭКГ – синусовая тахикардия. Пациентка переведена в блок ОРИТ, там присоединилось кровохарканье с обильным выделением пенистой мокроты. Проведены реанимационные мероприятия. Взяты анализы. На рентгенограмме билатеральная инфильтрация легочной ткани. Состояние пациентки прогрессивно ухудшается.

1. Ваш предположительный диагноз
2. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. Какие мероприятия могли бы предотвратить данную ситуацию
4. Назовите основные принципы интенсивной терапии данных пациентов
5. Какие еще симптомы могут помочь в диагностике данного состояния.

Эталон ответов к задаче №12.

1. Острый респираторный дистресс синдром
2. ТЭЛА, ОКС с пST, жировая эмболия легочных сосудов
3. Правильная транспортировка, гепаринизация после оперативного вмешательства, ранняя активизация пациентки.
4. ИВЛ в сочетании с респираторной поддержкой, борьба с основной причиной данного осложнения
5. Цианоз, снижение PaO₂/FiO₂, данные рентгенограммы ОГК.

Задача №13. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

Пациент В. 24 года проходит стационарное лечение в отделении пульмонологии ГКБ №3. Из анамнеза известно внутривенные инъекции наркотиков, а также наличие ВИЧ инфекции. Объективно: цианотичен, пониженной массы тела, состояние средней ст. тяжести ближе к тяжелому, на ИВЛ, ЧДД 18, АД 90/60. Газы крови в норме. SpO₂ 95% Ночью ухудшение состояния, повышение ЧДД до 30 раз в минуту, падение АД до 80/40. Снижение PO₂ ниже 100 мм.рт.ст. Сделана Рентгенограмма легких: билатеральная инфильтрация. Проводилась инотропная поддержка.

1. Предположите гипотезу об основном осложнении
2. С чем связано данное состояние
3. Оцените тяжесть Данного состояния

4. Основные мероприятия по предупреждению данных состояний
5. Патогенез развития данного состояния

Эталоны ответов к задаче №13.

1. ОРДС
2. Иммуносупрессия в сочетании с развитием тяжелой пневмонии + длительная ИВЛ
3. ОРДС тяжелой степени тяжести
4. Санация очагов инфекции, адекватная а/б, устранение причин, повреждающих сурфактант
5. Поражение легочно-альвеолярной мембраны в сочетании с развитием ОДН

Задача №14. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

Больная М, 52 лет, находилась на лечении в отделении пульмонологии с диагнозом: Гиперчувствительный пневмонит, хроническое течение, обострение. Получала лечение: ГКС в суточной дозе 120 мг в/в капельно, беродуал 15 капель 3 раза в день через небулайзер, флуимицил 600 мг один раз в сутки. На фоне проводимой терапии самочувствие было удовлетворительное. На 5 сутки пребывания в стационаре отметила незначительное ухудшение самочувствия, усилилась одышка. На 7 сутки появилась резкая слабость, головокружение, снижение АД до 80/50 мм.рт.ст., усиление одышки. При осмотре акроцианоз, кожные покровы бледно розовые, влажные, горячие, температура тела 38,9 С, ЧСС 115 уд. мин., ЧД 28, SpO₂ 89%, при аускультации двухсторонние инспираторные хрипы с обеих сторон. В РАК обращает внимание лейкоцитоз 18 x10⁹ / л, сдвиг формулы в лево, нейтрофилов 89%, СОЭ 42 мм/ч. В б/х: СРБ -150 г/л, креатинин 140 мкмоль/л, мочевины 10,2 ммоль/л. На рентгенограмме органов грудной клетки: двухстороннее усиление легочного рисунка с обеих сторон, не исключена инфильтрация. С учетом клинической картины наиболее вероятно полисегментарная нижнедолевая пневмония.

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Какие показатели свидетельствуют об активности воспалительного процесса?
3. Какие осложнения развились у данной пациентки?
4. Тактика ведения
5. Показана ли антибактериальная терапия, если показана, то какая?

Эталоны ответов к задаче №14.

1. Полисегментарная нижнедолевая пневмония

2. Лихорадка, ускорение СОЭ, лейкоцитоз, СРБ.
3. ОРДС
4. А/б терапия, инфузионная терапия, оксигенотерапия, жаропонижающая терапия.
5. Показана антибиотиками широкого спектра действия.

Задача №15. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

Больной, 25 лет, находился на амбулаторном приеме с жалобами на высокую температуру до 38,5-39,0С в течение трех дней, затем появился кашель со “ржавой” мокротой, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. Объективно: состояние тяжелое, ч.д.д. – 28 в 1 мин. В легких голосовое дрожание усилено слева над нижней долей, там же укорочен перкуторный звук, дыхание бронхиальное, крепитация. Тахикардия. АД 90/50 мм. рт. ст.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?
3. Развитие какого осложнения можно предполагать у больного?
4. Какие синдромы можно выделить?
5. Прогноз.

Эталон ответов к задаче №15.

1. Крупозная пневмония тяжелой ст. тяжести
2. Рентгенограмма ОГК
3. ОДН в сочетании с Острым респираторным дистресс синдромом
4. Лихорадочный, инфильтрации легочной ткани
5. Благоприятный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

1. Уметь целенаправленно, по синдромам обследовать больного с ТЭЛА (УК-1, ПК 5)
2. С учетом сложности диф. диагностики собрать анамнез (УК-1, ПК 5)
3. Интерпретировать дополнительные методы диагностики: КТ, МСКТ легких с введением контраста, (УК-1, ПК 5)
4. Интерпретировать данные ЭКГ – правограмма, ЭхоКС: повышение СДЛА, (УК-1, ПК 5)
5. Уметь оказывать неотложную помощь и знать тактику инвазивных

пособий при ТЭЛА. (УК-1, ПК 5, ПК 6)

6. Изучить алгоритм оказания помощи у пациентов с ОРДС (УК-1, ПК 5, ПК 6)

7. Изучить алгоритм оказания помощи у пациентов с ОДН (УК-1, ПК 5, ПК 6)

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Острые отравления, этиология, клиника, неотложная помощь.

2. ОПН, патогенез, клиника, неотложная помощь.

3. Отёк легких, патогенез, клиника, неотложная помощь.

4. Кардиогенный шок, патогенез, клиника, неотложная помощь.

5. Гипертонический криз, патогенез, клиника, неотложная помощь.

6. ОДН, патогенез, клиника, неотложная помощь.

7. Судорожный синдром, патогенез, клиника, неотложная помощь.

8. Рекомендованная литература по теме занятия

Перечень основной литературы:

1. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.

2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 1. - 783 с.

3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 2. - 575 с.

4. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1. - 960 с. : ил. - ISBN 9785970425794 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова

5. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 896 с. : ил - ISBN 9785970425800 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова

6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
7. Гематология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. О. А. Рукавицын. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 776 с. - (Национальные руководства).
8. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - (Национальные руководства).
9. Пульмонология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. Г. Чучалин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.
10. Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1112 с. - (Национальные руководства).

Перечень дополнительной литературы:

1. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.8. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней / сост. С. Ю. Никулина, Т. Д. Верещагина, С. Е. Головенкин [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 97 с. – ЦКМС
2. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.1. Болезни сердечно-сосудистой системы / сост. Ю. И. Гринштейн, В. В. Кусаев, В. В. Шабалин [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 625 с. - ЦКМС

1. Индекс ОД.О.01.1.8.39 Тема: Тяжелые формы бронхиальной астмы. Астматический статус. Анафилактический шок и анафилактические реакции. Пневмоторакс.

2. Форма работы:

-Подготовка к практическим занятиям.

-Подготовка материалов по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

Обладать: - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

Знать:

- этиологию, патогенез, клиническую картину, закономерности течения, важнейшие осложнения, прогноз и наиболее информативные методы диагностики бронхиальной астмы и астматического статуса.

- этиологию, патогенез, клиническую картину, наиболее информативные методы диагностики анафилактического шока и анафилактических реакций.

- основные клинические проявления пневмоторакса, этиологию, патогенез, современную классификацию этого осложнения.

Уметь:

- провести обследование больных с бронхиальной астмой и астматическим статусом, интерпретировать данные дополнительных методов обследования.

- провести обследование больных с анафилактическим шоком и анафилактическими реакциями, интерпретировать данные дополнительных методов исследования.

- провести диагностику пневмоторакса.

Владеть:

- патогенетической и симптоматической терапии бронхиальной астмы и астматического статуса.

- методами неотложной помощи при анафилактическом шоке.

- методами лечения и профилактики пневмоторакса.

Вопросы для самоподготовки:

1. Понятие бронхообструктивного синдрома (УК-1, ПК-5).
2. Принципы дифференциальной диагностики (УК-1, ПК-5).
3. Лечение обструктивного синдрома в зависимости от его причины (при бронхиальной астме, ХОБЛ, экзогенном аллергическом альвеолите, пневмокониозах, диффузных заболеваниях соединительной ткани, сердечной астме, истерии и др.) (УК-1, ПК-6).
4. Определение ХОБЛ (УК-1, ПК-5).
5. Критерии бронхиальной обструкции (УК-1, ПК-5).
6. Лечение ХОБЛ в период ремиссии и обострения (УК-1, ПК-6).
7. Что включает в себя базисная терапия БА? (УК-1, ПК-5).
8. Какие бронхолитики относятся к препаратам быстрого и пролонгированного действия? (УК-1, ПК-5).
9. Какова тактика ведения больных в астматическом состоянии? (УК-1, ПК-6).
10. Этиология, патогенез анафилактического шока и анафилактических реакций (УК-1, ПК-5).
11. Клиническая картина анафилактического шока и анафилактических реакций (УК-1, ПК-5).
12. Наиболее информативные методы диагностики анафилактического шока и анафилактических реакций (УК-1, ПК-5).
13. Классификация (УК-1, ПК-5).
14. Лечение анафилактического шока (УК-1, ПК-6).
15. Дать определение пневмоторакса (УК-1, ПК-5).
16. Классификация пневмоторакса (УК-1, ПК-5).
17. Морфологические изменения при пневмотораксе (УК-1, ПК-5).
18. Причины пневмоторакса (УК-1, ПК-5).
19. Основные клинические проявления при пневмотораксе (УК-1, ПК-5).
20. Назвать методы диагностики пневмоторакса (УК-1, ПК-5).

21. Дифференциальная диагностика (УК-1, ПК-5).
22. Принципы лечения пневмоторакса (УК-1, ПК-6).
23. Профилактика, прогноз (УК-1, ПК-5).

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. КАКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗВОЛЯЮТ ОТЛИЧИТЬ БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ ОТ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ? (УК-1, ПК-5)

1. Ночные приступы удушья
2. Связь приступов с положением тела
3. Появление кашля в конце приступа удушья
4. Эффект от бета-2-адреномиметиков
5. Одышка усиливается в горизонтальном положении

Ответ: 1

2. НАЛИЧИЕ УДУШЬЯ И ЭОЗИНОФИЛИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ: (УК-1, ПК-5)

1. Узелковый полиартериит
2. Аллергический бронхолегочный аспергиллез
3. Муковисцидоз
4. Бронхиальная астма
5. Правильного ответа нет

Ответ: 3

3. ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СЛУЧАЕ: (УК-1, ПК-5)

1. У больной после гинекологической операции при резком вставании с постели возникла боль в грудной клетке, одышка, сердцебиение, сухой кашель
2. У больного после приема амоксициллина развился отек языка, появилось затрудненное глотание, стридорозное дыхание, удушье
3. У больного в очередной раз ночью появилось удушье с дистанционными хрипами, заложенность носа, кашель
4. У больного с абсцессом легкого внезапно ночью появилась резкая боль в грудной клетке, одышка, сердцебиение, слабость
5. Правильного ответа нет

Ответ: 3

4. СИНДРОМ ДА'КОСТА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ: (УК-1, ПК-5)

1. Узелковом полиартериите

2. Врожденной патологии бронхов
3. Гипервентиляции
4. Карциноиде
5. ЯБЖ

Ответ: 3

5. СИНДРОМ ЧЕРДЖА - СТРОСС ОПИСАН ПРИ: (УК-1, ПК-5)

1. Центральном нарушении дыхания
2. ТЭЛА
3. Узелковом полиартериите
4. СКВ
5. ЯБЖ

Ответ: 3

6. ДЛЯ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРЕН ОБРАТИМЫЙ ХАРАКТЕР СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ: (УК-1, ПК-5)

1. ХОБЛ
2. Бронхиальная астма
3. Сердечная астма
4. Обструктивная эмфизема легки
5. ТЭЛА

Ответ: 2

7. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БЫВАЕТ УДУШЬЕ: (УК-1, ПК-5)

1. Бронхиальная астма
2. ХОБЛ
3. Сердечная астма
4. Стеноз и отек гортани, трахеи
5. При всех

Ответ: 5

8. ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ: ВНЕЗАПНАЯ БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ, ХОЛОДНЫЙ ПОТ, КАШЕЛЬ, УДУШЬЕ, БЛЕДНЫЙ ЦИАНОЗ, КОЛЛАПС, ВЫРАЖЕННАЯ ЭПИГАСТРАЛЬНАЯ ПУЛЬСАЦИЯ, АКЦЕНТ ВТОРОГО ТОНА НАД ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ, УВЕЛИЧЕННАЯ И БОЛЕЗНЕННАЯ ПЕЧЕНЬ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПЛЕША: (УК-1, ПК-5)

1. ТЭЛА
2. Острый инфаркт миокарда

3. Спонтанный пневмоторакс
4. Инфаркт-пневмония
5. Хронический гастрит

Ответ: 1

9. ДЛЯ КАКОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ХАРАКТЕРНО ВЫСЛУШИВАНИЕ СУХИХ СВИСТЯЩИХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ: (УК-1, ПК-5)

1. Повышение воздушности легких
2. Наличие жидкости в полости плевры
3. Нарушение бронхиальной проходимости
4. Уплотнение легочной ткани
5. Наличие полости в легочной ткани

Ответ: 3

10. ОЦЕНИТЕ СТЕПЕНЬ РЕСТРИКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ, ЕСЛИ ПО ДАННЫМ СПИРОГРАФИИ ЧИСЛО ДЫХАНИЙ 28 В МИНУТУ, ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ 320 МЛ, ЖЕЛ = 3,4 Л (75% ДОЛЖНОГО), ЖЕЛ-ФЖЕЛ=0,1Л, ИНДЕКС ТИФФНО = 88%, МВЛ = 66,4 Л/МИН. (70% ДОЛЖНОГО): (УК-1, ПК-5)

1. Рестриктивных изменений нет
2. Рестриктивные изменения в пределах условной нормы
3. Умеренные рестриктивные изменения
4. Значительные рестриктивные изменения
5. Резко выраженные рестриктивные изменения

Ответ: 3

11. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК – ЭТО ИММУННАЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Реакция немедленного типа
2. Реакция замедленного типа
3. Реакция отсроченного типа
4. Не относится к иммунным реакциям
5. Правильного ответа нет

