федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ**

по специальности

***31.05.01 Лечебное дело***

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности *31.05.01 Лечебное дело,* одобренной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол № 9 от 30 апреля 2021 года) и утвержденной ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России 30 апреля 2021 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| **1.** | **УК-1.**  Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | **Инд. УК 1.1.**  Способность выявлять проблемные ситуации в профессиональной деятельности |
| **Инд. УК 1.2.**  Способность применять системный подход для анализа проблемной ситуации |
| **2.** | **ОПК-7.**  Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности | **Инд. ОПК 7.1.**  Способность составить план лечения с учетом стандартов оказания медицинской помощи |
| **3.** | **ПК-1.**  Готовность выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме. | **Инд. ПК 1.1.**  Готовность выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме*.* |
| **Инд. ПК 1.2.**  Готовность оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни пациента. |
| **4.** | **ПК4.**  Готовность к определению, формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) | **Инд. ПК 4.2.**  Готовность к проведению дифференциальной диагностики заболеваний |
| **Инд. ПК 4.3.**  Готовность к установлению диагноза с учетом действующих клинических рекомендаций и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). |
| **5.** | **ПК6.**  Способность и готовность к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами, контролю эффективности и безопасности лечения. | **Инд. ПК 6.1.**  Готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния,  к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями |

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль №*1 «Госпитальная терапия»***

**1.Темы рефератов**

1. Функциональные заболевания кишечника
2. Дифференциальная диагностика при желтухе.
3. Синдром запора при органической патологии кишечника
4. Дифференциальная диагностика и лечение желу­дочно-кишечных и легочных кровотечений
5. Амилоидоз почек
6. Хронический пиелонефрит.
7. Лейкемоидные реакции.
8. Дифференциально-диагностический поиск при миеломной болезни.
9. Агранулоцитозы.
10. Эмфизема.
11. Дифференциальная диагностика легочных гипертензий.
12. Основные методы исследования в пульмонологии (клинико-лабораторные, рентгенологические, компьютерная томография, эндоскопическая биопсия, бронхоальвеолярный лаваж).
13. Легочные кровотечения.
14. ТЭЛА.
15. Спонтанный пневмоторакс.
16. Нейроциркуляторная дистония.
17. Реабилитация больных с инфарктом миокарда.
18. Хирургическое лечение ИБС.
19. Пролапс митрального клапана.
20. Опухоли сердца.
21. Коронарный синдром Х.
22. Внезапная коронарная смерть.
23. СССУ. Виды ЭКС.
24. Синдром преждевременного возбуждения желудочков WPW, CLC.

**2.Учебная история болезни:**

**План Истории Болезни**

1. Жалобы больного.
2. Анамнез болезни.
3. Анамнез жизни больного.
4. Данные объективного исследования.
5. Анализы, специальные исследования и консультации.
6. Дневник.
7. Кривая с изображением динамики симптомов и лечения /температура, пульс, дыхание, артериальное давление и т.д./.
8. Клинический диагноз.
9. Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз.
10. Лечение и его обоснование.
11. Прогноз.
12. Эпикриз.

13.Литература, использованная куратором.

14.Подпись куратора.

Примечания;

1. Дифференциальный диагноз и его обоснование излагаются конкретно, применительно к данному случаю.
2. Лечение курируемого больного описывается с освещением механизма действия лекарственных средств, обоснованием их выбора и дозировок. Раздел «Лечение» заканчивается оценкой полученного эффекта. Лекарственные средства указываются в латинской транскрипции.
3. В пункте 11 излагается прогноз жизни, здоровья и трудоспособности больного с учетом особенностей течения заболевания.
4. Эпикриз не должен повторять подробных данных анамнеза и объективного состояния, а также лабораторного исследования. Приводятся только основные данные, на которых только построен диагноз. Перечисляются лекарственные средства, другие методы терапии. Оценивается эффективность проведенного лечения. Затем следуют рекомендации больному по выписке из клиники (включая режим, питание, санаторно- курортное лечение).
5. Все наименования разделов истории болезни и диагноз пишутся по-русски.

**Схема истории болезни госпитальной терапевтической клиники**

СПРАВОЧНЫЕ ДАННЫЕ:

Имя, отчество и фамилия больного. Возраст. Пол. Семейное положение. Профессия /указывается детально/. Образование. Место жительства. Место работы.

Основные жалобы больного. Прочие жалобы, как общего порядка, так и по органам.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Состояние больного перед заболеванием, начало заболевания, предполагаемые причины или поводы к заболеванию; дальнейшее течение и развитие заболевания, врачебные мероприятия до поступления в больницу.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО:

Развитие физическое и умственное. Условия жизни в различные периоды, материальная обеспеченность, заработок, состав семьи, жилищная обстановка, отдых. Условия и характер питания. Условия работы. Привычные интоксикации /алкоголь, курение/. Характер нервно-психической реакции больного на окружающее: отношение к работе, житейским трудностям, приспособляемость к условиям внешней среды. Травмы и конфликты психо-эмоционального характера. Перенапряжение и утомление нервной системы. Сон, внушаемость, мнительность. Перенесенные в прошлом заболевания. Половая жизнь /у женщин менструация, беременность/. Данные о наследственности и здоровье семьи. Медикаментозная аллергия и другие ее виды.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Общий вид больного /оценка тяжести состояния больного/. Психическое состояние больного. Положение в постели /активное, вынужденное, пассивное/. Телосложение, состояние питания, конституция. Кожа и видимые слизистой оболочки: окраска, сыпи, потоотделение, влажность, волосяной покров, подкожно-жировой слой, отеки. Мышцы и суставы: степень развития, тонус, подвижность, болезненность, припухлость, деформация, покраснение.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: Форма грудной клетки. Состояние межреберий, асимметрия. Состояние и тип дыхания. Частота и ритм дыхания. Голосовое дрожание. Перкуссия границ легких. Активная подвижность легких /нижнего края/ при максимальном вдохе и выдохе. Сравнительная перкуссия легких: характер перкуторного звука в различных симметричных частях грудной клетки. Аускультация легких: характер дыхания, хрипы, их локализация, количество, звучность. Бронхофония, шум трения, и другие феномены.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА: Осмотр и ощупывание сердечной области. Верхушечный и сердечный толчок. Пульсация сосудов и надчревия. Перкуссия относительной и абсолютной границ тупости сердца. Тоны сердца, их частота и звучность. Шумы: их характер, сила, тембр, их локализация, проведение. Пульс: частота, ритм, напряженность, наполнение, высота, формы пульсовой волны. Осмотр и ощупывание артерий в различных областях тела. Артериальное давление на обеих руках. Венозное давление. Осмотр вен и ощупывание их.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: Язык. Зубы. Миндалины. Живот: форма, величина, симметричность, вздутие, болезненность. Определение наличия свободной жидкости. Физическое исследование желудка и кишечника /поверхностная и глубокая пальпация, толчкообразная пальпация/. Стул: характер, частота, консистенция, окраска и патологические примеси, болезненность при дефекации. Пальпация поджелудочной железы. Печень: границы верхняя и нижняя, форма печени, консистенция, болезненность, характер края и поверхности /гладкая, бугристая/, пальпация желчного пузыря.

СИСТЕМА МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ: Почки: величина, форма, консистенция, смещаемость, симптом Пастернацкого. Частота и характер диуреза, дизурические явления.

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ: Селезенка: границы, болезненность, консистенция, характер поверхности. Шум трения в области селезенки. Лимфатические узлы: прощупываемость в различных областях тела, величина, консистенция, болезненность.

ЭНДОКРИННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ: Соответствие общего развития возрасту. Вторичные половые признаки. Пигментация кожи, наличие акне, стрий и их локализация. Развитие подкожной клетчатки, костной системы. Щитовидная железа: размеры, плотность, пульсация, подвижность. Глазные симптомы.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА: Легко ли вступает в контакт. Способность к ориентации, адекватность в отношении к своему заболеванию. ЧМН. Зрачки, их реакция на свет. Менингеальные симптомы. Равномерность болевой чувствительности. Наличие парезов, параличей. Походка. Речь. Внимание. Интеллект. Сон. Вегетативная нервная система: дермографизм, слюноотделение, похолодание конечностей. Ортоклиностатическая проба.

ДНЕВНИК:

Ежедневная запись о самочувствии и состоянии больного в динамике. Ежедневная запись температуры, пульса, дыхания. При необходимости - АД, суточного диуреза и других параметров. Переносимость лекарственной и других видов терапии. Обоснование коррекции лечения, необходимости проведения дополнительных методов исследования, консультаций «узких» специалистов.

К дню клинического разбора курируемого больного история болезни должна быть написана до раздела: «Клинический диагноз и его обоснование». Последующие разделы должны быть представлены в виде черновика. Через день после клинического разбора история болезни представляется на проверку. Дневники за все дни курации, «температурный лист» сдаются на проверку в день, предшествующий защите истории болезни.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль №*1 «Госпитальная терапия»***

**Тема 1 Дифференциальная диагностика при кардиалгическом синдроме.**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата ,проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация причин болей в грудной клетке в клинике внутренних болезней.

2. Клиническая характеристика болей коронарогенного и некоронарогенного генеза (в том числе и экстракардиального).

3. Дифференциальная диагностика синдрома болей в грудной клетке при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и ИБС .

4. Дифференциальная диагностика болей в грудной клетке при заболеваниях сердца и сосудов и ИБС.

5. Дифференциальная диагностика синдрома болей в грудной клетке при заболеваниях легких и ИБС.

6. Дифференциальная диагностика синдрома болей в грудной клетке при заболеваниях органов пищеварения и ИБС.

7. Дифференциальная диагностика синдрома болей в грудной клетке нейро-эндокринной природы и ИБС.

8. Тактика (алгоритм) действия терапевта при дифференциальной диагностике болей в грудной клетке, некоронарогенных болях. Определение диагностического минимума обследований для дифференциальной диагностики синдрома болей в грудной клетке)

**Тестовые задания**

1. **У пациента 48 лет на 12-й день после операции остеосинтеза бедренной кости остро возникла боль за грудиной, одышка, резкая слабость, цианоз губ, АД снизилось до 70/40 мм рт.ст. На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо, появление отрицательных зубцов Т в отведениях V2–V4. Наиболее вероятно, что у пациента:**
2. острый инфаркт миокарда
3. острый перикардит
4. ТЭЛА
5. спонтанный пневмоторакс
6. **У пациента 25 лет после переохлаждения температура тела повысилась до 39 °С, появился кашель, беспокоят боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе и кашле. Наиболее вероятный диагноз:**
7. острый бронхит
8. плевропневмония
9. острый перикардит
10. межреберная невралгия
11. миокардит
12. **У пациента 38 лет при выполнении тяжелой физической нагрузки возникла острая боль в левой половине грудной клетки, которая продолжается уже более 30 минут. Отмечается одышка, выраженный цианоз, тахикардия. При перкуссии выявляется тимпанит слева, смещение средостения вправо. Аускультативно определяется резкое ослабление дыхания слева. Наиболее вероятный диагноз:**
13. спонтанный пневмоторакс
14. ТЭЛА
15. инфаркт миокарда
16. острый перикардит
17. **У пожилого пациента внезапно появилась острая боль за грудиной, затем сухой кашель, головокружение. Чуть позже развилась одышка инспираторного типа и цианоз в сочетании с бледностью кожи. Визуально определяется патологическая пульсация в эпигастральной области. Перкуторно отмечается - расширение правой границы сердца, аускультативно - акцент II тона и раздвоение его над легочной артерией. Какую патологию можно предположить?**
18. крупозная пневмония
19. астматический статус
20. острый инфаркт миокарда
21. ателектаз
22. ТЭЛА
23. **Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита и стенокардии в первую очередь применяется: пищевая сода;**
24. нитроглицерин;
25. электрокардиография;
26. эзофагоскопия;
27. все перечисленное
28. **Для кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита характерно все, кроме:**
29. боли за грудиной;
30. страх смерти;
31. связь боли с положением тела;
32. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
33. **Для дифференциальной диагностики болей сердца и пищевода применяются:**
34. эзофагоскопия;
35. кимоэзофагография;
36. электрокардиография;
37. прием антацидов;
38. **Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища, не купируются полностью альмагелем. Отмечается также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью - рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все перечисленное позволяет заподозрить:**
39. аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;
40. рак пищевода;
41. бронхиальную астму;
42. хронический гастрит;
43. ахалазию кардии.
44. **Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии?**
45. заболевания пищевода
46. диафрагмальная грыжа
47. язвенная болезнь желудка
48. хронический колит
49. острый панкреатит
50. **Какие признаки позволяют диагностировать левостороннюю межреберную невралгию?**
51. резкая боль при надавливании в межреберных промежутках
52. усиление болей на вдохе
53. ослабление болей на вдохе
54. связь болей с поворотом тела
55. положительный эффект после приема нитроглицерина
56. все, кроме в, д
57. все, кроме г, д
58. **Какие признаки не являются значимыми в дифференциальном диагнозе стенокардии и грудного корешкового синдрома?**
59. купируемость болей нитроглицерином
60. рентгенологические признаки деформации грудного отдела позвоночника
61. наличие зон измененной кожной чувствительности, соответствующих иннервации межреберными нервами
62. положительные симптомы натяжения
63. **Проба с β-адреностимулятором изадрином применяется у больных со следующими целями**
64. для диагностики скрытых нарушений атриовентрикулярной проводимости
65. для оценки класса коронарной недостаточности
66. для выявления нарушений реологических свойств крови
67. для выявления скрытой коронарной недостаточности
68. для диагностики синдрома слабости синусового узла
69. **Боль в грудной клетке во время физической нагрузки и при выходе на холод характерна для:**
70. стенокардии;
71. пневмонии;
72. остеохондроза;
73. рефлюкс-эзофагита;
74. миокардита
75. **Для ангинозных болей в груди характерно всё, кроме:**
76. локализация за грудиной или в области сердца;
77. усиление при глубоком дыхании;
78. иррадиация в левую руку или лопатку;
79. купирование нитроглицерином;
80. сопровождение чувством нехватки воздуха.
81. **Причиной жгучей боли в нижней трети грудины, возникающей после еды, сопровождающейся отрыжкой кислым, могут быть:**
82. язвенная болезнь желудка;
83. рефлюкс-эзофагит;
84. эзофагоспазм;
85. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
86. все перечисленное
87. **Для кардиалгии при заболеваниях пищеварительного тракта, не характерно:**
88. Жгучий, загрудинный характер болей
89. Связь боли с приемом пищи
90. Уменьшение боли после приема антацидов или нескольких глотков воды
91. Связь возникновения боли с физической нагрузкой
92. Наличие дисфагии
93. **Для кардиалгии при заболеваниях костно-мышечной системы и**