Ответ: 1

12. ВТОРАЯ СТАДИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НОСИТ НАЗВАНИЕ: (УК-1, ПК-5)

1. Иммунологической

2. Патофизиологической
3. Патохимической
4. Терминальной
5. Правильного ответа нет

Ответ: 3

13. НА ОБЩУЮ КАРТИНУ И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ВИД АЛЛЕРГЕНА: (УК-1, ПК-5)

1. Влияет в зависимости от внешних факторов
2. Влияет всегда
3. Не влияет
4. Связь не установлена
5. Правильного ответа нет

Ответ: 3

14. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА: (УК-1, ПК-5)

1. С преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы
2. С преимущественным поражением системы органов дыхания
3. С преимущественным поражением кожных покровов и слизистых
4. С преимущественным поражением центральной нервной системы
5. Все ответы правильные

Ответ: 5

15. НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК С ЗАБОЛЕВАНИЕМ: (УК-1, ПК-5)

1. Острой сердечно-сосудистой недостаточностью
2. Острым инфарктом миокарда
3. Эпилепсией
4. Эмболией лёгочной артерии
5. Всеми вышеперечисленными заболеваниями

Ответ: 5

16. НЕЛЬЗЯ ВВОДИТЬ В ОДНО МЕСТО БОЛЕЕ 1 МЛ 0,1% АДРЕНАЛИНА, Т.К.: (УК-1, ПК-6)

1. Он оказывает токсическое влияние
2. Вызывает некроз тканей в месте введения
3. Усиливает ЧСС
4. Замедляет собственное всасывание
5. Правильного ответа нет

Ответ: 4

17. ПРИ СОХРАНЕНИИ СТОЙКОЙ ГИПОТЕНЗИИ К ТЕРАПИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА СЛЕДУЕТ ПОДКЛЮЧИТЬ: (УК-1, ПК-6)

1. 10 мл 2,4% раствора эуфиллина
2. 1-2 мл 0,2% раствора норадреналина
3. 60-150 мг преднизолона
4. 2 – 4 мл тавегила
5. 10мл изакардина

Ответ: 2

18. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТЛИЧАЕТСЯ ГИПОТЕНЗИВНЫМ ЭФФЕКТОМ: (УК-1, ПК-6)

1. Димедрол
2. Пипольфен (дипразин)
3. Супрастин
4. Тавегил
5. Дезал

Ответ: 2

19. ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ: (УК-1, ПК-6)

1. Эпинефрина гидрохлорид
2. Хлорид кальция
3. Новокаин
4. Тиосульфат натрия
5. Всеми вышеперечисленными заболеваниями

Ответ: 1

20. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ВЫЗВАННОМ КАКИМ-ЛИБО ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ГРУППЫ ФЕНОТИАЗИНОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ, ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ: (УК-1, ПК-6)

1. Димедрола
2. Пипольфена (дипразина)
3. Супрастина
4. Тавегила
5. Хлоропирамина

Ответ: 2

21. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЗАКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ (УК-1, ПК-5)

1. Уменьшение половины грудной клетки, ее западение и отставание в акте дыхания
2. Отставание в акте дыхания, увеличение половины грудной клетки, влажные межреберные промежутки
3. Гиперстеническая форма грудной клетки
4. Отставание в дыхании одной половины грудной клетки
5. Увеличение переднезаднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжение межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон

Ответ: 4

22. РАЗНОВИДНОСТЬ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ (УК-1, ПК-5)

1. Тупой (бедренный)
2. Ясный легочный
3. Тимпанический
4. Коробочный
5. Притуплено – тимпанический

Ответ: 3

23. ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ И БРОНХОФОНΙΑ ОТСУТСТВУЕТ, ПРИ ПЕРКУССИИ ТУПОЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК, ДЫХАНИЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-5)

1. Бронхит
2. Пневмония
3. Экссудативный плеврит
4. Эмфизема
5. Пневмоторакс

Ответ: 5

24. ПРИ КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ НАД ПОРАЖЕННЫМ ЛЕГКИМ ВОЗНИКАЕТ ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК (УК-1, ПК-5)

1. Пневмоторакс
2. Эмфизема легких
3. Наличие полости в легком, сообщающейся с бронхом
4. Дыхательная недостаточность

5. Компрессионный ателектаз

Ответ: 1

25. ДЛЯ КАКОГО ЛЕГОЧНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРЕН ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК (УК-1, ПК-5)

1. Синдром бронхоспазма
2. Синдром наличия жидкости в плевральной полости
3. Синдром наличия воздуха в плевральной полости
4. Синдром компрессионного ателектаза
5. Синдром воспалительной инфильтрации легочной ткани

Ответ: 3

26. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ В МЕСТЕ СКОПЛЕНИЯ ВОЗДУХА НАБЛЮДАЕТСЯ (УК-1, ПК-5)

1. Обеднение легочного рисунка и просветление
2. Отсутствие легочного рисунка и просветление
3. Отсутствие легочного рисунка и затемнение
4. Обеднение легочного рисунка и затемнение
5. Пневмоторакс рентгенологически не выявляется

Ответ: 2

27. ТЕНЬ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ (УК-1, ПК-5)

1. Не смещена
2. Смещена в больную сторону
3. Смещена в здоровую сторону
4. Расширена
5. Не определяется

Ответ: 3

28. У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОТОРАКСОМ ХАРАКТЕРНОЙ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНОЙ В ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-5)

1. Ослабленное везикулярное дыхание
2. Мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитация
3. Отсутствие дыхания на стороне поражения
4. Сухие жужжащие хрипы
5. Амфорическое дыхание

Ответ: 3

29. У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ АБСЦЕССО ЛЕГКОГО НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОХРАНЯЕТСЯ ЛИХОРАДКА ДО 38⁰С, ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА И РЕЗКАЯ БОЛЬ В БОКУ, ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ТИМПАНИЧЕСКИЙ, ПЕРЕСТАЛО ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ДЫХАНИЕ. НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ (УК-1, ПК-5)

1. Об остром респираторном дистресс-синдроме
2. О септическом шоке
3. О разрешении пневмонии
4. Об экссудативном плеврите
5. О пневмотораксе

Ответ: 5

30. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОГРАНИЧЕННОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕЕ НЕКРОЗА И ГНОЙНОГО РАСПЛАВЛЕНИЯ ДИАГНОСТИРУЮТ (УК-1, ПК-5)

1. Абсцесс легкого
2. Гангрену легкого
3. Эмпиему плевры
4. Кисту легкого
5. Пневмоторакс

Ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больная поступила с жалобами на приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой. С детства частые бронхиты, обострения в весенне-осенний период года. На протяжении последних 5 лет приступы удушья с затрудненным выдохом, купируются ингаляциями сальбутамола. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 37.6⁰С. ЧД 20 в минуту. Над легкими коробочный звук, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, повсюду сухие дискантовые хрипы. Пульс 90 в минуту. АД 140/90 мм рт. ст.

1. Перечислите признаки бронхиальной обструкции.
2. Какая форма бронхиальной астмы, определите степень тяжести?
3. Какие исследования необходимы для оценки состояния больной?
4. Лечебная тактика.
5. Прогноз.

Эталон ответов к задаче №1.

1. Приступ удушья с затрудненным выдохом, сухие дискантовые хрипы, эффект сальбутамола.
2. Эндогенная БА, средней степени тяжести.
3. Исследование функции внешнего дыхания, пикфлоуметрия, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, анализ крови, анализ мокроты.
4. Антибактериальная терапия, ингаляции бронхолитиков, лазолвана, глюкокортикостероидов через небулайзер. В дальнейшем подбор оптимальной дозы ингаляционных ГКС.
5. Благоприятный.

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У больной, 62 лет, последние два года периодически, обычно вечером, когда она, поужинав, ложится спать, возникает удушье, которое сопровождается болями за нижним концом грудины и отрыжкой пищей. Боли и удушье проходят при приеме спазмолитиков (папаверин, но-шпа). Удушье прекращается, когда больная встает с постели.

1. Чем обусловлено удушье у больного?
2. Укажите наиболее информативный метод исследования больной:
3. С чем необходимо дифференцировать?
4. Что такое пикфлоуметрия?
5. Прогноз.

Эталон ответов к задаче №2.

1. Грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Рентгенологическое исследование ЖКТ.
3. С другими заболеваниями, сопровождающимися приступами удушья.
4. Для ежедневного мониторинга используется портативный пикфлоуметр. Больной регистрирует утренние и вечерние показания ПСВ (пиковая скорость выдоха).

Суточный разброс определяется по формуле:

$$\text{ИСВ} = \frac{\text{ПСВ}_{\text{вечер}} - \text{ПСВ}_{\text{утро}}}{1/2 (\text{ПСВ}_{\text{вечер}} + \text{ПСВ}_{\text{утро}})} * 100\%$$

Если его значение 20% и более на протяжении нескольких дней, то вероятнее всего у больного БА.

5. Благоприятный.

Задача №3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больная, 26 лет, с 6 лет страдает приступами экспираторного удушья, во время приступа иногда появляются дистанционные хрипы. Во время приступа больная мечется по комнате, садится на корточки, принимает коленно-локтевое положение. Приступ длится от получаса до нескольких часов, медленно проходит после подкожного введения адреналина или эфедрина. Кашля, отхождения мокроты в конце приступа нет. В легких выслушиваются непостоянные сухие хрипы различного тембра. Число дыханий во время удушья до 42 в мин. На резкие запахи больная не реагирует. При исследовании вне приступа явлений эмфиземы легких нет.

1. Чем обусловлен приступ при данной клинической картине?
2. С чем необходимо дифференцировать эти приступы?
3. С кем проконсультировать больную?
4. Какую терапию можно посоветовать?
5. Прогноз.

Эталон ответов к задаче №3.

1. Нервно-психическим заболеванием.
2. С БА.
3. С психиатром.
4. Седативную.
5. Благоприятный.

Задача № 4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У больного, 32 лет, приступ удушья. Он сидит, опершись руками о край кровати. Дыхание с дистанционными хрипами, непродуктивный кашель усиливает удушье. Из анамнеза: подобные приступы были и раньше после контакта с домашней пылью. Постоянную медикаментозную терапию не получает. Настоящий приступ развился внезапно во время ремонта квартиры. Объективно: в легких дыхание ослаблено. Число дыханий 22 в минуту, масса сухих свистящих хрипов. Тоны сердца ясные. ЧСС 92 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, отеков нет.

1. Ваш диагноз.
2. Что явилось причиной развития удушья?
3. Неотложные мероприятия.
4. Дальнейшая тактика?
5. Прогноз.

Эталон ответов к задаче № 4.

1. Бронхиальная астма экзогенная, легкой степени тяжести, стадия обострения.
2. Повышенный контакт с пылью при отсутствии базисной терапии.

3. Две ингаляции беротека или сальбутамола, при необходимости повторить через 20 минут. При отсутствии эффекта ввести в/в эуфиллин 2,4% - 10 мл и в/м тавегил 2,0 мл.
4. После купирования приступа удушья рекомендовать консультацию аллерголога для проведения аллергологического обследования, спирографии с бронхолитиками и решения вопроса об объеме базисной терапии.
5. Благоприятный.

Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У женщины, 40 лет, страдающей хроническим синуситом развилась острая форма артрита. Врач назначил лечение индометацином. Атопии и лекарственной аллергии в анамнезе у больной нет, однако у нее внезапно развился приступ удушья.

1. Что явилось причиной обструкции?
2. К какой группе препаратов относится индометацин?
3. Какой системе необходимо уделить внимание при обследовании?
4. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению больной.
5. Прогноз.

Эталон ответов к задаче №5.

1. Гиперчувствительность к индометацину.
2. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).
3. ЛОР-органам на предмет обнаружения полипов.
4. Исключить НПВП, анальгетики. Назначить системные ГКС внутрь и комбинированные ГКС ингаляционно (серетид, симбикорт).
5. Благоприятный.

Задача №6. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

При первом введении антибиотика в процедурном кабинете у пациента чувство жара во всем теле, возбуждение и беспокойство, удушье.

1. Ваш диагноз?
2. Какие ошибки были допущены мед. персоналом?
3. Что необходимо сделать в первую очередь?
4. Какие препараты необходимо ввести для лечения данного осложнения?
5. Меры профилактики.

Эталон ответов к задаче №6.

1. Анафилактический шок.

2. Не была проведена предварительная проба.
3. Начать купирование согласно алгоритму.
4. Адреналин, ГКС, инфузионная терапия, антигистаминные.
5. Сбор анамнеза, аллергопробы.

Задача №7. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

В приемный покой стационара поступил больной. Из анамнеза: во время пребывания на загородном участке больной был укушен неизвестным насекомым. Жалобы: на кожный зуд, значительный отек и гиперемию в месте укуса, внезапно наступившую общую слабость, затрудненное дыхание.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать в первую очередь?
3. Ваша дальнейшая тактика.
4. Какой тип гиперчувствительности развился у данного больного?
5. Меры профилактики.

Эталон ответов к задаче №7.

1. Анафилактический шок.
2. Наложить жгут выше места укуса.
3. Приступить к купированию шока по алгоритму
4. Гиперчувствительность немедленного типа.
5. Пользоваться препаратами, защищающими от укусов насекомых, носить защитную одежду.

Задача №8. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

После употребления в пищу ягодных культур (клубники) у пациента головокружение, темнота перед глазами, общая слабость, бледность кожных покровов. Через 10 минут на смену данным проявлениям возникла тошнота, боль в эпигастральной области, резкое падение артериального давления.

1. Ваш диагноз?
2. Что необходимо сделать в первую очередь?
3. Ваша дальнейшая тактика.
4. Какие антигистаминные препараты вы знаете?
5. Меры профилактики.

Эталон ответов к задаче №8.

1. Анафилактический шок.
2. Вызвать рвоту, обильное питье, вызвать СМП.
3. Выполнить промывание желудка, ввести адреналин, ГКС, инфузионная терапия, антигистаминные.

4. Хлоропирамин, димидрол, лоратадин, дезлоратадин.
5. Не употреблять аллергенные продукты.

Задача №9(УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

В анамнезе у пациента – развитие анафилактического шока 7 лет назад на введение препаратов пенициллинового ряда.

1. Какое осложнение возможно, если ввести данному пациенту амоксиклав?
2. Какие группы препаратов запрещены данному пациенту?
3. Какие препараты вы знаете из группы цефалоспоринов?
4. Препарат какой группы вы назначите данному пациенту при развитии у него пневмонии?
5. Меры профилактики развития анафилактического шока.

Эталон ответов к задаче №9.

1. Анафилактический шок
2. Из группы В-лактамов
3. Цефтриаксон, цефазолин, цефалерзон
4. Азитромицин.
5. Сбор анамнеза, избегать контакт с аллергеном, аллергопробы.

Задача №10. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

К вам в отделение поступила больная, перенесшая анафилактический шок на рабочем месте. Из анамнеза: пациентка в течение 20 лет работает в упаковочном цехе на заводе медицинских препаратов.

1. Что могло послужить причиной развития анаф. шока?
2. Особенности обследования и профилактики в данном случае?
3. Что такое сенсibilизация?
4. Назовите виды гиперчувствительности.
5. Алгоритм действий при развитии анафилактического шока.

Эталон ответов к задаче №10.

1. Сенсibilизация к компонентам мед. препаратов.
2. Обязательна консультация аллерголога. При подтверждении этиологии шока – рекомендации о переводе на другое место работы.
3. Повышение чувствительности к конкретному аллергену с последующим развитием на него гиперчувствительности.
4. Замедленного и немедленного типов.
5. Прекратить контакт с аллергеном, поднять ноги, ввести адреналин, ГКС, инфузионная терапия, госпитализация в ОРИТ.

Задача №11. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной, 45 лет, в течение 20 лет страдает хроническим бронхитом, в течение 10 лет приступы бронхоспазма. Час назад внезапно при кашле почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки и удушье. Объективно: состояние тяжелое, положение, вынужденное - больной сидит, тело покрыто холодным потом, кожные покровы цианотичны. Правая половина грудной клетки в дыхании не участвует, перкуторно справа тимпанит, голосовое дрожание ослаблено. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева жесткое, рассеянные сухие хрипы, ЧД 26 в минуту. Левая граница сердца определяется по средней подмышечной линии, гоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 100 уд/мин. АД 85/60 мм рт. ст. Печеночная тупость не определяется.

1. Какое осложнение произошло?
2. Метод исследования, подтверждающий данное осложнение?
3. Как объяснить развитие дыхательной недостаточности, падение АД?
4. Тактика неотложной помощи.
5. Профилактика, прогноз

Эталон ответа к задаче №11.

1. Спонтанный пневмоторакс.
2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки.
3. Компрессионный ателектаз правого легкого, смещение средостения.
4. Пункция плевральной полости с аспирацией воздуха с последующим дренированием для расправления легкого.
5. Отказ от курения, консультации пульмонолога. Летальность невысока, чаще наблюдается при вторичных пневмотораксах (от 4%-25%). Очень высок рост рецидивов. До 54% рецидивы происходят в течение 1 года. Исключить тяжелый труд (до года).

Задача №12. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

У больного 40 лет, страдающего врожденным поликистозом легких, дома внезапно во время незначительной физической нагрузки возникла сильнейшая боль в грудной клетке справа, усиливающаяся при движении и глубоком вдохе. Одновременно появился сухой надсадный кашель. Об-но: бледность кожных покровов, цианоз, поверхностное дыхание, ЧДД 36 в 1 мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при перкуссии справа по задне-подмышечной и лопаточной линиям определяется тимпанический звук, в этой зоне ослаблено голосовое дрожание и бронхофония, дыхание резко ослаблено. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 120 в мин. АД 70/40 мм рт. ст. Живот при пальпации

мягкий, безболезненный, печень не увеличена, отеков нет. На проведенной по экстренным показаниям рентгенограмме грудной клетки на фоне поликистоза видно пристеночное просветление, лишенное легочного рисунка, и край спавшегося правого легкого. Пункция плевральной полости справа - свободный газ.

1. Диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. Тактика ведения больного (этапы эвакуации)?
4. Мероприятия неотложной помощи?
5. Профилактика обострений поликистоза легких?

Эталон ответов к задаче №12.

1. Диагноз: Поликистоз легких: Спонтанный пневмоторакс справа.
2. Диагноз поставлен на основании клинической картины заболевания и данных рентгенологического исследования грудной клетки.
3. Больной подлежит немедленной госпитализации в хирургическое или специализированное торакальное отделение после оказания первой помощи на санитарном транспорте в сопровождении врача или фельдшера.
4. Купирование болевого синдрома: введение анальгина 50% р-р 2 мл в/в или в/м, при неэффективности наркотического анальгетика (морфин 1% - 1 мл, промедол 1-2% 1-2 мл п/к или в/в). Для устранения сердечнососудистой недостаточности - в/м или в/в 2 мл кордиамина, в/в капельно 2-5 мл допамина на физ. растворе, 30-60 мг преднизолона в/в. Ингаляция кислорода.
5. В стационаре - плевральная пункция. Если с помощью плевральной пункции легкое расправит не удастся, показано дренирование плевральной полости по Бюлау. Если и после дренирования расправит легкое не удастся- операция торакотомия, резекция легкого кистозно измененного участка. Диспансерное наблюдение, отказ от курения, ежегодная вакцинация против гриппа, муколитики в весенне-осеннее время, ЛФК, дыхательная гимнастика, ограничение физической активности (противопоказаны подъем тяжелых предметов).

Задача №13. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 65 лет, в течение 20 лет страдает ХОБЛ, последние 10 лет - приступы бронхоспазма. Внезапно при кашле почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки и удушье. Состояние тяжелое, положение, вынужденное (сидит), кожные покровы цианотичны, покрыты холодным потом. Правая половина грудной клетки в дыхании не участвует, справа перкуторно тимпанит, голосовое дрожание ослаблено, дыхание не прослушивается, слева дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧДД 34 в мин. Левая граница сердца определяется по средней подмышечной линии,

тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 100 в мин. АД 80/60 мм рт. ст. Печеночная тупость не определяется.

1. Какое осложнение произошло?
2. Возможная причина осложнения?
3. Исследование, подтверждающее данное осложнение?
4. Тактика неотложной помощи?
5. Критерии успешного консервативного лечения? \

Эталон ответов к задаче №13.

1. Спонтанный пневмоторакс.
2. Наличие врожденных кист, поликистоз легких.
3. Рентгенография органов грудной клетки.
4. Борьба с явлениями шока (анальгин 50% р-р 2 мл, преднизолон 30-60 мг в/в, допамин 2-4 мл в/в, ингаляции кислорода), плевральная пункция (в 7-8 межреберье на стороне пневмоторакса по задне-подмышечной линии тонкой иглой под местной анестезией новокаином 0,25% р-ра 20-30 мл, затем толстой иглой прокол грудной клетки, эвакуация воздуха до полного герметизма). Если герметизм не получен, дренаж плевральной полости по Бюлау, при неэффективности - хирургическое лечение.
5. Достижение герметизма, расправление легкого.

Задача №14. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Рядовой А., доставлен в МПП через 1,5 часа после взрыва шариковой бомбы с ранением левого плеча и левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Слабость. Пульс - 120 в минуту. АД – 80/40 мм рт. ст. Кашель с кровянистой мокротой. Перкуторно слева притупление до 4-го ребра. Дыхание не проводится. Нарастающая подкожная эмфизема левой половины грудной клетки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша тактика (МПП работает в полном объеме)?
3. В каком положении и в какую очередь следует эвакуировать раненого в омедб (див)?
4. Перечень основных мероприятий в омедб (див), эвакуация и место дальнейшего лечения.
5. Реабилитация.

Эталон ответов к задаче №14.

1. Проникающее слепое ранение шариковыми элементами левой половины грудной клетки, гемоторакс, клапанный пневмоторакс, слепое ранение мягких тканей левого плеча. Шок I степени.

2. В перевязочной в 1 очередь: комплексная противошоковая терапия, перевод клапанного пневмоторакса в открытый, вагосимпатическая блокада.
3. Эвакуация в омедб (див) лёжа в 1 очередь.
4. В операционной под прикрытием комплексной противошоковой терапии торакотомия, ревизия, гемостаз, обработка и ушивание раны лёгкого, ПХО и ушивание грудной клетки. Дренаж плевральной полости для активной аспирации полиэтиленовой грушей-гармошкой. Продолжение комплексной терапии в шоковой палатке, профилактика раневой инфекции. После стойкого выведения из шока эвакуация во 2-3 очередь в передовую ГБ.
5. По выписке из ГБ ограничение физических нагрузок до 4 месяцев.

Задача №15. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Больной 25 лет, доставлен в приемное отделение хирургического отделения с жалобами на резкую боль в левой половине грудной клетки и удушье. Данные симптомы появились резко после подъема тяжести. Ранее ничем не болел. Об-но: Состояние тяжелое. Положение, вынужденное – больной сидит. Тело покрыто холодным потом. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно слева – тимпани, голосовое дрожание ослаблено. Аускультативно: слева дыхание не прослушивается, справа - не изменено. Ч.Д.Д. – 30 в 1 мин., Ч.С.С. – 100 в 1 мин., АД - 90/60 мм рт. ст.

1. Какое осложнение произошло.
2. Метод исследования, подтверждающий данное осложнение
3. Возможная причина осложнения
4. Тактика неотложной помощи
5. Прогноз

Эталон ответов к задаче №15.

1. Спонтанный пневмоторакс.
2. Рентгенография органов грудной клетки, КТ.
3. Наличие врожденных кист в легком.
4. Борьба с явлениями шока (анальгин 50% р-р 2 мл, преднизолон 30-60 мг в/в, допамин 2-4 мл в/в, ингаляции кислорода), плевральная пункция (в 7-8 межреберье на стороне пневмоторакса по задне-подмышечной линии тонкой иглой под местной анестезией новокаином 0,25% р-ра 20-30 мл, затем толстой иглой прокол грудной клетки, эвакуация воздуха до полного герметизма). Если герметизм не получен, дренаж плевральной полости по Бюлау, при неэффективности - хирургическое лечение.
5. Благоприятный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Провести обследование больных бронхиальной астмой и больных с астматическим статусом (УК-1, ПК-5).
2. Выделить кардинальные синдромы заболевания (УК-1, ПК-5).
3. Интерпретировать полученные клинические данные (УК-1, ПК-5).
4. Наметить план обследования и лечения пациента (УК-1, ПК-5, ПК-6).
5. Умение диагностировать анафилаксию и дифференцировать с шоками различного происхождения (УК-1, ПК-5).
6. Умение выделить синдромы, в т.ч., угрожающие жизни пациента и знать алгоритм купирования этих симптомов (УК-1, ПК-5, ПК-6).
7. Умение грамотно назначить и интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований (УК-1, ПК-5).
8. Владеть современными методами лечения АШ (УК-1, ПК-6).
9. Провести обследование больных с пневмотораксом, выделить клинические симптомы пневмоторакса (УК-1, ПК-5).
10. Интерпретировать полученные клинические данные (УК-1, ПК-5).
11. Наметить план обследования и лечения пациента, интерпретировать данные рентгенографии органов грудной клетки, КТ, томограмм (УК-1, ПК-5).
12. Владеть методами лечения пневмоторакса (УК-1, ПК-6).

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Современные аспекты терапии БА.
2. Тактика ведения больных в астматическом состоянии.
3. Методы неотложной помощи при АШ.
4. Методы профилактики АШ.
5. Патофизиологические аспекты АШ.
6. Современные аспекты лечения пневмоторакса.
7. Современные методы диагностики пневмоторакса.
8. Алгоритм неотложной помощи при пневмотораксе.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

Перечень основной литературы:

1. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 1. - 783 с.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 2. - 575 с.
4. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1. - 960 с. : ил. - ISBN 9785970425794 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
5. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970425800 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
7. Гематология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. О. А. Рукавицын. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 776 с. - (Национальные руководства).
8. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - (Национальные руководства).
9. Пульмонология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. Г. Чучалин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.
10. Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1112 с. - (Национальные руководства).

Перечень дополнительной литературы:

1. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.8. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней / сост. С. Ю. Никулина, Т. Д. Верещагина, С. Е. Головенкин [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 97 с. – ЦКМС
2. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.1. Болезни сердечно-

сосудистой системы / сост. Ю. И. Гринштейн, В. В. Кусаев, В. В. Шабалин [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 625 с. – ЦКМС

1. Индекс ОД.О.01.1.8.40 Тема: Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Острая постгеморрагическая анемия. ДВС-синдром.

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

Обладать: - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

Знать:

- этиологию, патогенез, клиническую картину, закономерности течения, прогноз и наиболее информативные методы диагностики ОГДК.
- этиологию, патогенез, клиническую картину, закономерности течения, важнейшие осложнения, прогноз и наиболее информативные методы диагностики постгеморрагической анемии.
- этиологию, патогенез, клиническую картину, закономерности течения, важнейшие осложнения, прогноз и наиболее информативные методы диагностики ДВС-синдрома.

Уметь:

- провести обследование больных с ОГДК, интерпретировать данные дополнительных методов обследования.
- провести обследование больных с острой постгеморрагической анемией, интерпретировать данные дополнительных методов обследования.
- провести обследование больных ДВС синдромом, интерпретировать данные дополнительных методов обследования.

Владеть:

- современными методами диагностики и лечения заболеваний, осложненных ОГДК.

- правильными и современными алгоритмами оказания неотложной помощи пациентам при подозрении на острую постгеморрагическую анемию.

- современными стандартами ведения больных с ДВС синдромом.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. У БОЛЬНОЙ ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ЖИДКИЙ СТУЛ ЧЕРНОГО ЦВЕТА, ЧСС 100 УД/МИН, АД 90/50 ММ РТ СТ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Кровотечение из прямой кишки.
2. Пептический эзофагит.
3. Синдром Меллори-Вейса.
4. Язвенная болезнь желудка.
5. Панкреатит, обострение.

Ответ: 4

2. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ПОЯВИЛАСЬ СИЛЬНАЯ РВОТА С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Язвенная болезнь ДНК.
2. Опухоль желудка.
3. Синдром Меллори-Вейса.
4. Геморрагический гастрит.
5. Токсический гепатит.

Ответ: 3

3. У БОЛЬНОГО ПАЛЬПИРУЕТСЯ ПЛОТНАЯ, НЕРОВНАЯ ПЕЧЕНЬ, СЕЛЕЗЕНКА НА 2 СМ НИЖЕ РЕБЕРНОЙ ДУГИ. ПОЯВИЛАСЬ ОБИЛЬНАЯ РВОТА С КРОВЬЮ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Язвенная болезнь ДПК.
2. Язва пищевода.
3. Полип желудка кровоточащий.
4. Цирроз печени.
5. Ни одно из них.

Ответ: 4

4. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПОДЪЕМА ТЯЖЕСТИ ПОЯВИЛИСЬ СИЛЬНЫЕ БОЛИ ПОД МЕЧЕВИДНЫМ ОТРОСТКОМ, РВОТА С КРОВЬЮ. В АНАМНЕЗЕ - ПОСЛЕ ЕДЫ ЧУВСТВО ПЕРЕПОЛНЕНИЯ В ЭПИГАСТРИИ, СРЫГИВАНИЕ. ДАННОЕ СОСТОЯНИЕ УСИЛИВАЛОСЬ В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ПРОХОДИЛО В ВЕРТИКАЛЬНОМ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Язвенная болезнь желудка.
2. Рак желудка.
3. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
4. Язвенная болезнь ДПК.
5. Остеохондроз грудного отдела позвоночника.