**нервных структур характерно все, кроме:**

1. Связь с определенными движениями плечевого пояса и туловища
2. Боль острая колющая или тупая ноющая длительная (часы, дни)
3. Наличие локальной болезненности при пальпации
4. Купирование боли приемом нитроглицерина
5. Частая иррадиация боли в левое плечо, руку, сопровождающееся
6. **Диагноз спонтанного пневмоторакса слева позволяют поставить:**
7. Сочетание коробочного перкуторного тона с резким ослаблением
8. дыхания
9. Связь боли с дыханием и кашлем
10. Смещение органов средостения вправо
11. Связь боли с одышкой
12. Острое начало заболевания
13. **Для массивной ТЭЛА не характерно:**
14. Загрудинный характер болей
15. Отсутствие одышки
16. Повышении ЦВД
17. Снижение АД
18. Кровохарканье
19. **Наиболее информативным методом диагностики расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты является**:
20. Активность ферментов
21. Суточное мониторирование АД
22. Рентгенография
23. Чреспищеводная эхокардиография
24. ЭКГ
25. **Для острого перикардита не характерно:**
26. Локализация боли за грудиной
27. Продолжительность боли не более 3-5 минут
28. Отсутствие эффекта от приема нитроглицерина
29. Тупой.давящий характер боли
30. Шум трения перикарда
31. **Причиной острой нестерпимой боли в области сердца могут быть:**
32. Стенокардия Принцметала
33. Инфаркт миокарда
34. Расслаивающая аневризма аорты
35. ТЭЛА
36. Спонтанный пневмоторакс
37. Все перечисленное
38. **Для кардиалгии при нейро-циркуляторной дистонии не характерно:**
39. Тупая ноющая либо острая колющая боль слева от грудины
40. Сжимающая жгучая боль за грудиной
41. Продолжительность боли секунды или часы
42. Купирование боли валидолом
43. Возникновение боли в покое или спустя время после физической нагрузки

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Больной К., 49 лет, поступил в стационар с жалобами на приступы интенсивных болей за грудиной, иррадиирующих в левую руку; боли длятся более 30 мин, четкой связи их возникновения с физической нагрузкой нет: иногда появляются при подъеме тяжести, иногда в ночное время, нередко через 15-20 мин после еды, сопровождаются изжогой, отрыжкой. Боли не снимаются нитроглицерином, уменьшаются после приема минеральной воды, раствора пищевой соды, теплого молока, приема коринфара. Болеет около 6 лет, наблюдается в поликлинике по поводу ИБС. Последнее ухудшение связано с физической нагрузкой (подъемом тяжести): появилась резкая боль за грудиной, которая продолжалась около 20 мин. Боли уменьшились в положении лежа с приподнятым изголовьем, приема молока и таблетки коринфара, но полностью не исчезли, в связи с чем пациент направлен в стационар с диагнозом “ИБС, затянувшийся приступ стенокардии”.

Из анамнеза жизни: в 25-летнем возрасте операция (ушивание) по поводу перфоративной дуоденальной язвы. В последующем иногда беспокоили боли в эпигастрии, проходящие после еды. Восемь лет назад после эмоционального стресса зафиксировано повышение АД до 170/95 мм рт. ст. Курит около 20 сигарет в день, периодически злоупотребляет алкоголем. За последние 5-6 лет отмечает увеличение массы тела на 18 кг. Работа пациента связана с физическим напряжением, подъемом тяжестей.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, гиперстеник, рост 170 см, масса тела 96 кг, окружность живота 118 см. Отеков нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, верхняя - 3-е ребро, левая - 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Пульс - 76 в мин, удовлетворительного наполнения, АД — 140/85 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, I тон на верхушке ослаблен. В легких без особенностей. По белой линии живота выше пупка имеется послеоперационный рубец, признаков скопления жидкости в брюшной полости нет. Размеры печени по Курлову 11-10-9 см, не пальпируется.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 4,6 х 1012, Нв - 140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 7,8 х 109, Э - 2, П - 4, С - 66, Л - 20, М - 8, СОЭ - 8 мм/ч.

ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1022. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - ед. Лейк. - 1-3 в п/зр, Эр.- нет

Глюкоза крови - 6,4 ммоль/л, Холестерин - 7 ммоль/л,

**Задание**.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования и лечения.

**Задача № 2**

Больной В., 42 лет, во время занятий в тренажерном зале внезапно почувствовал интенсивную острую боль в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, левую руку. Появилась одышка, головокружение.

Объективно: состояние средней тяжести, бледен, одышка, головокружение. ЧДД - 26 в мин Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание не определяется. При перкуссии справа звук легочный, слева типманит. При аускультации справа - дыхание везикулярное, слева дыхательные шумы не выслушиваются. Правая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, левая не определяется. Тоны сердца приглушены, тахикардия, пульс - 116 в мин, слабого наполнения, АД — 90/60 мм рт. ст. Живот без особенностей.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр - 4,5 х 1012, Нв-130 г/л, ЦП - 0,95, Лейкоциты - 8,4 х 109, Э - 2, П - 1, С - 67, Л - 23, М - 8, СОЭ - 12 мм/ч.

ОАМ. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1018. Прозрачность - полная. Белок - нет. Эп. кл. - един. Лейк. - 1-3 в п/зр, Эр. - нет

АlАt - 0,3 мкмоль/ч-мл, АsАt - 0,4 мкмоль/ч-мл

**Задание.**

Сформулируйте предварительный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования и лечения.

**Задача № 3**

Врач “Скорой помощи” приехал по вызову к больному К., 50 лет, у которого развился интенсивный приступ загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в левую руку. Боль длится около часа, сопровождается резкой слабостью, беспокойством. В течение последней недели при ходьбе появлялись кратковременные сжимающие боли за грудиной, проходящие в покое.

Объективно: состояние средней тяжести, гипергидроз кожи. Частота дыханий — 20 в мин, при аускультации дыхание везикулярное. Пульс частый, аритмичный. АД — 170/100 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости по левой срединноключичной линии. Тоны приглушены , 94 в мин, единичные экстрасистолы. Край печени по реберной дуге.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 4,3 х 1012, Нв - 130 г/л, ЦП - 0,9, Лейкоциты - 6,2 х 109, П - 4, С - 54, Л - 22, М - 10, СОЭ - 8 мм/ч.

ОАМ. Реакция - нейтральная, Уд. плотность - 1020. Прозрачность - полная.

Белок - нет. Эп. кл. - един. Лейк. - 1 -2 - 8 в п/зр, Эр. нет.

К-во холестерина в сыворотке - 4,9 ммоль/л,  -липопротеиды - 8,4 ммоль/л

Глюкоза крови - 5,8 ммоль/л

**Задание.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования.

3. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?

4. Назначьте лечение.

**Задача № 4**

Больная А., 44 года. Жалуется на длительные, многочасовые, загрудинные боли, не связанные с физической нагрузкой, не купирующиеся нитроглицерином, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед, отечность, зябкость, слабость, снижение памяти, боли в спине и суставах, запоры. Заболевание начало развиваться около 5 лет назад после простуды. Безуспешно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита, затем анемии.

Объективно: рост 170 см, масса тела — 86 кг. Кожа бледная сухая, с мраморным оттенком, шелушится. Определяется плотный отек лица, туловища, стоп, кистей. Больная малоподвижна, безразлична, голос низкий. Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы отсутствуют. Пульс - 54 в мин, ритмичный, АД — 130/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости смещены влево вниз на 3,5 см, влево вверх на 2.0см, вправо вниз на 2 см., тоны приглушены. Пальпация органов брюшной полости затруднена из-за плотного отека передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы снижены, время ахиллова рефлекса увеличено.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 3,5 х 1012, Нв - 64 г/л, ЦП - 0,6, Лейкоциты - 3,4 х 109, П - 2, С - 66, Л - 24, М - 8, СОЭ - 24 мм/ч.

ОАМ. Реакция - нейтральная, Уд. плотность - 1015. Прозрачность - неполная.

Белок - 0, 033 г/л. Эп. кл. - един. Лейк. - 1- 2 в п/зр, Эр. - нет.