Ответ: 3

5. У БОЛЬНОГО ОКОЛО 5 МЕСЯЦЕВ БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, ТОШНОТА, ЧУВСТВО ПЕРЕПОЛНЕНИЯ В ЭПИГАСТРИИ, ПОХУДАНИЕ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ - БОЛЕЗНЕННОСТЬ И НАПРЯЖЕНИЕ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. ПОЯВИЛСЯ ЧЕРНЫЙ СТУЛ «МЕЛЕНА». О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Язвенная болезнь желудка
2. Эрозивный гастрит
3. Полипоз желудка.
4. Рак желудка.
5. Язвенный колит.

Ответ: 4

6. БОЛЬНОЙ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ПРИНИМАЕТ ГОРМОНЫ ПО ПОВОДУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ. В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, РВОТА С КРОВЬЮ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Расширение вен пищевода при циррозе печени.
2. Полипоз желудка.
3. Лекарственная язва желудка.
4. Язвенная болезнь ДПК.
5. Хронический холецистит.

Ответ: 3

7. У БОЛЬНОЙ БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА, ЧАСТЫЙ ЖИДКИЙ СТУЛ ПРИМЕСЬЮ КРОВИ, СЛИЗИ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 38°C. ЗАБОЛЕЛ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ

НЕДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПИЩИ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Язвенный колит.
2. Дизентерия.
3. Полипоз кишечника.
4. Тромбоз мезентериальных сосудов.
5. С. Меллори- Вейса. омбоз мезентериальных сосудов.

Ответ: 2

8. У БОЛЬНОГО СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, НОСЯЩИЕ СХВАТКООБРАЗНЫЙ ХАРАКТЕР. СТУЛ ЧАСТЫЙ С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ, СЛИЗИ, ГНОЯ, ОБРЫВКОВ СЛИЗИСТОЙ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Острая дизентерия.
2. Язвенный колит.
3. Геморрой.
4. Трещины заднего прохода.
5. Ни одно из них.

Ответ: 2

9. У БОЛЬНОГО МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК СЕРДЦА, ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПА. ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛИСЬ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ЖИДКИЙ СТУЛ С ПРИМЕСЬЮ АЛОЙ КРОВИ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Острая дизентерия.
2. Язвенный колит.
3. Тромбоз мезентериальных сосудов.
4. Геморрой.
5. Полипоз кишечника.

Ответ: 3

10. У БОЛЬНОГО ЖИДКИЙ СТУЛ С ПРИМЕСЬЮ АЛОЙ КРОВИ, БОЛИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КИШКА ИМЕЕТ ВИД «БУЛЫЖНОЙ МОСТОВОЙ». О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖНО ДУМАТЬ? (УК-1, ПК-5)

1. Острая дизентерия.
2. Язвенный колит,
3. Болезнь Крона.
4. Тромбоз мезентериальных сосудов.
5. Полипоз кишечника

Ответ: 3

11. ДЛЯ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО: (УК-1, ПК-5)

1. истончение ногтевых пластинок;
2. некротическая ангина;
3. боли в костях;
4. гиперемия кожи лица, верхней половины туловища;
5. увеличение селезенки;

Ответ: 1

12. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СОСТАВЕ КОСТНОГО МОЗГА ПОЛУЧАЮТ ПРИ: (УК-1, ПК-5)

1. морфологическом исследовании костного мозга (стеральной пункции);
2. трепанобиопсии крыла подвздошной кости;
3. пункции лимфатических узлов;
4. морфологическом исследовании крови;
5. Рентгенография грудной клетки;

Ответ: 1

13. В ОРГАНИЗМЕ ВЗРОСЛОГО СОДЕРЖИТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. 2 - 5 г железа;
2. 4 - 5 г железа;
3. 1-3 г железа;
4. 10-12 г железа;
5. 20-25 г железа;

Ответ: 2

14. ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НАЗНАЧАЮТСЯ: (УК-1, ПК-6)

1. на срок 1 - 2 недели;
2. на 2 - 3 месяца;
3. на 1 год;
4. на 14 дней;
5. на всю жизнь;

Ответ: 2

15. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ: (УК-1, ПК-5)

1. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стеральном пунктате;
2. гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты;

3. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;
4. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;
5. гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба;

Ответ:3

16. СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТЕН: (УК-1, ПК-5)

1. при отравлении свинцом;
2. при гемодиализе;
3. при резекции желудка;
4. при болезни Рандю-Ослера;
5. при идиопатическом легочном гемосидерозе;

Ответ:5

17. К СИМПТОМАМ АНЕМИИ ОТНОСЯТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. одышка, бледность;
2. кровоточивость;
3. боли в костях;
4. увеличение селезенки;
5. лимфатических узлов;

Ответ:1

18. У БЕРЕМЕННОЙ ВЫЯВЛЕНА ЖДА. ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ВЫЗЫВАЕТ РВОТУ. НВ 100 Г/Л ЭРИТРОЦИТЫ $4,3 \times 10^{12}$ ЦВ. ПОК. 0,75 ЖЕЛЕЗО СЫВОРОТКИ 10,5. ЦЕЛЕСООБРАЗНО УПОТРЕБЛЯТЬ ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ЗАПАСОВ ЖЕЛЕЗА: (УК-1, ПК-6)

1. телятину;
2. зеленый горошек;
3. морковный сок;
4. сушеные абрикосы;
5. соевые бобы;

Ответ:1

19. У БОЛЬНОЙ ЖАЛОБЫ НА УТОМЛЯЕМОСТЬ, ОБИЛЬНЫЕ МЕСЯЧНЫЕ. НВ 85 Г/Л ЭРИТРОЦИТЫ $4,0 \times 10^{12}$ ЦВЕТНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ 0,67. ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ДАННОЙ БОЛЬНОЙ (УК-1, ПК-6)

1. эритромаасса

2. витамин В12
3. сорбифер
4. пиридоксин
5. гематоген

Ответ:3

20. СИДЕРОБЛАСТЫ – ЭТО (УК-1, ПК-5)

1. эритроциты, содержащие уменьшенное количество гемоглобина
2. красные клетки-предшественники, содержащие негемовое железо в виде гранул
3. красные клетки-предшественники, не содержащие гемоглобин
4. ретикулоциты
5. клетки предшественники миоцитов

Ответ: 2

21. ДВС-СИНДРОМ СВЯЗАН С (УК-1, ПК-5)

1. Рассеянным внутрисосудистым свертыванием
2. Агрегация клеток крови
3. Активация компонентов свертывания и фибринолитической системы
4. Нарушение микроциркуляции органов
5. Все ответы верны

Ответ: 5

22. ФОРМЫ ДВС-СИНДРОМА: (УК-1, ПК-5)

1. Острая
2. Подострая
3. Хроническая
4. Рецидивирующая
5. Все ответы верны

Ответ: 5

23. ОРГАНЫ-МИШЕНИ ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ (УК-1, ПК-5)

1. Легкие
2. Почки
3. Печень
4. Головной мозг
5. Все ответы верны

Ответ: 5

24. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСЛОЖНЯЕТ ХРОНИЧЕСКИЙ ДВС-СИНДРОМ (УК-1, ПК-5)

1. Рак легкого

2. Рак почек
3. Рак простаты
4. Рак печени
5. Все ответы верны

Ответ: 5

25. ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДВС-СИНДРОМА В БОЛЬШЕНСТВЕ СЛУЧАЕВ СВЯЗАН С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Бактериальными токсинами
2. Иммуными комплексами
3. Компонентами комплемента
4. Продуктами клеточного распада
5. Все ответы верны

Ответ: 5

26. ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНТЕНСИВНОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ И ФИБРИНОЗА В КРОВИ СНИЖАЕТСЯ (УК-1, ПК-5)

1. Факторы свертывания крови
2. Тромбоциты
3. Антитромбин-3
4. Плазминоген
5. Все ответы верны

Ответ: 5

27. ДВС-СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ТЕСТАМИ (УК-1, ПК-5)

1. Этаноловым
2. Протамин сульфатизин
3. Бета-нафтоловым
4. Орто-фенантролиновым
5. Все ответы верны

Ответ: 5

28. ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА: (УК-1, ПК-6)

1. В/в введение введение гепарина
2. В/в введение введение нативной плазмы
3. В/в введение введение свежзамороженной плазмы
4. В/в введение свежцитратной крови
5. Все ответы верны

Ответ: 5

29. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДВС-СИНДРОМА (УК-1, ПК-5)

1. Замедление свертывание крови и плазмы в тромбопластиновом тесте
2. Удлинение ПТВ протромбинового времени
3. Укорочение ПТВ
4. Повышение РФМК (фибриномономерных комплексов)
5. Повышение продуктов деградации фибрина

Ответ: 1

30.ПОВЫШЕНИЕ КАКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИ ИНФЕКЦИОННО-СЕПТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ (УК-1, ПК-5)

1. Белков острой фазы
2. Мочевой кислоты
3. Серомукоида
4. Силирубина
5. АсТ, АлТ

Ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной С., 42 лет, шофер грузовой машины, поступил в гастроэнтерологическое отделение больницы с жалобами на жгучую боль в подложечной области, изжогу, тошноту, общую слабость, повторную рвоту пищей с примесью крови, дегтеобразный стул после погрешности в диете и выпивки самогона. В течении нескольких лет наблюдался амбулаторно в поликлинике по поводу хронического гиперацидного гастрита. Питание в рейсах нерегулярное, зачастую всухомятку; курит, злоупотребляет спиртными напитками. При осмотре общее состояние больного средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, пониженного питания. В легких без патологических изменений. Над верхушкой сердца и аортой выслушивается дующий систолический шум, ЧСС 90 уд/мин, АД 110/70 мм рт ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается незначительное напряжение брюшных мышц в подложечной области и болезненность в проекции луковицы ДПК. Печень и селезенка не увеличены, со стороны кишечника без особенностей. Анализ крови: эр. 3600000 в мл, НЬ 68 г/л, СОЭ 18 мм/ч, лейкоциты 9600 в мл, Э-3%, Ю-2%, П-8%, С-76%, Л-15%, М-2%, ретикулоциты-3%. АН. кала на скрытую кровь: р-ция Грегерсена резко положительная. Экстренная рентгеноскопия органов грудной клетки и желудка: легкие и сердце без патологии; гастродуоденит.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью установления окончательного диагноза?
4. Какое осложнение заболевания возникло у больного вследствие кровопотери?
5. Укажите вид необходимого лечения и на что оно должно быть направлено?

Эталон ответов к задаче №1.

1. Геморрагический эрозивный гастродуоденит.
2. С язвенной болезнью желудка и ДПК.
3. Фиброгастродуоденоскопию.
4. Острая постгеморрагическая анемия.
5. Консервативное: восполнение потерянной крови и достижение гемостаза, лечение гастродуоденита.

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

В хирургическое отделение горбольницы поступил больной Т., 37 лет, с жалобами на жгучие, приступообразные боли в подлопаточной области и за грудиной. Давящие боли в области сердца, срыгивание, упорную изжогу, усиливающуюся после еды, особенно в положении лежа и наклонах туловища вперед. Повторную рвоту небольшим количеством свежей крови. Вчера ночью, после возвращения с работы, выделение черного кала. Больным желудком считает себя в течение 5-6 лет, при неоднократном поликлиническом исследовании заболевание расценивалось как гиперацидный гастрит.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, нормального питания, кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов не выслушивается. Сердце расширено влево за счет левого желудочка до срединно-ключичной линии. Сердечные тоны ритмичные, слегка приглушены, ЧСС 68 в мин., АД 130/80 мм рт ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при поверхностной и глубокой пальпации живота отмечается напряжение брюшных мышц и резкая болезненность в подложечной области с иррадиацией боли в загрудинное пространство. Печень и селезенка не увеличены, со стороны кишечника и мочеполовой системы без особенностей. АН. крови: эр. 2500000 в мл, НЬ 76 г/л, СОЭ 15мм/ч, лейкоц. 7200 в мл, Э 2%, П-20%, С-68%, Л-23%, М-3%.

АН. мочи: уд. Вес 1020, белок и сахар не найдены, микроскопия осадка – норма.

АН. кала на скрытую кровь: р-ция Вебера резко положительная ЭКГ: ритм синусовый, 64 уд. В мин., нормальное положение ЭОС, вольтаж – в норме.

Экстренная рентгеноскопия: сердце и легкие в пределах возрастной нормы; в положении лежа по Тределенбургу над диафрагмой слева в области пищеводного отверстия определяется дополнительное депо бария с горизонтальным уровнем, кардиальный отдел желудка в этом месте подтянут кверху, в остальных отделах желудка патологии не выявлено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью получения более широкой информации о характере изменений в пищеводе, желудке?
4. В чем заключается причина диагностических ошибок на предыдущих этапах обследования больного?
5. Ваша дальнейшая тактика?

Эталон ответов к задаче №2.

1. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. С дивертикулами пищевода.
3. Эзофагогастрофиброскопию.
4. Не обращено внимания на связь болей с положением тела больной, не проводилась дополнительно рентгеноскопия желудка в положении лежа.
5. Остановка кровотечения с последующим оперативным лечением.

Задача №3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной Н., 28 лет, находился на лечении в ревматологическом отделении по поводу ревматоидного артрита. Получает антигистаминные препараты, преднизолон, аспирин, поливитамины. После 7-дневного лечения стал отмечать появление мучительной изжоги и болей в подложечной области после приема пищи спустя 1-1,5 часа. На 8-ой день лечения возникла однократная рвота содержимым желудка цвета «кофейной гущи», а затем почернел кал. В школьные годы и во время службы в армии болел гастритом. После возвращения домой и нормализации питания желудок не беспокоил. Ревматоидным артритом болеет третий год. Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Коленные, голеностопные и лучезапястные суставы

припухшие, деформированные, над областью суставов Т умеренно повышена, движения в суставах умеренно ограничены. В легких без особенностей. Сердце в размерах не увеличено, тоны ритмичные, ЧС(82 в мин., АД 120/80 мм рт ст. Язык обложен белесоватым влажным налетом, при пальпации живота отмечается напряжение брюшных мышц в подложечной области и болезненность выходного отдела желудка и в проекции луковицы ДПК. Печень и селезенка не пальпируются, со стороны кишечника без патологических изменений АН. крови: эр. 2900000 в мл, НЬ 78 г/л, СОЭ 25 мм/час, лейкоц. 7200 в мл, Э-2%, П-2%, Л-15%, С-70%, М-9%, тромбоциты 250000 в мл, ретикулоциты-1,2%. Длительность кровотечения 7 мин, сиаловая кислота 280 усл. Ед. Реакция Валер-Роузе положительная. Экстренная рентгеноскопия желудка – гастродуоденит. Экстренная фиброгастродуоденоскопия – наличие кровоточащих язв в пилорическом отделе желудка и ДПК.

1. Укажите причину изъязвлений в пилоро-дуоденальном отделе желудка?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Сформулируйте диагноз сопутствующего заболевания и возникшего осложнения?
4. Ваша врачебная тактика при лечении данного больного?
5. В чем заключается первичная профилактика ЖКК?

Эталон ответов к задаче №3.

1. Прием преднизолона и аспирина.
2. С язвенной болезнью желудка и ДПК, с геморрагическим гастродуоденитом.
3. Обострение хронического рецидивирующего гастродуоденита с наличием острых медикаментозных язв, осложнившихся кровотечением.
4. Продлить консервативное лечение, направленное на остановку кровотечения и рубцевания язв; отменить преднизолон и аспирин, заменить их другими препаратами, не оказывающими влияния на секреторную функцию желудка.
5. Первичной профилактикой этого осложнения являются все мероприятия, профилактирующие возникновение заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, сосудов. Прежде всего, это здоровый образ жизни: отказ от курения, употребления алкоголя, занятия физической культурой и спортом. Необходимо соблюдение режима питания и физиологических отправления. Исключение стрессов.

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной К., 45 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на резкие загрудинные боли в подложечной области, чувство сдавления шеи и нехватку воздуха, головокружения, шум в ушах, резкую общую слабость, кровавую рвоту, возникшую утром после приступа упорной рвоты. Тошноту и рвоту слизью по утрам отмечает давно. Дважды лечился по поводу хронического алкоголизма.

Объективно: общее состояние средней тяжести, пониженного питания, лицо покрыто холодным липким потом, кожные покровы и видимые слизистые бледные, конечности холодные. Над и подключичные ямки выпячены, шея утолщена. При пальпации шеи и грудной клетки в над- и подключичных ямках определяется хруст. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Сердечные тоны ритмичные, громкие, над верхушкой и аортой дующий систолический шум, ЧСС 92 уд. /мин., АД 100/60 мм рт ст. При поверхностной и глубокой пальпации живота отмечается рефлекторное напряжение брюшных мышц и резкая болезненность за грудиной у мечевидного отростка с иррадиацией боли вверх. Прощупывается нижний край печени, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая; селезенка не пальпируется, перкуторно размеры ее не увеличены. Со стороны мочеполовой системы без особенностей,

АН. крови: эр. 3600000 в мл, НЬ 62 г/л, СОЭ 20 мм/ч, лейкоц. 9200 в мл, Э-1%, П-5%, С-62%, Л-29%, М-3%, ретикулоциты-1%, тромбоциты-300000 в мл, длительность кровотечения 5 мин., ПТИ-80%. По ЭКГ-синусовая тахикардия, уплощение зубца Т в левых грудных отведениях, вольтаж комплекса QRS и сам комплекс не изменен. Экстренная рентгеноскопия: сердце, аорта и легкие в пределах возрастной нормы; в левом косом положении при первых глотках бариевой взвеси в кардиальном отделе пищевода отмечается задержка контраста и затекание его вне тени пищевода, Складки слизистой желудка утолщены, извитые.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
3. Какое экстренное инструментальное исследование желательно произвести с целью уточнения причины и локализации кровотечения?
4. Ваша лечебная тактика и выбор лечения больного?
5. В чем заключается вторичная профилактика при ЖКК?

Эталон ответов к задаче №4.

1. Самопроизвольный разрыв пищевода и кардии – синдром Меллори-Вейса.
2. С разрывом ущемленной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, с разрывом дивертикула пищевода в кардиальном отделе.
3. Экстренную эзофагогастрофиброскопию.

4. Выведение из коллаптоидного состояния и неотложная операция прикрытием переливания крови, кровезаменителей.

5. Это совместное наблюдение больных, перенесших кровотечение, терапевтом, гастроэнтерологом и хирургом; остальных больных с патологией органов пищеварения наблюдают терапевт и гастроэнтеролог. Они входят в диспансерную группу Д - III., именно такая тактика обеспечивает стабилизацию состояния, предупреждает рецидив кровотечения. Частота наблюдения осуществляется в осложненных случаях 4 раза в год, в остальных – 2 раза в год. Проводится исследование клинического анализа крови, анализ мочи, кала, в том числе на скрытую кровь, УЗИ, Р – обследование, ФГС, эндоскопическое и Р – обследование кишечника по показаниям, анализ желудочного сока – 1 раз в 2 года. Непременно проводится противорецидивное лечение заболевания, и устраняются препараты, агрессивно воздействующие на ЖКТ (аспирин, НПВП и др.).

Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

В хирургическое отделение поступила больная М., 28 лет, с жалобами на резкую общую слабость, головокружение, шум и звон в ушах, повторный кашицеобразный стул темно-вишневого цвета. С детства отмечает появление «синяков» после малейших ушибов, носовых кровотечений, а с появлением менструаций – их обильность и длительность. Объективно: общее состояние больной удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, нормального питания. В легких без особенностей. Сердце в размерах не увеличено, тоны сердца ритмичные, на верхушке и аорте дующий систолический шум, ЧСС 94 в мин., АД 100/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный. При поверхностной и глубокой пальпации живота отмечается незначительная болезненность справа и выше от пупка, прощупывается нижний край печени и увеличенная селезенка. Передненижний её край выстоит из-под реберной дуги на 1-2 см, поверхность её гладкая, сама селезенка плотноэластической консистенции, слегка чувствительная при пальпации. Со стороны мочеполовой системы без особенностей. АН.крови: эр. 3200000 в мл, НЬ 58 г/л, СОЭ 25 мм/час, лейкоц.: 9200 в мл, Э-1%, Ю- 5%, П-12%, С-58%, Л-19%, М-5%, ретикулоциты-5%, тромбоциты-35000 в мл. АН.мочи: уд.вес 1020, белок-нет, сахар-нет, микроскопия осадка-Н.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью установления окончательного диагноза?
4. Каким должно быть лечение больной и на что оно должно быть направленным?
5. Какие существуют степени кровопотери по индексу Альговера?

Эталон ответов к задаче №5.

1. Эссенциальная тромбоцитопения (болезнь Верльгофа). Острая постгеморрагическая анемия.
2. С симптоматическими тромбоцитопениями.
3. Пункцию костного мозга с изучением миелограммы (выявляет увеличение содержания мегакариоцитов).
4. Консервативным – остановка кровотечения, усиление тромбоцитопоеза; в случае отсутствия эффекта — спленэктомия.
5. Оценка степени кровопотери по индексу шока Allgower:

Степень кровопотери	Индекс Альговера	Объем кровопотери	потеря
Легкая	0,6-0,8	До 10% ОЦК	500-700мл
Средняя	0,9-1,2	10-20% ОЦК	1000-1400мл
Тяжелая	1,3-1,4	20-30% ОЦК	1500-2000мл
Массивная	Свыше 1,5	Более 30% ОЦК	Более 2000мл

Задача №6. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

К врачу обратилась женщина в возрасте 46 лет с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, сердцебиение и одышку, возникающую при незначительной физической нагрузке. Из анамнеза: в течение 3 лет наблюдается у гинеколога по поводу фибромиомы матки. Страдает частыми маточными кровотечениями. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Кожа сухая, трещины в углах рта, ногти вогнутые и испещрены поперечными складками. При аускультации сердца и сосудов выслушивается систолический шум на верхушке и "шум волчка" на яремной вене справа. Анализ крови: концентрация Нв– 85 г/л, ЦП 0,7; гипохромия эритроцитов; уровень ферритина сыворотки – 8 мкг/л.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова причина анемии?
3. Оцените анализ крови.
4. Чем обусловлен «шум волчка»?
5. Необходимо ли проведение хирургической помощи?

Эталон ответов к задаче №6.

1. Хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести.
2. Частые меноррагии.
3. Гипохромная анемия, снижение уровня гемоглобина, снижение уровня ферритина (норма 10-150 мкг/л)
4. Возникновение шума волчка связывают с уменьшением вязкости крови и увеличением скорости кровотока при анемиях.
5. При быстром росте опухоли необходима экстирпация матки.

Задача №7. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Женщина 67 лет обратилась с жалобами на кратковременные эпизоды потери сознания, резкую слабость, головокружение, «шум в голове», сопровождающиеся частым сердцебиением, которые беспокоят пациентку в течение месяца. Из анамнеза: страдает хроническим гастритом. Выяснилось, что около 2-х месяцев тому назад она обратилась к терапевту по месту жительства в связи с болями в шейном отделе позвоночника. Состояние было расценено как остеоартроз, в связи с чем назначен диклофенак по 50 мг 3 раза в сутки, который пациентка принимает регулярно до настоящего времени с хорошим эффектом, однако отметила появление тёмного «дёгтеобразного» стула около месяца тому назад.

При осмотре: состояние средней тяжести, рост 160 см, вес 50 кг. Кожные покровы и конъюнктивы бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД -18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, при аускультации выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, шум «волчка», ЧСС - 100 уд. в мин., АД - 105/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

В анализах крови: Нв - 50 г/л, Эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП=0,58. Анализ мочи без патологии. В ан. кала бензидиновая реакция резко положительная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите наиболее вероятную причину развития анемии у данной пациентки?
3. Какая причина желудочно-кишечного кровотечения наиболее вероятна?
4. Какой метод диагностики необходим для подтверждения диагноза?
5. Что такое бензидиновая проба?

Эталон ответов к задаче №7.

1. Железодефицитная анемия, тяжелой степени тяжести
2. Желудочно-кишечное кровотечение

3. Язвенная болезнь желудка на фоне длительного неадекватного приема НПВП
4. ФГС.
5. Бензидиновая проба — обнаружение крови в моче, кале, содержимом желудка при помощи бензидинового реактива. Подлежащий исследованию кал размазывают тонким слоем на предметном стекле и наносят на него несколько капель реактива. В случае присутствия крови появляется синее или зеленое окрашивание.

Задача №8. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больная Б., 28 лет, жалуется на слабость, повышенную утомляемость, головокружение, сердцебиение, одышку при умеренной физической нагрузке, ломкость ногтей, сухость кожи. Слабость, повышенная утомляемость появились 12 мес назад к концу второго триместра беременности. При обследовании было обнаружено снижение уровня гемоглобина до 100 г/л. Было рекомендовано соблюдение диеты. В связи с отвращением к мясной пище больная увеличила содержание в рационе яблок, гранатов, гречневой крупы. Употребляла много молочных продуктов. На этом фоне симптомы усиливались. После родов уровень гемоглобина составлял 80 г/л. Были назначены препараты железа для приема внутрь, которые больная принимала в течение трех недель. На фоне этого уровень гемоглобина достиг 105 г/л, после чего прием препаратов пациентка прекратила. В течение последних месяцев, на протяжении которых больная кормит грудью, состояние ухудшилось: появились головокружение, одышка, мелькание «мушек» перед глазами.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы тусклые, посеченные. Видимые слизистые бледные. ЧСС - 94 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 100/60 мм рт.ст. Общий анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,67, лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула без особенностей.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Какие ошибки допущены в диете?
5. Чем вызвано снижение уровня гемоглобина после родов?

Эталон ответов к задаче №8.

1. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести
2. Биохимический анализ крови (снижение уровня сывороточного железа, повышение уровня ОЖСС, снижение уровня ферритина).
3. Препараты железа, Феррумplex100-200 мг/сутв течение 1-3 мес.
4. Необходимо было ограничить употребление молока (не более 0,5 л в сутки), так как оно препятствует всасыванию железа в кишечнике;
5. Кормление грудью.

Задача №9. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной Б., 19 лет, обратился к участковому терапевту по месту жительства с жалобами на слабость, сонливость, снижение работоспособности. Отмечает в последнее время появившееся носовые кровотечения. По рекомендации друзей сдал ОАК. Терапевт, проведя осмотр и ознакомившись с результатами ОАК, поставил диагноз: Железодефицитная анемия, легкой степени тяжести.

1. Какие изменения были в ОАК?
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Консультация какого специалиста необходима?
5. Рекомендации в диете.

Эталон ответов к задаче №9.

1. Уровень гемоглобина 90-120 г/л, снижение уровня эритроцитов ниже $3,5 \times 10^{12}/л$ Биохимический анализ крови (снижение уровня сывороточного железа, повышение уровня ОЖСС, снижение уровня ферритина).
2. Препараты железа, Сорбифер500 мг/сут.
3. Необходимо было ограничить употребление молока (не более 0,5 л в сутки), так как оно препятствует всасыванию железа в кишечнике;
4. ЛОР-врач.
5. Употреблять достаточное количество железосодержащих продуктов например: свиная и говяжья печень, крупы – гречневая, овсяная, ячневая, пшено; черника, персики. Ограничить употребление молока (не более 0,5 л в сутки) и крепкого чая, так как они препятствуют всасыванию железа в кишечнике;

Задача №10. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больная Т., 68 лет, жалуется на слабость, быструю утомляемость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, одышку при ходьбе на небольшие расстояния.

На протяжении более чем 20 лет страдает остеоартрозом. По назначению ревматолога систематически принимала диклофенак в течение 6 мес. Около 4 мес назад впервые в жизни появились неприятные ощущения в эпигастральной области, изжога, отрыжка воздухом, стала нарастать слабость. По этому поводу к врачу не обращалась, не обследовалась.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, шелушатся. Ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Видимые слизистые бледные. Отеков нет. ЧД - 18 в минуту, при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 96 в минуту, ясные, шумов нет. Пульс ритмичный, без дефицита. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации - болезненность в эпигастрии, патологии со стороны толстой кишки, печени и селезенки не выявлено. Размеры печени по Курлову: 10x 9x 8 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Общий анализ крови: НЬ - 83 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,74, гематокрит - 30,6 %, средний объем эритроцита - 71 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах - 25 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз, в остальном без особенностей.

Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 4,6 мкмоль/л (норма 6,6-30), общая железосвязывающая способность сыворотки - 88,7 мкмоль/л.

Общий анализ мочи и кала без особенностей. Бензидиновая проба положительная.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Чем вызвана анемия?
3. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Проведение какой пробы (реакции) в анализах кала поможет подтвердить наличие анемии?

Эталон ответов к задаче №10.

1. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести
2. Развитие язвенной болезни на фоне приема НПВС.
3. ФГС.
4. Препараты железа, Феррумplex 100-200 мг/сут в течение 1-3 мес.

5. Бензидиновая проба — обнаружение крови в моче, кале, при помощи бензидинового реактива.

Задача №11. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Беременная, 30 лет, поступила в родильный дом на 27 недели беременности с жалобами на резкие боли внизу живота, массивное маточное кровотечение, не образуя сгустков. При осмотре выставлен диагноз преждевременная отслойка плаценты. Больная заторможена, АД 60/30 мм.рт.ст., тахикардия до 120 в мин., обильный пот, на коже появились петехиально-пятнистые высыпания.

1. Какое осложнение развилось у беременной на фоне отслойки плаценты?
2. Чем вызвано данное осложнение?
3. Основные препараты, применяемые для лечения данного осложнения.
4. Показано ли переливание крови в данном случае?
5. Прогноз

Эталон ответов к задаче №11.