К-во холестерина в сыворотке - 10,5 ммоль/л,  -липопротеиды - 6,5 ммоль/л

Креатинин сыворотки крови - 0,088 ммоль/л, АЛАТ- 0,3 мкмоль/ч-л, АСАТ - 0,4 мкмоль/ч-л

Общий белок — 75 г/л, Альбумины - 50 г/л,  1 глобулины - 4,0 г/л

**Задание.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения больного

**Задача № 5**

“Скорая помощь” вызвана к больному 66 лет по поводу кровохарканья. Пациент жалуется на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, одышку, слабость, кровохарканье. Боли в грудной клетке и одышка возникли около суток назад, кровохарканье - около 30 мин. Две недели назад перенес операцию по поводу аденомы предстательной железы.

Объективно: состояние тяжелое, лицо цианотично, шейные вены слегка набухшие, ЧД — 26 в мин. При перкуссии слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, там же ослабление везикулярного дыхания, ЧСС — 98 в мин, пульс ритмичный, АД - 115/70 мм рт. ст. (обычно — 160/90 мм рт. ст.) Живот болезненный при пальпации.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр.- 4,5 х 1012, Н-140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 7,8 х 109, П - 8, С.- 62, Л - 24, М - 6, СОЭ - 24 мм/ч.

ОАМ. Цвет - желтый. Реакция - кислая, Уд. плотность - 1016. Прозрачность - неполная. Белок - 0,066 г/л. Эп. кл. - един. Лейк. - 0 - 1-3 в п/зр, Эр. 1-2 - 0 в п/зр.

Глюкоза крови - 5,2 ммоль/л.

Холестерин - 7 ммоль/л, β -липопротеиды - 5 г/л

**Задание.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования.

**Задача № 6**

Женщина 53 лет

В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

Анализы крови: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль\л. В остальном - без особенностей.

**Задание**:

1. Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

**ЗАДАЧА № 7**

Больной 28 лет

С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.

Объективно: ЧСС = 80 уд\мин., АД = 120\80 мм рт.с.т . При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд\мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.

ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4.4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулетный ток в выносящем тракте ЛЖ.

**Задание**:

1. Сформулируйте развернутый диагноз пациента.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
3. Тактика медикаментозного лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

**Задача №8**

Больная Л., 49 лет. Жалуется на периодическую боль в сердце, сердцебиение, одышку, раздражительность, временами отеки голеней и стоп. Боль в сердце возникает 2-3 раза в сутки без связи с физической нагрузкой, сопровождается сердцебиением, чувством нехватки воздуха, потливостью, чувством жара, не иррадиирует. Отеки нижних конечностей возникают перед менструацией и после ее окончания проходят. Менструации нерегулярные, обильные. Объективно Рост-160 см, масса тела-74 кг. Кожа обычной влажности. Пульс - 82 в 1 мин, ритмичный, АД -145/80 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны обычной громкости. Дыхание везикулярное. Живот мягкий. Печень не увеличена. Отеков нет.  
**Вопросы:**  
1. Сформулируйте развернутый диагноз и обоснуйте его.  
2. Определите, имеются ли у больной признаки сердечной недостаточности.  
3. Укажите, какие изменения на ЭКГ могут наблюдаться у больной, их патогенез.  
4. Укажите отличительные признаки изменения ЭКГ при ишемической болезни сердца и климактерической кардиомиопатии. Влияние функциональных проб.  
  
**Задача № 9**

Женщина 57 лет страдает тромбофлебитом глубоких вен нижних конечностей. Внезапно, на пятые сутки после обширного оперативного вмешательства появилась сильная боль в левой половине грудной клетки, одышка, цианоз верней половины туловища, кровохаркание.

Состояние больной тяжелое. Цианоз верней половины туловища, шейные вены набухшие. Одышка до 40 в мин. АД 80/50 мм рт.ст., тахикардия до 120 уд/мин. Тоны сердца глухие, акцент второго тона над легочной артерией. На ЭКГ нагрузка на правые отделы сердца.

**Задание:**

1.Наиболее вероятный диагноз

2. Каков план дальнейшего обследования

**Задача №10**

Больная 60 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°С, слабость. Заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением; была кратковременная потеря сознания. Врачом неотложной помощи была предложена госпитализация, от которой больная отказалась. Сегодня приступ одышки повторился, появилось кровохарканье, госпитализирована. Состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные. Наблюдаются отеки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком. Частота дыханий - 26 в минуту. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный, малого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над легочной артерией. При перкуссии легких определяется притупление легочного звука в левой подлопаточной области, здесь же выслушивается шум трения плевры. На ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъем сегмента ST и отрицательный зубец Т в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

**Задание:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Показания и методы хирургического лечения.

**Задача№11**  
Больной С., 72 года. Обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на периодически возникающие загрудинные боли, связанные с физической нагрузкой, с иррадиацией в межлопаточную область. Также предъявляет жалобы на нарушения глотания, повышенное слюноотделение, тошноту, рвоту, тяжесть в животе, похудание.  
Объективно: дыхание жесткое, хрипов нет, ЧСС – 52/мин, ЧД – 25/мин, во втором межреберье по ходу проекции аорты выслушивается систолический шум, перкуторно расширение сосудистого пучка вправо. Лабораторные показатели в пределах возрастной нормы.  
На рентгенограмме: узурация тел позвонков, умеренный кифоз. В прямой проекции увеличение правого контура аорты, смещение контуров трахеи и левого главного бронха, явления гиповентиляции левого легкого. Во второй косой расширение восходящей аорты, смещение заднего контура до середины позвоночника, отклонение контрастированного пищевода вперед.   
**Задание**

1. Предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз

**Задача №12**

У мужчины 42 лет появились сильные опоясывающие боли в левой половине грудной клетки, в связи с чем, был госпитализирован в кардиологическое отделение. Экстренные исследования ЭКГ и биохимического анализа крови не выявили сердечной патологии. Через два дня в левой половине грудной клетки, на уровне соска, в зоне болей появились высыпания в виде пузырьков. Осмотр невролога выявил зону гипестезии в этой же области.

**Задание:**

1) Поставьте предположительный клинический диагноз

2. Составьте план дополнительного обследования

3. Проведите дифференциальный диагноз

3) Составьте план лечения.

4) Какими препаратами наиболее целесообразно купировать болевой синдром?

**Задача № 13**

Юноша 17 лет, хорошего физического развития. Во время соревнований по велоспорту упал, после чего появились боли в левой половине грудной клетки. Для исключения перелома ребер направлен в травмопункт. На обзорной рентгенограмме легочные поля без особенностей, синусы свободны. Признаков перелома ребер не выявлено. Однако рентгенолог обратил внимание на узуры нижних краев задних отрезков IV–VII ребер. Для уточнения причины торакалгии пациент направлен к терапевту по месту жительства. Данные осмотра: телосложение нормостеническое. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, шум трения плевры не определяется. При аускультации сердца слышны акцент II тона над аортой, систолический шум в межлопаточном пространстве. При наклоне пациента вперед с опущенными вниз руками вокруг лопатки пальпаторно определяется усиленная пульсация. АД на обеих руках 150/90 мм рт. ст., на обеих ногах — 100/70 мм рт. ст. ЭКГ без изменений. Из анамнеза: родился в сельской местности от здоровых родителей. Рос и развивался нормально, от сверстников в развитии не отставал. С ранних лет занимался велоспортом в школьной секции. Приблизительно с 16 лет стала беспокоить головная боль, что связывал с перегрузками (большая учебная программа в школе, компьютерные игры).

**Задание:**

1. Каков предположительный диагноз?

2. Объясните причину узурации ребер.