1. Гемокоагуляционный шок
2. Обусловлен быстрым поступлением в кровоток тканевого тромбопластина и его аналогов → нарушение микроциркуляции в организме и геморрагический синдром различной степени выраженности.
3. - антикоагулянты: Фраксипарин в суточной дозе 160-200 мг п/к или Гепарин до 30000 ЕД в сутки.
- дезагреганты: Трентал 400 мг в сутки
- трансфузии р-р Реополиглюкин
- трансфузии свежезамороженной плазмы до 1000 мл при тяжелом геморрагическом синдроме.
4. С крайней осторожностью не больше 1/3 потерянного объема крови, полноценно возмещая дефицит ОЦК плазмозамещающими жидкостями.
5. Сомнительный.

Задача №12. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

У больного в ходе операции АКШ с применением экстракорпорального кровообращения развилось массивное кровотечение из операционного поля, появились геморрагии петехиального характера на коже. Экспресс анализ показал – резкое уменьшение ПТВ и резкий подъем РФМК.

1. Какое внутриоперационное осложнение развилось у больного?
2. Данное осложнение носит характер фатального?
3. Основные принципы ведения больного в условиях данного осложнения.
4. Часто ли возникает данное осложнение?
5. Прогноз.

Эталон ответов к задаче №12.

1. ДВС-синдром
2. Если в ходе операции не удастся справиться с данным осложнением, то – да.
3. Противошоковые мероприятия, внутривенное введение гепарина, трансфузии свежей негативной или свежезамороженной плазмы, контроль КЩР, профилактика острой почечной и гепаторенальной недостаточности.
4. Да.
5. Неблагоприятный.

Задача №13. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

У больного, проходящего курс лечения по поводу острого гломерулонефрита, появились спонтанные синяки на коже и в месте наложения от манжеты тонометра.

1. Какие исследования необходимо срочно провести больному, чтобы исключить развивающееся осложнение гломерулонефрита?
2. Какое осложнение подозревается?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо предпринять?
4. Какие показатели гемостаза укажут на тяжесть ДВС-синдрома?
5. 2 стадия ДВС-синдрома.

Эталон ответов к задаче №13.

1. Гемостаз, белки острой фазы, контроль ЦВД.
2. ДВС-синдром.
3. Увеличить дозы антиагрегантов и антикоагулянтов в полноценном объеме.
4. Показатели ПТВ, РФМК, ПДФ (фибрин-мономерный комплекс, продукт деградации фибрина).
5. Коагулопатия потребления.

Задача №14. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

У больного 45 лет, попавшего под завал и оказавшемуся придавленным в течение 6 часов после извлечения отмечено отсутствие мочи, последующие 12 часов анурия продолжалась и помимо признаков нарастающей азотемии и электролитных сдвигов появилась петехиальная сыпь по всему телу – синяки разного калибра, диapedезные кровотечения.

1. Сформируйте основной диагноз.
2. Укажите осложнение развившееся у больного?
3. Ваша лечебная тактика.
4. Кажите конкретные препараты и способы их введения.
5. 1 стадия ДВС-синдрома.

Эталон ответов к задаче №14.

1. Синдром длительного сдавления.
2. ОПН. ДВС-синдром.
3. Лечебные мероприятия направлены на восстановление клубочковой фильтрации, при неэффективности острый «гемодиализ», терапия ДВС-синдрома.
4. Гепарин в/в 10000-20000 ЕД, Трентал 5,0 в/в, плазма, плазмозамещающие препараты под контролем ЦВД суточного диуреза.
5. Гиперкоагуляция.

Задача №15. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

У больного 70 лет с IV стадией неоперабельного рака поджелудочной железы, механической желтухой, истощением появилось патологическая кровоточивость в местах инъекций, множество спонтанных синяков по телу, АД в пределах 110/70.

1. Какое осложнение развивается у больного?
2. Какова степень тяжести, имеющегося осложнения?
3. Какие анализы помогут диагностике?
4. Прогноз?
5. Стадии ДВС-синдрома.

Эталон ответов к задаче №15.

1. ДВС-синдром.
2. I-II степени тяжести, так как АД снижено, но не до состояния шока
3. Гемостаз с показателями РФМК, ПДФ, ПТИ, ПТВ, уровня фибриногена.
4. Крайне неблагоприятный, учитывая основной процесс и необратимые изменения реологии крови и онкопатологии.

5. Гиперкоагуляция, коагулопатия потребления.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Провести обследование больных с острыми гастродуоденальными и кишечными кровотечениями, выделить кардинальные синдромы заболевания; интерпретировать полученные клинические данные (УК-1, ПК-5).
2. Наметить план обследования и лечения пациента, интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные, УЗИ, КТ, ФГС, и др) (УК-1, ПК-5).
3. Владеть современными схемами ведения больных, методами остановки кровотечения (УК-1, ПК-6).
4. Провести обследование больных с острой постгеморрагической анемией (УК-1, ПК-5).
5. Выделить кардинальные синдромы заболевания; интерпретировать полученные клинические данные (УК-1, ПК-5).
6. Наметить план обследования и лечения пациента, интерпретировать данные дополнительных методов исследования (данные УЗИ, КТ, ФГС, и др) (УК-1, ПК-5).
7. Владеть современными схемами ведения больных с острой постгеморрагической анемией, остановкой кровотечений реанимационными мероприятиями (УК-1, ПК-6).
8. Уметь обследовать больного (УК-1, ПК-5).
9. Интерпретировать дополнительные методы диагностики (УК-1, ПК-5).
10. Лечить ДВС-синдром (УК-1, ПК-6).

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Клиника и дифференциальный диагноз при кровотечении из варикозных вен пищевода.
2. Клиника и дифференциальный диагноз при кишечном кровотечении.
3. Современные эндоскопические методы лечения желудочно-кишечных кровотечений.
4. Основные принципы поиска причины геморрагических анемий
5. Дифференциальная диагностика постгеморрагических и анемий

хронических

заболеваний

6. Алгоритмы оказания первой помощи при тяжелых постгеморрагических анемиях.

7. Современные аспекты терапии ДВС.

8. Патогенез ДВС.

9. Причины ДВС.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

Перечень основной литературы:

1. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 1. - 783 с.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 2. - 575 с.
4. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1. - 960 с. : ил. - ISBN 9785970425794 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
5. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970425800 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
7. Гематология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. О. А. Рукавицын. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 776 с. - (Национальные руководства).
8. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - (Национальные руководства).
9. Пульмонология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. Г. Чучалин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.
10. Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1112 с. - (Национальные руководства).

Перечень дополнительной литературы:

1. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.8. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней / сост. С. Ю. Никулина, Т. Д. Верещагина, С. Е. Головенкин [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 97 с. – ЦКМС
2. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.1. Болезни сердечно-сосудистой системы / сост. Ю. И. Гринштейн, В. В. Кусаев, В. В. Шабалин [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 625 с. – ЦКМС

1. Индекс: ОД.О.01.1.8.41 Тема: Острая печеночная недостаточность. Острая почечная недостаточность. Комы при сахарном диабете. Зачетное занятие.

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

Обладать: - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

Знать:

- этиологию, патогенез, клиническую картину, закономерности течения, важнейшие осложнения, прогноз и наиболее информативные методы диагностики острой печеночной недостаточности.

- этиологию, патогенез, клиническую картину, закономерности течения, важнейшие осложнения, прогноз и наиболее информативные методы диагностики острой почечной недостаточности.

- основные ранние клинические проявления острых осложнений СД, этиологию, патогенез, современные классификации заболевания.

Уметь:

- правильно интерпретировать основные признаки острой печеночной недостаточности, а также производить дифференциальную диагностику данного состояния с другими жизнеугрожающими состояниями.

- правильно интерпретировать основные признаки ОПН, а также производить дифференциальную диагностику данного состояния с другими жизнеугрожающими состояниями.

- провести диагностику острых осложнений СД, интерпретировать результаты дополнительных методов обследования.

Владеть:

- правильными и современными алгоритмами оказания неотложной помощи пациентам с острой печеночной недостаточностью.

- правильными и современными алгоритмами оказания неотложной помощи пациентам с ОПН.

- методами оказания неотложной помощи при острых осложнениях СД.

4. Вопросы для самоподготовки.

1. Определение ОПН. (УК-1, ПК-5).
2. Классификация ОПН по этиологическим факторам. (УК-1, ПК-5).
3. Дифференциальная диагностика ренальной, преренальной и постренальной ОПН. (УК-1, ПК-5).
4. Патогенез ОПН при шоке. (УК-1, ПК-5).
5. Патогенез ОПН при краш-синдроме (УК-1, ПК-5).
6. Какова этиология острой печёночной недостаточности? (УК-1, ПК-5).
7. Какова клиника и диагностика острой печёночной недостаточности? (УК-1, ПК-5).
8. Новое в лечение острой печёночной недостаточности. (УК-1, ПК-6).
9. Причины, патогенез диабетической кетоацидотической комы? (УК-1, ПК-5).
10. Клиническая картина кетоацидоза. (УК-1, ПК-5).
11. Принципы лечения диабетической кетоацидотической комы: (УК-1, ПК-6).
12. Провоцирующие факторы и диагностика гипогликемических состояний. (УК-1, ПК-5).
13. Клиника гипогликемических состояний: (УК-1, ПК-5).

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы:

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: (УК-1, ПК-5)

1. Гломерулонефриты;
2. Отравления;
3. Уменьшение объема внеклеточной жидкости;
4. Уменьшение сердечного выброса;
5. Вазодилатация;

Ответ: 2

2. КАКАЯ ГРУППА АНТИБИОТИКОВ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: (УК-1, ПК-6)

1. Пенициллины;
2. Цефалоспорины;
3. Аминогликозиды;
4. Макролиды;
5. Тетрациклины;

Ответ: 3

3. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: (УК-1, ПК-5)

1. 1 сутки;
2. Несколько часов;
3. 5-11 суток;
4. 10-20 суток;
5. Более 20 суток;

Ответ: 3

4. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА ЯВЛЕНИЯ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: (УК-1, ПК-5)

1. Повышение ионов натрия в плазме крови;
2. Снижение ионов натрия в плазме крови;
3. Повышение ионов калия в плазме крови;
4. Снижение ионов калия в плазме крови;
5. Снижение ионов кальция в плазме крови;

Ответ: 2

5. УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ, ПРИ КОТОРОМ ПРОВОДЯТ ГЕМОДИАЛИЗ ПРИ ОПН: (УК-1, ПК-6)

1. 10 ммоль/л;
2. 15 ммоль/л;
3. 18 ммоль/л;
4. 21 ммоль/л;
5. 24 ммоль/л;

Ответ: 5

6. КАКОЙ ИЗ НАЗВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОТЛИЧИТЬ ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ: (УК-1, ПК-5)

1. Величина протеинурии;
2. Величина клубочковой фильтрации;
3. Удельный вес мочи;
4. Степень цилиндрурии;
5. Уровень креатинина крови;

Ответ: 3

7. ПРИ ШОКЕ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Вегетативные нарушения;
2. Влияние токсических веществ поврежденных тканей;
3. Падение артериального давления;
4. Сопутствующая инфекция;
5. Образование комплексов антиген-антитело;

Ответ: 3

8. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: (УК-1, ПК-6)

1. Анурия;
2. Высокая гипертензия;
3. Повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв/л;
4. Повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л;
5. Развитие перикардита;

Ответ: 5

9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМА ДИЕТА: (УК-1, ПК-6)

1. С повышенным содержанием белка;
2. Фруктово-овощная;
3. С исключением жиров;
4. Углеводно-жировая;
5. С низким содержанием белка;

Ответ: 5

10. ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ АНТИБИОТИКОМ, КОТОРЫЙ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ В ОБЫЧНОЙ ДОЗИРОВКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ: (УК-1, ПК-6)

1. Стрептомицин;
2. Левомецетин;

3. Ампициллин;
4. Гентамицин;
5. Доксициклин;

Ответ: 3

11. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ДИУРЕТИКАМИ ВОЗМОЖНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ (УК-1, ПК-6)

1. гипербилирубинемия, аллергические реакции
2. гиповолемический шок, фибрилляция предсердий, энцефалопатия
3. гиперкалиемия, азотемия, анурия
4. гипокалиемия, цитопения, гиперлипидемия
5. электролитные нарушения, прогрессирование печеночной энцефалопатии, развитие ГРС.

Ответ: 5

12. ПРИ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, СВЯЗАННОМ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДИУРЕТИКАМИ КОНТРОЛИРУЕТСЯ (УК-1, ПК-6)

1. уровнем липидов крови, натрия, калия, измерение температуры тела
2. взвешиванием больного, измерение окружности живота, контроль АД
3. оценка общего состояния больного, уровень тимоловой пробы
4. измерением суточного диуреза, контролем липидов крови, измерением АД
5. взвешиванием больного, измерением суточного диуреза, определением натрия и калия в сыворотке крови

Ответ: 5

13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ (УК-1, ПК-6)

1. диета с ограничением белка, пробиотики и пребиотики
2. гепатопротекторы, интерферон, нуклеозид
3. переливание свежезамороженной плазмы, парацетез
4. ноотропы, сосудистые препараты
5. лактулоза, орнитетил, диета с низким содержанием белка, ципрофлоксацин или метронидазол

Ответ: 5

14. ЗНАЧИТЕЛЬНО УМЕНЬШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВРВП (УК-1, ПК-5)

1. раннее введение антибиотиков

2. введение раствора альбумина
3. курс сандостатина
4. длительная гемостатическая терапия
5. курс кортикостероидов

Ответ: 1

15. ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПЕРИТОНИТОМ СОСТОИТ В ВЕДЕНИИ (УК-1, ПК-6)

1. раствора альбумина
2. раствора кристаллоидов
3. 5% раствора глюкозы и витаминов
4. свежезамороженной плазмы
5. антибактериальных препаратов

Ответ: 1

16.КАКОВА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ СВЕЖЕГО ТРОМБА В ДНЕ ЯЗВЫ? (УК-1, ПК-5)

1. 90%
2. 70%
3. 50%
4. 35%
5. 25%

Ответ: 1

17.НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. (УК-1, ПК-6)

1. Транексамовая кислота.
2. Терлипрессин.
3. Октреотид.
4. Окситоцин.
5. Этамзилат.

Ответ: 4

18.НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ? (УК-1, ПК-6)

1. падение систолического АД менее 80 мм.рт.ст.
2. наличие уровня гемоглобина ниже 120 г/л
3. наличие уровня гемоглобина ниже 100 г/л
4. наличие уровня гемоглобина ниже 80 г/л
5. наличие уровня гемоглобина ниже 60 г/л

Ответ: 2

19. КАКИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ СЛУЖАТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ? (УК-1, ПК-6)

1. обкалывание язвы адреналином.
2. термокоагуляция
3. инъекционная склеротерапия
4. комбинированное применение термокоагуляция и инъекционная склеротерапия
5. лазерная фотокоагуляция.

Ответ: 4

20. КАКИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ СЛУЖАТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО – РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА? (УК-1, ПК-6)

1. введение сосудосуживающих препаратов
2. эндоскопическая электро – и термокоагуляция
3. эндоскопическая склерозирующая терапия
4. эндоскопическая лазеротерапия.
5. баллонная тампонада варикозных узлов с помощью зонда Sengstaken-Blakemore

Ответ: 3

21. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-5)

1. избыточная физическая нагрузка
2. нарушение режима инсулинотерапии
3. диарея
4. соблюдение режима питания
5. правильного ответа нет

Ответ: 2

22. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. назначение глюкокортикостероидов
2. болевой синдромом
3. избыточная физическая нагрузка
4. гипертонический криз
5. правильного ответа нет

Ответ: 3

23. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. жаждой и полиурией
2. тошнотой и рвотой
3. снижением мышечного тонуса и сухостью кожных покровов
4. повышением мышечного тонуса и влажностью кожных покровов
5. правильного ответа нет

Ответ: 4

24. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ: (УК-1, ПК-6)

1. регидратация и инсулинотерапия
2. лучевая терапия
3. введение глюкагона
4. введение мочегонных препаратов
5. правильного ответа нет

Ответ: 1

25. ПРИЧИНАМИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. инсулинорезистентность и гиперинсулинемия
2. острая надпочечниковая недостаточность
3. лактатацидемический ацидоз
4. остановка сердца на фоне гипокалиемии и гиповолемический шок
5. правильного ответа нет

Ответ: 1

26. ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА: (УК-1, ПК-5)

1. у молодых пациентов при СД 1 типа
2. при гестационном сахарном диабете
3. у пожилых пациентов при СД 2 типа
4. у пациентов с первичным гиперальдостеронизмом
5. правильного ответа нет

Ответ: 3

27. ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. гипогликемией;
2. отсутствием кетоза и ацидоза;
3. кетоацидозом;
4. обильным слюнотечением.
5. правильного ответа нет

Ответ: 2

28. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЕ ВКЛЮЧАЕТ РЕГИДРАТАЦИОННУЮ, ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ, А ТАКЖЕ: (УК-1, ПК-6)

1. коррекцию электролитных нарушений;
2. коррекцию дислипидемии;
3. введение глюкагона;
4. введение мочегонных препаратов
5. правильного ответа нет

Ответ: 1

29. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЛАКТАТАЦИДОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: (УК-1, ПК-5)

1. остеопороз;
2. лечение минералокортикоидами;
3. хроническая гипоксия при дыхательной и сердечной недостаточности;
4. неадекватная компенсация сахарного диабета;
5. правильного ответа нет

Ответ: 3

30. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛАКТАТАЦИДОЗА ВКЛЮЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ: (УК-1, ПК-5)

1. запоры;
2. артериальная гипертензия;
3. брадикардия;
4. тошнота, рвота, боли в мышцах;
5. правильного ответа нет

Ответ: 4

12.Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Мужчина, 46 лет поступил двое суток назад, экстренно в отделение реанимации после автодорожной аварии. Объективно: состояние тяжелое, сознание – сопор; кожные покровы бледные, сухие. При аускультации – дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 90/50 мм.рт.ст., PS до 100 уд/мин. Перелом верхней трети правого бедра. Общая кровопотеря около 1,5 литров. ОАК: Hb – 89 г/л, ЦП – 0,6; лейкоциты – $12 \cdot 10^9$, СОЭ – 60 мм/ч ОАМ: моча темного цвета, удельный вес – 1008, эритроциты – большое количество, клетки почечного эпителия – 2-7 в п/зр, белок – 3г/л, цилиндры – 5-7 в п/зр, диурез за сутки – 300мл. Б/х анализ крови: общий белок – 90 г/л, мочевины – 12ммоль/л, креатинин – 200мкмоль/л, К – 2ммоль/л, Na – 170 ммоль/л, АЛТ – 48, АСТ – 45.

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Форма осложнения по классификации?
3. Возможные причины осложнения?
4. Какие методы дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Лечение?

Эталон ответов к задаче №1.

1. Острая почечная недостаточность;
2. Преренальная;
3. Травматический шок, кровопотеря;
4. УЗИ почек, ЭКГ, рентгенография легких;
5. В/в введение дроперидола, восстановление ОЦК путем в/в введения реополиглюкина – 600мл; преднизолон – 60мг, в/в; дофамин – 5мкг/кг; глюкозо-солевой раствор с инсулином.;

Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Женщина, 33 года предъявляет жалобы на слабость, головокружение. 2 суток назад прооперирована по поводу миомы матки. Объективно: сознание спутано, на вопросы отвечает с трудом, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 30 уд/мин, АД 140/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный при пальпации по всем отделах. Симптом XII ребра положительный справа. Диурез 300 мл/сутки. ОАК: эр $3,5 \cdot 10^9$; Hb 100 г/л; лейкоц $6,2 \cdot 10^9$; СОЭ 15 мм/ч ОАМ: уд.вес 1011, белок 0,035 г/л. Б/х анализ крови: мочевины 19 ммоль/л, креатинин 400 мг/л УЗИ: правая почка увеличена, паренхима утолщена, чашечно-лоханочная система справа расширена

1. Диагноз?
2. Прокомментируйте данные анализов?
3. Возможная причина осложнения?

4. С чем следует дифференцировать данное состояние?
5. Дополнительные методы обследования?

Эталон ответов к задаче №2.

1. ОПН стадия олигоурии;
2. Азотемия (повышение уровня мочевины и креатинина) вследствие полостных операций под наркозом;
3. Ошибочно перевязанный мочеточник во время операции;
4. Ренальная ОПН, постренальная ОПН;
5. Диагностическая лапаротомия, в/в пиелография;

Задача №3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной Б., находится в реанимационном отделении с обширным отморожением кистей и стоп III. В течение 2-х суток отмечается снижение количества мочи. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное. При аускультации: дыхание ослабленное, влажные хрипы; сердечные тоны приглушены, ритмичны. ЧДД 26 дв/мин, АД 100/60 мм.рт.ст., ЧСС 90 уд/мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень +2,5см из под края реберной дуги. Диурез 150 мл/стуки. ОАК: Нв 80 г/л, лейкоц 13х10¹², СОЭ 35мм/ч ОАМ: цвет – темный, уд.вес 1007, белок 0,698г/л, эритроциты 10 в п/зр Б/х анализ крови: мочевина 39 ммоль/л, креатинин 680 мкмоль/л, К 6,7 ммоль/л

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Причина развития осложнения?
3. Дополнительные методы обследования?
4. Основное лечение?
5. Течение и прогноз;

Эталон ответов к задаче №3.

1. ОПН, олигоурическая стадия.;
2. Обширная площадь поражения вызывает нарушение гемодинамики, что приводит к резкому снижению почечного кровотока и клубочковой фильтрации;
3. Рентген органов грудной клетки, ЭКГ, биохимия крови, развернутый анализ крови; измерение диуреза и выпитой жидкости; проба по Зимницкому, проба по Нечипоренко; УЗИ почек.;
4. Гемодиализ.;
5. При своевременной и адекватной терапии существует вероятность восстановления функции почек. Летальный исход при ОПН чаще всего наступает от уремической комы, нарушений гемодинамики и сепсиса (частота при олигоурии ≈50%).;

Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Женщина, 32 года доставлена в гинекологическое отделение в тяжелом состоянии. Из анамнеза: 2 дня назад – криминальный аборт. Отмечает боли внизу живота, кровотечения из половых путей, t тела 38С. На 2-й день боли усилились, t тела 39,3. Родственниками была доставлена больницу. За сутки мочи не было. Объективно: сознание спутанное, контакту не доступна. Кожные покровы бледные, сухие. При аускультации: дыхание жесткое, мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких, ЧДД 24 дв/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичны, АД 80/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации плотный, болезненный в нижних отделах. Из половых путей гнойно-геморрагическое отделяемое. При катетеризации получено 10 мл темной мочи. ОАМ: цвет темный, уд.вес 1006, эритроц. 20 в п/зр, почечный эпителий, белок 0,086 г/л.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие изменения со стороны крови Вы предполагаете?
3. Причина развития осложнения?
4. Лечебные мероприятия?
5. Прогноз?

Эталон ответов к задаче №4.

1. Острый гнойный эндометрит. Сепсис. ОПН, стадия олигоурии.;
2. Гипохромная анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитопения, ускорение СОЭ; гипоальбуминемия, увеличение уровня мочевины и креатинина, гиперкалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия, рН 6,9;
3. Септический шок;
4. Перевод в реанимационное отделение, пункция заднего свода влагалища, массивная а/б терапия, дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин 400мл, в/в; Лазикс 60мг, в/в, - 1мкг/кг в минуту; Дофамин, в/в; Бикарбонат Na 4%-100мл, в/в;
5. Неблагоприятный;

Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

По сан.авиации доставлен больной, мужчина 30 лет. Находился 3 дня на стационарном лечении по поводу острого гломерулонефрита. Объективно: состояние больного тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, сухие. Выраженные отеки на конечностях, лице, поясничной области. t тела 39С. При аускультации: дыхание ослаблено в нижних отделах, влажные хрипы. ЧДД 20 дв/мин., пульс 100 уд/мин, АД 150/100 мм.рт.ст. Симптом XII ребра положительный с обеих сторон. Диурез по катетеру 300 мл в сутки. ОАМ: цвет красно-бурый, мутная, уд.вес 1029, реакция кислая, белок 9,8г/л, лейкоц. 10 в п/зр, эритроц. >100 в п/зр. ОАК: Hb 110г/л, эр 4,4*10⁹; лейкоц. 19*10⁹; тр

220*10; СОЭ 51мм/ч Б/х анализ крови: мочевина 14 ммоль/л, креатинин 145 ммоль/л, К 5,7 ммоль/л

1. Какое осложнение развилось у данного больного?
2. Чем может быть обусловлено развитие данного осложнения при гломерулонефрите?
3. Интерпретируйте приведенные анализы?
4. Тактика ведения больного?
5. Метод лечения при неэффективности терапии?

Эталон ответов к задаче №5.

1. Острая почечная недостаточность;
2. Отеком интерстициальной ткани, повышением гидростатического давления в проксимальных канальцах, что приводит к резкому снижению клубочковой фильтрации;
3. Гиперпротеинемия, макрогематурия, лейкоцитурия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, азотемия – анализ крови характерен для воспалительного процесса и ОПН;
4. Симптоматическая терапия – диуретики, гипотонические препараты.;
5. Гемодиализ

Задача №6. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, головокружение, резкую слабость, кал черного цвета. В анамнезе в течение 5 лет диагностируется цирроз печени в исходе ХГС. Несколько раз был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с симптомами декомпенсации заболевания (прогрессировал асцит). После выписки диету не соблюдал, рекомендуемые медикаментозные препараты не принимал, употреблял алкоголь.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, печеночный запах изо рта, несколько заторможен, на вопросы отвечает нечетко, отмечаются «провалы» памяти. Пульс 110 ударов в минуту, малого наполнения и напряжения, ритмичен, АД – 95/50 мм рт.ст. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, край острый, селезенка на 4-5 см ниже реберной дуги, плотная, имеется умеренное количество свободной жидкости в брюшной полости. Нв – 75 г/л. (ПК-5, ПК-6)

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Неотложные мероприятия?
4. Стадия печеночного процесса?
5. Назовите очевидную причину декомпенсации процесса?

Эталон ответов к задаче №6.

1. Диагноз: Цирроз печени вирусной этиологии в стадии декомпенсации, класс С по Чайлд-Пью. ВПГ: ВРВП. ПКН. Осложнение: Кровотечение из вен пищевода или желудка. Прекоматозное состояние.
2. После стабилизации гемодинамики – ФГС, лигирование ВРВП, исследование функциональных проб печени, этиотропная диагностика – маркеры вирусных гепатитов, синдром цитолиза, холестаза, УЗИ органов брюшной полости
3. Лечение: гемостатическая терапия, в\в сандостатин введение зонда Блэкмора, дезинтоксикационная терапия, антибиотики, клизмы, кровезаменители,
4. Декомпенсация
5. Прием алкоголя, прекращение приема медикаментозных средств

Задача №7. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой его половине, неустойчивый стул, желтушность склер, кожный зуд.

Из анамнеза болезни известно, что 5 лет назад перенесла острый гепатит В.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые истеричны, живот увеличен в размерах, на передней брюшной стенке отмечается расширение подкожных вен, имеется ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. При пальпации: печень плотная, болезненная, край ее неровный, острый, выступает на 5-6 см из-под края реберной дуги, имеется увеличение селезенки (пальпируется на 4-5 см ниже реберной дуги).

Общий анализ крови: Нв – 110 г/л, эр – 3,0 х 10¹²/л, Л – 3,9 х 10⁹/л, тромбоциты – 96 х 10⁹/л, СОЭ – 45 мм/ч. Общий билирубин крови: 83,4 мкмоль/л, прямой – 69,1 мкмоль/л, непрямой – 14,3 мкмоль/л, тимоловая проба – 44 ед, общий белок – 56 г/л, альбумины – 45%, глобулины - а1 – 4,2%, а2 – 6,3%, в - 10,3%, g - 34,2%. (ПК-5, ПК-6)

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?
4. Прогноз?
5. Перечислите основные синдромы заболевания.

Эталон ответов к задаче №7.

1. Диагноз: Цирроз печени (неуточненной этиологии), ст. субкомпенсации класс В по Чайлд-Пью. ВПГ: асцит. ПКН.

2. общий анализ крови, ретикулоциты, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, холестерин крови, АсАТ, АлАТ, ГГТП, мочева кислота в крови, креатинин, сахар крови, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, RRS, кал на дисбактериоз, иммуноглобулины крови, серологические маркеры вируса гепатита В, С, Д.

3. симптоматическая терапия – терапия ПГ – верошпирон, петлевые диуретики, неселективные бета-блокаторы, лигирование ВРВП, терапия энцефалопатии – Гепамерц, лактулоза, курсы антибиотиков, Ферменты п\ж без желчных кислот.

4. у пациентки диагностируется стадия декомпенсации процесса, поэтому прогноз серьезный – кровотечение из ВРВП -35%, печеночная ком а- инфекционные осложнения, в том числе спонтанный бактериальный перитонит, ГРС.

5. Синдром портальной гипертензии, печеночно-клеточной недостаточности. Гепатомегалия, малые признаки ЦП.

Задача №8. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больная 31 года, 3 года назад перенесла острый вирусный гепатит. Поступила с жалобами на резкую слабость, небольшое увеличение живота в объеме, субиктеричность склер. Печень выступает из подреберной дуги на 5-6 см, чувствительна при пальпации, плотноватая, край заострен

При обследовании на УЗИ - умеренная гепатомегалия, селезенка верхняя граница нормы, небольшое количество жидкости в брюшной полости (асцит). Общ.белок-70, альбумины -32, билирубин -45,3 реакция прямая быстрая, тимоловая проба-20 ед, АЛТ-5 норм, АСТ-3нормы, ЦИК-400 ЕД, HBSAg пол (ПК-5, ПК-6)

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие лабораторные синдромы позволяет сделать предположение?
3. Необходимое дообследование для подтверждения диагноза?
4. Какой синдром свидетельствует об активности печеночного процесса?
5. Принципы лечения?