3. Дальнейшая тактика терапевта.

**Задача № 14**

Мужчина 24 лет обратился к терапевту с жалобами на кашель и боль в грудной клетке, усиливающуюся при кашле и глубоком вдохе. Ранее ничем не болел. На обзорной рентгенограмме определяется полоса просветления в плащевом отделе левого легочного поля шириной до 2 см. На фоне просветления отсутствует легочный рисунок. Обоснуйте ответы на следующие

**Задание:**

1. Каков предположительный диагноз?

2. Какие дополнительные обследования следует провести?

3. Есть ли в данном случае необходимость пункции?

**Задача № 15**

Мужчина 74 лет обратился к врачу с жалобами боль в левом плече с иррадиацией в область предплечья по внутренней поверхности, на утомляемость и похудение в течение 2 месяцев.. При физикальном обследовании выявлено патологическое сужение левого зрачка.

На обзорной рентгенограмме в верхнем отделе плевого легкого определяется ограниченное затенение, на фоне которого не просматриваются просветы бронхов. Задний отрезок I и II ребер разрушен.

**Задание:**

1. Каков предположительный диагноз?

2. Чем обусловлены боль в правом плече и анизокория?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 2 Острый коронарный синдром.**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Определение, классификация ОКС.

2. Клиническая характеристика ОКС.

3. Дифференциальная диагностика синдрома ОКС, болей в грудной клетке при заболеваниях сердца и сосудов и ИБС.

4. Тактика (алгоритм) действия терапевта при дифференциальной диагностике ОКС, и некоронарогенных болях.

5. Определение диагностического минимума обследований для дифференциальной диагностики ОКС

6. Тактика лечения ОКС

**Тестовые задания**

1. **К клиническим вариантам ОКС относят**
2. нестабильную стенокардию, острый инфаркт миокарда
3. вариантную стенокардию
4. стенокардию напряжения IV ФК, постинфарктный кардиосклероз
5. аневризму левого желудочка
6. **Шкала GRACE используется для оценки риска летального исхода при**
7. острой левожелудочковой недостаточности
8. хронической сердечной недостаточности
9. остром коронарном синдроме без подъёма сегмента ST
10. ишемическом инсульте
11. **Увеличивают выживаемость пациентов с ОКСБПST при консервативной тактике ведения**
12. бета-блокаторы
13. ингибиторы гликопротеина IIb/IIIa
14. фибринолитики
15. непрямые антикоагулянты
16. **Тактика ведения больных с подозрением на ОКСБПST:** 
    1. должны быть немедленно госпитализированы в специализированное отделение неотложной кардиологии;
    2. должно проводиться динамическое наблюдение в поликлинике с контролем ЭКГ каждые полчаса в течение 6 часов;
    3. должны быть госпитализированы в общетерапевтическое отделение;
    4. должно проводиться активное наблюдение терапевтом по месту жительства;
17. **Диагностическое значение снижения сегмента ST**:
18. может быть признаком ИМ;
19. может быть расценено, как реципрокное изменение при некоторых локализациях ИМ;
20. является критерием положительной велоэргометрической пробы;
21. встречается в отведениях V1-3 при полной блокаде левой ножки пучка Гиса;
22. может быть признаком перикардита.
23. **Возможные изменения ЭКГ в первые часы при ОКСБПST**:
24. нормальная ЭКГ;
25. подъем сегмента ST в одном отведении на 2 мм;
26. подъем сегмента ST на 2 мм и более в отведении V1-3;
27. отрицательный зубец Т в двух смежных отведениях.
28. подъем сегмента ST не менее 2 мм в отведениях I, AVL.
29. **При стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале GRACE у больных с ОКСБПST оцениваются все показатели, кроме:** 
    1. возраст;
    2. ч.с.с.;
    3. САД;
    4. ФВ;
30. **Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений по шкале GRACE у больных с ОКСБПST диагностируется при сумме баллов:** 
    1. < 100;
    2. 110-130;
    3. ≥ 140;
    4. > 150.
31. **Экстренная инвазивная стратегия лечения (в течение первых двух часов с момента поступления в стационар) показана пациентам с ОКСБПST при всех ситуациях, кроме:** 
    1. наличия продолжающейся или рецидивирующей ишемии миокарда;
    2. суммы баллов по шкале GRACE 110;
    3. наличия глубокой депрессии сегмента ST в отведениях V2–V4, свидетельствующей о продолжающемся трансмуральном повреждении задних отделов миокарда левого желудочка;
    4. наличия жизнеугрожающих желудочковых аритмий.
32. **К критериям высокого риска с показанием к инвазивной тактике лечения больных ОКСБПST не относится:**
    1. отсутствие повышения и снижения уровня тропонина;
    2. динамическое колебание сегмента ST или зубца Т (с симптоматикой или без симптоматики;
    3. сахарный диабет;
    4. почечная недостаточность (рСКФ менее 60 мл/мин/1,73 м2)
33. **Для купирования болевого синдрома у больных ОКСБПST МОЖНО применять все препараты, кроме:** 
    1. нитраты;
    2. морфин;
    3. анальгин;
    4. таламонал.
34. При ОКСБПST не проводится:
    1. антитромбоцитарная терапия;
    2. антикоагулянтная терапия;
    3. тромболитическая терапия;
    4. антиангинальная терапия.
35. **Антикоагулянтная терапия при ОКСБПST не проводится:** 
    1. НФГ;
    2. НМГ;
    3. селективные ингибиторы фактора Xa;
    4. непрямыми антикоагулянтами.
36. **Препаратом выбора из антикоагулянтов при консервативном лечении ОКСБПST является:** 
    1. НФГ;
    2. эноксапарин;
    3. арикстра;
    4. Бивалирудин.
37. **Лечение БАБ больных с ОКСБПST следует начинать:**
    1. безотлагательно;
    2. через12 часов от начала симптоматики;
    3. только при повышении АД;
    4. только при склонности к тахикардии.
38. **Характерным признаком острого коронарного синдрома с поражением ствола левых коронарных артерий является элевация сегмента ST в отведении**
39. V1-4
40. aVL
41. aVF
42. aVR
43. **Нагрузочная доза тикагрелора при остром коронарном синдроме должна составлять**
44. 180 мг однократно
45. 90 мг 2 раза в сутки
46. 180 мг 2 раза в сутки
47. 90 мг 1 раз в сутки
48. **При оказании неотложной помощи при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе прежде всего показано назначение**
49. сердечных гликозидов
50. антагонистов кальция
51. аспирина
52. Лидокаина
53. **К антиагрегантам, которые применяют при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST для сопровождения тромболизиса, относят**
54. аспирин в монотерапии
55. аспирин в комбинации с клопидогрелем
56. аспирин в комбинации с тикагрелором
57. тикагрелор в комбинации с клопидогрелем
58. **Диагностическое значение подъема ST**: а) может быть признаком ИМ; б) может быть расценено, как реципрокное изменение при некоторых локализациях ИМ; в) является критерием положительной велоэргометрической пробы; г) встречается в отведениях V5-6 при полной блокаде левой ножки пучка Гиса; д) может быть признаком перикардита. Выберите правильную комбинацию ответов:
    1. верно а, б;
    2. верно а, г;
    3. верно а, в, д;
    4. верно все.
59. **Какое лечебное вмешательство является наиболее эффективным для прогноза при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в первые 12 часов:**
    1. фибринолитическая терапия
    2. коронарография с ЧТКА
    3. гепаринотерапия
    4. оперативное вмешательство

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шел с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м2. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м2 (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м2 также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

**Задание**.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?

4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.

**Задача № 2**

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 минут.

**Задание.**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.

4. Какой объем медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?