Эталон ответов к задаче №8.

1. Декомпенсированный цирроз печени, класс С по Ч-П, активное течение в исходе хронического гепатита В. ВПГ: асцит. Печеночно-клеточная недостаточность
2. Два кардинальных синдрома ЦП - Портальная гипертензия (асцит), печеночно-клеточная недостаточность (гипоальбуминемия)

3. ФГС (варикоз), факторы свертываемости крови, в том числе ПВ, фибриноген, гемостаз, ПЦР, НВеAg, диагностический лапароцентез
4. Синдром цитолиза
5. Этиотропная и симптоматическая терапия- антагонисты альдостерона, петлевые диуретики, введение раствора альбумина.

Задача № 9. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

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

Объективно: телеангиоэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируется. Диурез – 700 мл. Билирубин крови 30 мкмоль/л, АСТ 0,8 ммоль/л, АЛТ 1,2 ммоль/л, ПТВ 50%, натрий 135 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, белок 52 г/л. (ПК-5, ПК-6)

1. Ваш полный диагноз?
2. Какова причина асцита?
3. Определите биохимические синдромы?
4. Сделайте назначения на первую неделю
5. Показания для проведения лапароцентеза?

Эталон ответов к задаче № 9.

1. Цирроз печени (алкогольный), активное течение, стадия декомпенсации, класс С по Чайлд-Пью. ВПГ: асцит. ПКН
2. Портальная гипертензия, гипопропротеинемия
3. Синдромы: клеточной недостаточности, цитолиза (не резко выражен).
4. Постельный режим. Исключить алкоголь, ограничение соли, полноценное питание, верошпирон, петлевые диуретики
5. при впервые возникшем асците, у всех госпитализированных в стационар больных с асцитом, а также при необъяснимом ухудшении состояния у больных циррозом печени и асцитом.

Задача №10. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной Р., 52г. Считает себя больным с мая 1999 г, когда появились боли в мелких суставах кистей, умеренная скованность, субфебрильная температура тела. По месту жительства назначены местные физиотерапевтические процедуры (ионофорез с новокаином) на суставы кистей. После первого сеанса у больного на коже туловища возникла мелкоочечная диссеминированная геморрагическая сыпь, резкая общая слабость, головокружение. При обследовании: снижение Нв до 50 г/л, ЦП

1,0, Rt – 5.6%, увеличение красного ростка в костном мозге при стеральной пункции, положительная прямая проба Кумбса, повышение уровня непрямого билирубина до 80 ммоль/л, АСТ – 132 МЕ (норма до 40МЕ), АЛТ – 184 МЕ (норма до 40МЕ), общий белок 68 г/л, альбумины – 33 г/л, γ – глобулины – 51,3 г/л, Ig G – 28,5 г/л, СОЭ – 40 м/час, криоглобулины ++, тип которых идентифицировать не удалось, ревматоидный фактор 1:160. На ФГС: ВРВП Пост. УЗИ: гепатоспленомегалия. Вирусологическое исследование не выявило маркеров В,С,Д. Обращает на себя наличие «печеночных ладоней», «сосудистых звездочек». (ПК-5, ПК-6)

1. Выделите характерные симптомы заболевания:
2. Предварительный диагноз?
3. Необходимые дообследования для подтверждения диагноза
4. Что на ваш взгляд способствовало дебюту кожно – геморрагического симптома заболевания?
5. Тактика ведения больного?

Эталон ответов к задаче №10.

1. Артралгии, анемический симптом, геморрагический синдром, гепатоспленомегалия, ВРВП Пост, клиничко – лабораторные синдромы цитолиза, мезинхимально – воспалительный синдром.
2. Цирроз печени в исходе аутоиммунного гепатита высокой степени активности. Аутоиммунная гемолитическая анемия.
3. Митохондриальные антитела – АМА.
4. Физиотерапевтические процедуры на суставы кистей.
5. Комбинация ГКС + цитостатики с учетом степени выраженности цитолиза. Ферменты, биопрепараты, инфузионная терапия.

Задача №11. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной, 16 лет, доставлен бригадой скорой помощи в хирургическое отделение с острыми болями в животе. Заболел сутки назад. Хирурги заподозрили острый живот, однако заметили запах ацетона изо рта. Сахар крови 20 ммоль/л. В разовой порции мочи 8% сахара, ацетон +++, удельный вес 1043. Состояние тяжелое. Заторможен. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Язык яркий сухой. Ангулярный стоматит. Пародонтоз. Дыхание шумное. В легких жесткое дыхание. Пульс 100, ритмичный. Тоны сердца глухие. АД-90/50 мм рт ст. Брюшная стенка напряжена. Пальпация живота резко болезненная во всех отделах. Симптом Щеткина +. Печень перкуторно + бсм. Масса тела больного 60 кг. От рвотных масс резкий запах ацетона.

1. Какое предположение о диагнозе будет наиболее правильным?
2. Обоснуйте диагноз.

3. Чем объяснить тяжесть состояния и развитие «острого живота» у пациента?
4. С какими заболеваниями дифференцировать данное состояние?
5. Наметьте план лечебных мероприятий.

Эталон ответа к задаче №11.

1. Сахарный диабет 1 тип, впервые выявленный, кетоацидотическая прекома.
2. Молодой возраст, острое начало, выраженные проявления диабетического синдрома, кетоацидоз, явления дегидратации
3. Несвоевременной диагностикой сахарного диабета, развитием кетоацидоза.
4. С острой хирургической патологией.
5. Регидратация, инсулинотерапия, после уточнения содержания электролитов крови – коррекция электролитного баланса, после уточнения РН крови – решение вопроса о введении соды, наблюдение хирурга с целью исключения острой хирургической патологии. Симптоматическая терапия.

Задача № 12. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больная, 73 лет, доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом: сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Сознание смутное. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом 4 года. Раньше лечилась только диетой. Последние два месяца стала принимать манинил по 1 табл. до завтрака и 1 табл. до ужина. Лечение манинилом вызвало повышенный аппетит. 3 дня назад по советам эндокринолога родственники резко ограничили больную в еде. К вечеру у больной развилось неадекватное поведение, агрессивность, дурашливость. На следующий день был приступ судорог, перестала ориентироваться в окружающем, стала отказываться от еды. Галлюцинировала. Сегодня утром потеряла сознание. Все эти дни лечение манинилом проводилось. Губы цианотичные. Кожные покровы влажные. Язык влажный. Тоны сердца глухие. В подлопаточной области выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Мерцательная аритмия. ЧСС 120 в мин. АД 120/70 мм. рт. ст. Печень +5см, отеки голеней. Тонус мышц повышен. Клонические и тонические судороги. Симптомы Бабинского ±. Сахар крови 2,0 ммоль/л. В моче ацетон ±, сахар отрицательный.

1. Поставьте предварительный диагноз: основное заболевание, его осложнение, сопутствующее и его осложнения.
2. Какова причина развития данного состояния?
3. Какие должны быть мероприятия?
4. Дайте рекомендации по дальнейшей сахароснижающей терапии.

5. Выписать рецепт на Глибенкламид (Манинил).

Эталон ответа к задаче №12.

1. Сахарный диабет 2 тип, стадия декомпенсации, гипогликемическая кома. Соп: ИБС. Фибрилляция предсердий, тахиформа. СН 2 Б ст.
2. Прием манинила и ограничение в приеме углеводов
3. Отмена манинила, внутривенное введение 40% глюкозы, глюкагона. При неэффективности глюкокортикостероиды, перевод на ИВЛ. Антиаритмические препараты (кордарон, сердечные гликозиды), диуретики.
4. В дальнейшем больной рекомендовать прием Диабетона МВ или Амарила.
5. Rp: Tab. Glibenclamidi 0.005 N.50
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды.

Задача № 13. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больная, 73 лет, доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом: сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Анамнез неизвестен. Давность комы выяснить не удалось. В кармане одежды найден «паспорт больного диабетом», где указано, что больная получает глюренорм по 1 табл. после завтрака и после ужина. Температура 38,6. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки сухие. Тактильная и болевая чувствительность сохранены. Тонус глазных яблок снижен. АД 100/60 мм рт. ст. пульс 120, аритмичный слабого наполнения. Тоны сердца глухие. Мерцательная аритмия. Дыхание поверхностное - 36 в мин. Изо рта застойный запах. Печень +5 см, плотной консистенции, тонус мышц снижен. Симптом Бабинского +. Ригидность затылочных мышц. При катетеризации мочевого пузыря моча не получена. Сахар крови 42 ммоль/л. Анализ крови: Лейкоциты $16,0 \times 10^9$, СОЭ 50 мм/час. Кетоновые тела 5 мг/%. Ацетон (-).

1. Какой тип диабета у больной?
2. Какой вид комы наиболее вероятен у больной?
3. Чем объяснить нормальные показатели кетоновых тел и отсутствие ацетона в моче при высокой гликемии?
4. Составить план дальнейшего обследования.
5. Какие должны быть неотложные мероприятия?

Эталон ответа к задаче №13.

1. Сахарный диабет 2 типа.
2. Гиперосмолярная кома.
3. Присутствием собственного инсулина в организме

4. Необходимые диагностические мероприятия: кетоновые тела крови, ацетон мочи, РН крови, осмолярность плазмы (уровень электролитов), креатинин, мочеви́на для уточнения вида комы. ЭКГ, ЭХО-КГ, клиническое обследование для уточнения этиологии и тяжести кардиальной патологии. Провести диагностический поиск для уточнения характера воспалительного процесса (в первую очередь исключить патологию почек). Консультация невропатолога.
5. Регидратация гипотоническим раствором хлорида натрия, инсулинотерапия, препараты калия, антибактериальные препараты, антиаритмические препараты.

Задача № 14. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Пациентка 70 лет, страдающая сахарным диабетом, получает таблетки Манинил 5, перенесла экстракцию зуба утром. После экстракции длительно не останавливалось кровотечение. В 17 часов стала жаловаться на нарушение речи и резкое ухудшение зрения, затем стала бессвязно говорить, метаться по квартире. Врачом «Скорой медицинской помощи» отмечено повышение АД до 175/100 мм.рт. ст., очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

1. О каком состоянии следует думать в первую очередь?
2. С чего нужно начать лечение?
3. Каковы особенности гипогликемии у лиц пожилого возраста?
4. Что явилось причиной данного осложнения?
5. Какой должна была быть профилактика гипогликемии в данном случае?

Эталон ответа к задаче №14.

1. Гипогликемическое состояние у больной сахарным диабетом пожилого возраста.
2. При адекватном состоянии пациентки напоить ее сладким чаем, газированными напитками, дать конфет, печенья, белого хлеба. При сложности приема пищи ввести гипертонический 40% раствор глюкозы внутривенно струйно до восстановления сознания, от 20 до 100 мл. Помнить о возможности повторения гипогликемического эпизода, т.к. продолжается действие сахароснижающих препаратов.
3. В пожилом возрасте гипогликемии осложняются нарушением мозгового кровообращения, острым коронарным синдромом, поэтому необходимо динамическое наблюдение и обследование.
4. Причиной явилось нарушение режима питания при сохранении тактики и доз сахароснижающей терапии.

5. Следовало снизить в 2-3 раза дозу получаемого препарата или отменить его прием на день экстракции зуба.

Задача № 15. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8).

Больной, 30 лет, доставлен в приемное отделение больницы с жалобами на выраженную слабость, вялость, жажду, боли в эпигастральной области, рвоту. Ухудшение состояния после перенесенного острого респираторного заболевания. Объективно: заторможен, вял, запах ацетона изо рта, кожа сухая, язык обложен грязно-коричневым налетом. Пульс -100 в минуту. АД - 100/60 мм.рт.ст. Пальпация живота болезненная в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет.

1. Какой диагноз можно заподозрить?
2. Обоснование диагноза. Какой симптом наиболее характерен?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Как вводить инсулин?
5. Показания для ощелачивающей терапии?

Эталон ответа к задаче №15.

1. Сахарный диабет 1 тип, впервые выявленный, кетоацидоз.
2. Острое начало, выраженные проявления диабетического синдрома, кетоацидоз, явления дегидратации. Запах ацетона.
3. Для подтверждения диагноза необходимо: гликемический профиль, кетоновые тела крови, ацетон мочи, РН крови, электролиты крови.
4. Введение инсулина внутривенно или внутримышечно.
5. Дыхание Куссмауля или $pH < 7,0$.

6. Перечень и стандарты практических умений

1. Необходимо знать особенности клинического течения ОПН в зависимости от этиологических факторов; клинико-лабораторную характеристику стадий ОПН; показания к методам терапии (УК-1, ПК-5, ПК-6).
2. Знать причины смерти больных ОПН и их профилактику (УК-1, ПК-5).
3. Уметь на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и лабораторных исследований диагностировать синдром ОПН (УК-1, ПК-5).
4. Уметь интерпретировать показатели анализов крови и мочи при ОПН; по клинико-лабораторным проявлениям определить стадию ОПН; выбрать метод лечения (УК-1, ПК-5, ПК-6).

5. Иметь представление об этиологии и патогенезе ОПН; о современных методах лечения больных ОПН; о летальных осложнениях при ОПН и возможностях их предупреждения (УК-1, ПК-5).
6. Уметь оценить лабораторные данные (анализ крови, анализ мочи) (УК-1, ПК-5).
7. Знать основные клинические синдромы коматозных состояний (УК-1, ПК-5).
8. Знать принципы диагностики (УК-1, ПК-5).
9. Уметь обследовать больного. (УК-1, ПК-5).
10. Интерпретировать дополнительные методы диагностики. (УК-1, ПК-5).

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Современные аспекты терапии острой почечной недостаточности.
2. Показания для проведения гемодиализа.
3. Современные аспекты неотложной помощи при острой печеночной недостаточности.
4. Причины острой печеночной недостаточности.
5. Дифференциальная диагностика ком при сахарном диабете.
6. Дифференциальная диагностика гипогликемических состояний.
7. Алгоритмы диагностики и лечения диабетических ком.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

Перечень основной литературы:

1. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 1. - 783 с.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 2. - 575 с.

4. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1. - 960 с. : ил. - ISBN 9785970425794 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
5. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970425800 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
7. Гематология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. О. А. Рукавицын. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 776 с. - (Национальные руководства).
8. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - (Национальные руководства).
9. Пульмонология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. Г. Чучалин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.
10. Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1112 с. - (Национальные руководства).

Перечень дополнительной литературы:

1. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.8. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней / сост. С. Ю. Никулина, Т. Д. Верещагина, С. Е. Головенкин [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 97 с. – ЦКМС
2. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.1. Болезни сердечно-сосудистой системы / сост. Ю. И. Гринштейн, В. В. Кусаев, В. В. Шабалин [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 625 с. - ЦКМС