5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

**Задача № 3**

Мужчина 46 лет, бухгалтер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие в покое, преимущественно в ночное время и в ранние утренние часы (4-6 часов утра). Приступы проходят самостоятельно в течение 3-4 минут. Из анамнеза известно, что приступы болей за грудиной беспокоят в течение 3 месяцев. Физическую нагрузку переносит хорошо, может подняться на 5-6 этаж без остановки, болевые приступы при этом не возникают. Появление болей за грудиной связывает с возникшей стрессовой ситуацией на работе. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. В течение последних 2 лет отмечает подъемы артериального давления до 140/90 мм рт. ст. При ощущаемых субъективно подъемах АД принимает (по рекомендации жены) капотен. После длительного перерыва в 10 лет, в последний год вновь стал курить по 10 сигарет в день. Семейный анамнез: отец и мать пациента живы, отец страдает АГ, мать – стенокардией. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 172 см, вес – 66 кг, ИМТ – 22,3 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. В легких – дыхание везикулярное. ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 64 удара в 1 минуту. АД 127/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. В анализах: глюкоза натощак – 5,1ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, общий холестерин – 6,3 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ – 28 ед/л, АЛТ – 34 ед/л. ЭКГ в покое: синусовый ритм, 61 удар в минуту. ЭОС не отклонена

**Задание.**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какие группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Какова дальнейшая тактика лечения и диспансерного наблюдения данной пациентки? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача № 4**

Больного В. 52 лет, инженера-строителя, в течение года беспокоят приступы давящих загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на 3 этаж, длящихся 5 минут и проходящих в покое или после приема Нитроглицерина. В последние 2 недели приступы участились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе, появились приступы в покое. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. При съемке ЭКГ патологических изменений выявлено не было. Врач-терапевт участковый рекомендовал прием длительно действующих нитратов и направил больного на холтеровское мониторирование ЭКГ. Характер жалоб у больного не изменился, а при холтеровском мониторировании ЭКГ в момент «привычных» для больного приступов боли зафиксированы синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6. На следующий день после проведения мониторирования при повторном обращении к врачу-терапевту участковому на ЭКГ у больного в покое отмечены следующие изменения : синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм и инверсия зубца T в отведениях I, V4-V6.

**Задание:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Укажите факторы, определяющие группу риска у данного пациента.

5. Выберите лечебную тактику.

**Задача № 5**

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приемом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

**Задание:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Проведите обоснование клинического диагноза.

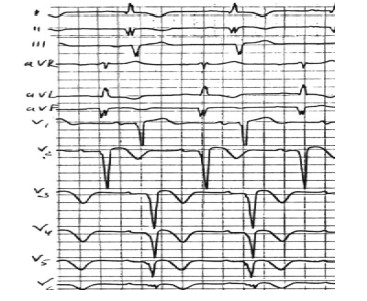
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.

4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.

5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае

**Задача № 6**

Больной Л. 72 лет. После физической нагрузки внезапно появилась сильная давящая боль за грудиной, сопровождавшаяся резкой слабостью, холодным потом. Боль продолжалась около 6 часов. При осмотре: состояние больного тяжёлое, он мечется от боли; кожные покровы влажные, бледные, цианоз губ. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 78 в минуту. Перкуторно граница сердца расширена влево на 1,5 см от средней ключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие.



**Задание:**

1. Объясните патогенез возникшего осложнения.

2. Сделайте заключение по ЭКГ .

3. Ваш диагноз?

4. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику?

**Задача № 7**

В приёмный покой доставлен скорой помощью больной 52 лет с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более двух часов, боль не купируется приемом нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью. Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Иногда отмечалось повышение АД до 200/120 мм рт.ст., постоянное АД - 160/100 мм рт. ст. При осмотре общее состояние тяжёлое. Кожные покровы 26 бледные, акроцианоз. Дыхание частое (26 в минуту). Перкуторно над всеми полями грудной клетки лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы в нижних отделах легких. Пульс одинаков на обеих руках, 120 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 90/70 мм рт ст. Перкуторно левая граница относительной сердечной тупости смещена влево. Аускультативно тоны сердца глухие. Акцент второго тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

**Задание:**

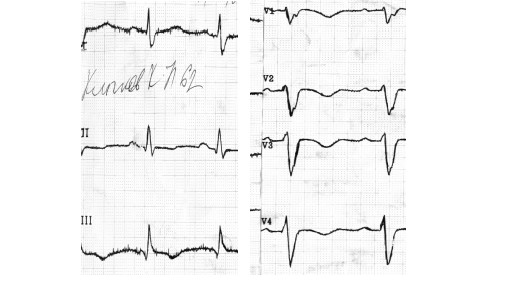
1. Ваш предварительный диагноз?

2. Назначьте необходимые информативные методы исследования.

3. Ваша лечебная тактика.

**Задача № 8**

Больную А. В течение 3 лет беспокоили кратковременные боли в левой половине грудной клетке, с иррадиацией в шею. Накануне возникли очень интенсивные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, руку, живот, продолжительностью 30 минут. Поднялась температура до 37 0 С. Тоны сердца ослаблены. Лейкоциты – 7\* 10 9 /л. АСТ - 40 U/L (норма до 31), КФК – 150 U/L (норма до 170). На ЭКГ зубец Т в отведениях III и avF отрицательный, остроконечный. Через 3 дня ЭКГ нормализовалась.



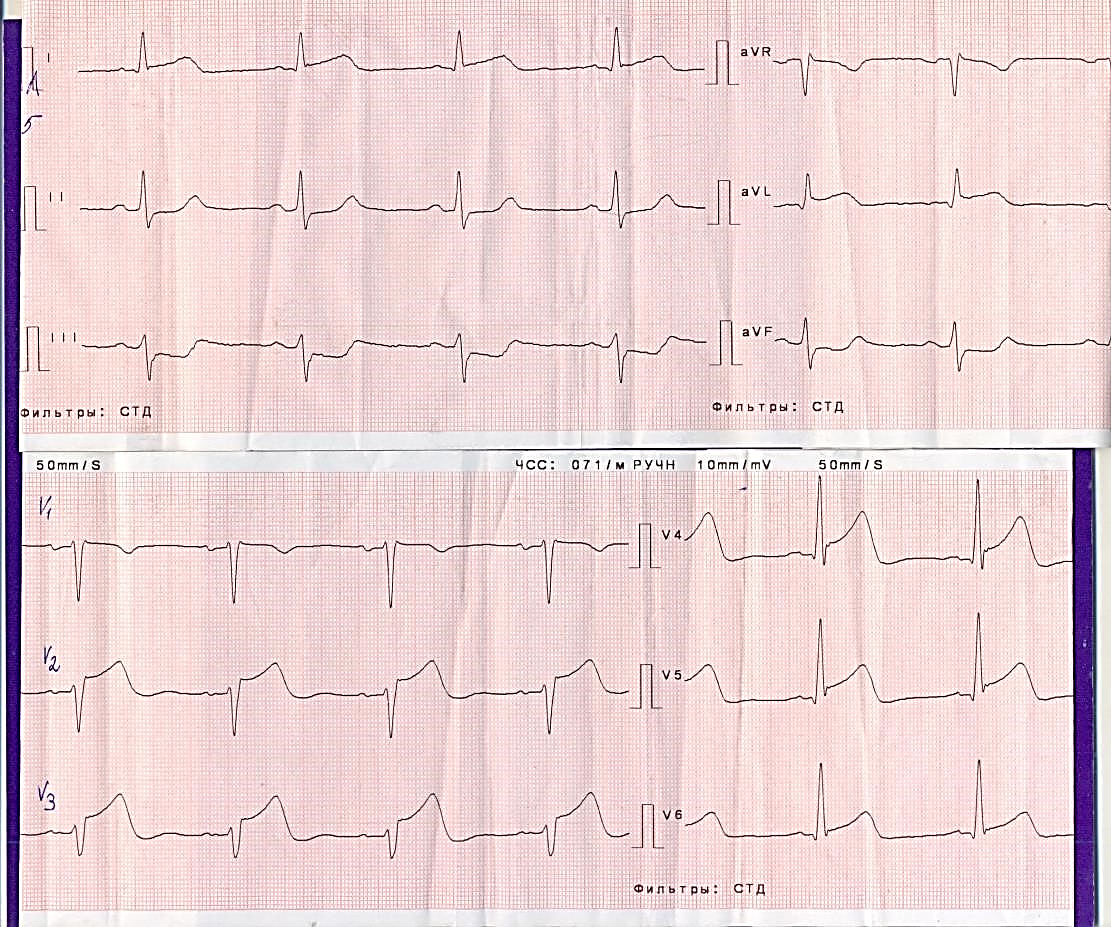
**Задание:**

1. Ваш диагноз?

2. Назначьте необходимые дополнительные исследования

**Задача № 9**]

Мужчина 47 лет вызвал бригаду скорой помощи в связи с появлением давящей боли за грудиной. Боль появилась 40 минут назад, в покое, не купировалась 2 дозами Изокета. Пациент отмечает выраженную слабость, потливость. Ранее боли за грудиной не беспокоили, физическую нагрузку переносил хорошо. В течение 6 дет периодически повышалось АД до 160/100 мм рт. ст. При повышении АД принимал Каптоприл, постоянно гипотензивные препараты не получал. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Наследственность не отягощена. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. ЧДД - 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Пульс на сосудах нижних конечностях сохранен.

Зарегистрирована ЭКГ: 

Синусовый ритм, подъем ST в отведениях I, AVL, V2-V6 и реципрокные изменения в III, AVF

Больной доставлен в приемное отделение больницы с отделением рентгеноэндоваскулярных вмешательств в течение 20 минут.

**Задание:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой метод реперфузии показан больному? Обоснуйте свой выбор.

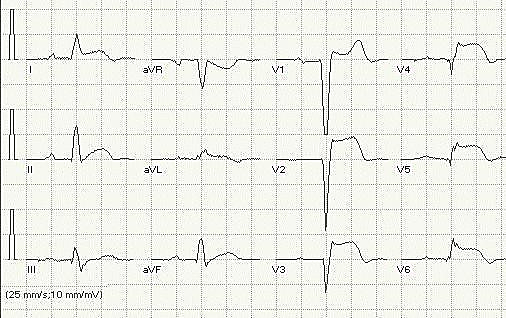
5. Какая антитромботическая терапия показана больному при поступлении в стационар, если известно, что на догоспитальном этапе она не проводилась? Результаты анализов: троп-тест отрицательный, креатинин - 0,09 ммоль/л, сахар - 6,5 ммоль/л.

**Задача № 10**

В приѐмный покой скорой помощью доставлен больной 52 лет, шофер, с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более 4 часов, боль не купируется приемом Нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью. Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Часто отмечалось повышение АД до 160/100 мм рт. ст., иногда – до 200/120 мм рт. ст. Обследован амбулаторно 3 года назад – установлен диагноз «гипертоническая болезнь», данных рекомендаций не придерживался, назначенную терапию не принимал. Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧД - 26 в минуту, дыхание поверхностное. Перкуторно над всеми легочными полями определяется ясный легочный звук, при аускультации - дыхание жесткое, большое количество влажных хрипов в подлопаточных областях. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. ЧСС - 120 в минуту, АД - 80/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные; акцент II тона не определяется. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

В анализах: КФК-МВ - 98 Е/л.

На ЭКГ:



признаки субэпикардиального повреждения миокарда передней стенки левого желудочка-элевация сегмента ST в отведениях I, AVL. V2-6

**Задание:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 3 Осложнения инфаркта миокарда**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Ранние осложнения инфаркта миокарда:

(острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок и его виды, нарушения ритма и их виды и др.). Клиника, диагностика и профилактика.

2. Поздние осложнения инфаркта миокарда (тромбоэндокардит, синдром Дресслера и др). Клиника, диагностика и профилактика.

3.Неотложная помощь при ранних и поздних осложнениях инфаркта миокарда

**Тестовые задания**

1. **Какие из перечисленных механизмов гипоксии миокарда имеют место при ИБС?**
2. артериальная гипоксемия;
3. недостаточное поступление кислорода;
4. снижение утилизации кислорода.
5. **Какое из перечисленных осложнений острого ИМ наблюдается чаще всего?**
6. Нарушения сердечного ритма.
7. Отек легких.
8. Кардиогенный шок.
9. Острая аневризма сердца.
10. Перикардит.
11. **Какие из указанных изменений на ЭКГ характерны для инфаркта миокарда?**
12. патологический зубец Q
13. конкордантный подъем сегмента ST
14. низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях
15. **Для инфаркта миокарда характерны следующие эхокардиографические признаки**:
16. диффузный гиперкинез
17. диффузный гипокинез
18. локальный гипокинез
19. локальный гиперкинез
20. **Какое лечение показано в первые 6 часов инфаркта миокарда?**
21. тромболитическая терапия
22. дигитализация
23. терапия антагонистами кальция
24. **Какие осложнения возможны при проведении тромболитической терапии в остром периоде инфаркта миокарда?**
25. гипотензия;
26. анафилактический шок;
27. геморрагический шок;
28. гематурия;
29. все перечисленное.
30. **У больного на пятые сутки острого трансмурального ИМ появился систолический шум и симптомы острой правожелудочковой недостаточности (набухшие шейные вены, гепатомегалия, отеки ног). Какова причина развития острой правожелудочковой недостаточности?**
31. Развитие синдрома Бадда-Киари.
32. Тромбоэмболия легочной артерии.
33. Тромбоз нижней полой вены.
34. Разрыв межжелудочковой перегородки.
35. Тампонада сердца.
36. **У больного острым ИМ на вторые сутки заболевания вновь появились резкие боли в грудной клетке. У пациента на фоне болевого синдрома появилась резкая слабость, АД 60/40 мм рт.ст., синусовая тахикардия - 110 в минуту, тоны сердца резко приглушены. При ЭКГ исследовании не выявлено существенных изменений при сравнении с ЭКГ, снятой за несколько часов до приступа. Больному проведено эхокардиографическое исследование, при котором кроме выявленной обширной акинезии миокарда отмечено появление расхождения листков перикарда около 20 мм. Какова причина изменения состояния больного?**
37. Рецидив ИМ.
38. Закономерное течение ИМ.
39. Тромбоэмболия легочной артерии.
40. Разрыв миокарда с гемотампонадой перикарда.
41. Острая сердечная недостаточность.
42. **У больного острым ИМ на 5-е сутки заболевания появилась одышка, влажные хрипы над всеми отделами легких, систолический шум в точке Боткина с иррадиацией в подмышечную область, снизилось АД с 120/80 до 80/60 мм рт.ст. Какова наиболее вероятная причина ухудшения состояния больного?**
43. Рецидив ИМ.
44. Разрыв межжелудочковой перегородки.
45. Острый перикардит. Г. Синдром Дресслера.
46. Разрыв сосочковой мышцы.
47. **В отделение доставлен пациент 60 лет через 4 ч после появления боли в грудной клетке. Больному была снята ЭКГ, на которой зарегистрирована синусовая тахикардия. Учитывая выявленные изменения на ЭКГ, больному проведена экстренная коронарография, при которой выявлен стеноз проксимальной трети передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) до 90 %. Выберите оптимальное лечение пациента**
48. Тромболизис.
49. β-блокаторы.
50. Гепарин.
51. Антиагреганты.
52. Ангиопластика и стентирование.
53. **Какой из перечисленных препаратов нежелательно применять у больного острым инфарктом с синусовым ритмом для купирования отека легких?**
54. Морфин.
55. Нитроглицерин.
56. Лазикс.
57. Преднизолон.
58. Строфантин.
59. **В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:**
60. Резкое снижение сократительной функции левого желудочка
61. Стрессовая реакция на боль
62. Артериальная гипотония
63. Развивающиеся нарушения ритма
64. Гиповолемия
65. **Основным ЭКГ- признаком крупноочагового инфаркта миокарда является появление:**
66. Инверсии зубца Т
67. Подъема сегмента ST
68. Патологического зубца Q
69. Депрессии сегмента ST
70. Снижение высоты зубца R
71. **Внезапной коронарной смертью называют смерть:**
72. При остром инфаркте миокарда
73. Смерть при документированной асистолии
74. Смерть при документированной фибрилляции желудочков
75. Смерть в течение 6-ти часов после возникновения неблагоприятных симптомов
76. Все ответы правильные
77. **Больным с неосложненным инфарктом миокарда с целью ограничения очага некроза целесообразно:**
78. Внутривенное введение сердечных гликозидов
79. Внутривенное введение нитроглицерина
80. Назначение бета-блокаторов
81. Назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда
82. Правильно б и в
83. **Наиболее специфичным маркером некроза миокарда является:**
84. миоглобин
85. КФК
86. ЛДГ
87. КФК-МВ
88. Тропонин
89. **Какое утверждение верно:**
90. Тропонины появляются в кровяном русле через 2 ч после появления первых симптомов, сохраняются 7-10 дней от начала заболевания
91. Тропонины появляются в кровяном русле через 6 ч, сохраняются 7-10 дней от начала заболевания
92. Тропонины появляются в кровяном русле через 6 ч, сохраняются 7-14 дней от начала заболевания
93. **Какие признаки характерны для кардиогенного шока?**
94. артериальная гипотензия;
95. пульсовое давление более 30 мм рт.ст.;
96. брадикардия;
97. олигурия;
98. все правильно
99. **Какие лекарственные препараты применяются для лечения кардиогенного шока?**
100. мезатон;
101. допамин;
102. преднизолон;
103. бикарбонат натрия;
104. все правильно
105. **К факторам риска кардиогенного шока при инфаркте миокарда относят:**
106. гипертоническую болезнь
107. упорный ангинозный приступ
108. распространенный трансмуральный инфаркт миокарда
109. быстрое падение артериального давления, тахикардию
110. нарушения ритма
111. все перечисленное
112. **К факторам риска кардиогенного шока при инфаркте миокарда относят все, кроме:**
113. возраст больных более 62 лет
114. выраженный предынфарктный период
115. наличие признаков сердечной недостаточности до инфаркта миокарда
116. нарушения ритма
117. распространенный остеохондроз
118. **Основными направлениями оказания медицинской помощи при кардиогенном шоке (с учетом современных представлений о патогенезе) являются**:
119. восстановление сократительной функции миокарда
120. поддержание адекватной системной перфузии и кровоснабжения жизненно важных органов
121. повышение артериального давления
122. борьба с нарушениями микроциркуляции (в частности, в связи с синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания) и гиповолемией
123. коррекция кислотно-основного состояния
124. все вышеперечисленное
125. **При лечении рефлекторного шока, в основе которого лежит рефлекторно-болевой компонент, наибольшее значение имеет:**
126. эффективное обезболивание
127. антиаритмическая терапия
128. гипотензивная терапия
129. назначение статинов
130. **При лечении аритмического шока нормализация ритма (проводимости) может быть достигнута с помощью:**
131. нитратов
132. гипотензивных препаратов
133. антиаритмических медикаментозных средств
134. электроимпульсной терапии
135. кардиостимуляции
136. **Развернутая картина истинного кардиогенного шока включает все, кроме:**
137. стойкую артериальную гипертензию
138. стойкую артериальную гипотензию (систолическое АД 80 мм. рт. ст. и ниже, 90 мм рт. ст. у больных гипертонической болезнью)
139. уменьшение пульсового давления (до 20 мм. рт. ст. и ниже)
140. тахикардию (110 уд./мин и более, если нет АВ-блокады),
141. олигурию (30 мл/ч и менее)
142. нарушения периферической гемодинамики (холодная, влажная, бледно-синюшная или мраморная кожа)
143. заторможенность, затемнение сознания диспное.
144. **Для оценки тяжести шока рассматривают следующие его признаки:**
145. длительность
146. реакция АД на введение вазоконстрикторов
147. наличие олигурии
148. величина АД
149. все вышеперечисленное
150. **Об ареактивное течение шока можно говорить, если:**
151. АД после введения норадреналина не повышается в течение 15 мин
152. диурез составляет 80 мл/час
153. АД после введения норадреналина повышается до 100 мм.рт.ст.
154. сохраняется аритмия
155. **Особенности гемодинамических нарушений при кардиогенном шоке у больных инфарктом миокарда левого желудочка:**
156. Среднее внутриартериальное давление ниже 70 мм.рт.ст.;
157. Почечный кровоток резко снижен и экскреция мочи 20 мл/час;
158. Конечно-диастолическое давление в левом желудочке около 20 мм.рт.ст.;
159. Давление заклинивания в легочных капиллярах более 15 мм.рт.ст.;
160. Наличие застоя крови в легких (рентгеновское исследование);
161. Все перечисленное
162. **Общие критерии диагностики кардиогенного шока:**
163. Среднее внутрисосудистое давление в периферических артериях ниже 70 мм.рт.ст.;
164. Диастолическое давление, измеренное на артерии предплечья, менее 50 мм.рт.ст.;
165. Давление заклинивания в легочных капиллярах 15 мм.рт.ст.;
166. Центральное венозное давление 10 мм.рт.ст.;
167. Диурез 20 мл/час;
168. 10%.
169. **Клиническая картина отека легких:**
170. Одышка, ортопноэ, цианоз, отеки ног;
171. Одышка, ортопноэ, кашель, увеличение печени;
172. Отеки ног, одышка, увеличение печени, холодная влажная кожа;
173. Одышка, ортопноэ, холодная влажная кожа, кашель.
174. **Для лечения отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальными цифрами АД показано применение всего, кроме:**
175. Морфина;
176. Увлажненного кислорода;
177. Фуросемида;
178. Нитроглицерина;
179. Метопролола.

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**.

Больной 50 лет поступил в клинику с диагнозом распространенный передний инфаркт миокарда. После двух суток лечения в блоке интенсивной терапии стал жаловаться на чувство нехватки воздуха, сухой кашель. При обследовании выявлен систолический шум на верхушке и в точке Боткина, ранее не выслушиваемый.

**Задание:**

1.Выберите правильный ответ. Предположительный диагноз:

1. тромбоэмболия легочной артерии;
2. крупозная пневмония;
3. постинфарктный перикардит;
4. отрыв сосочковой мышцы;
5. синдром Дреслера.

**Задача № 2.**

Больной 48 лет поступил в клинику с диагнозом задний инфаркт миокарда. На третьи сутки внезапно стала нарастать одышка, появились боли и чувство распирания в правом подреберье, отеки на ногах. Состояние тяжелое, бледен, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные, выслушивается пансистолический шум по парастернальной линии, определяется систолическое дрожание. ЧСС 96 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Печень увеличена на 6 см.

**Задание:**

1.Выберите правильный ответ. Предположительный диагноз:

1. ревматический порок сердца;
2. пролапс митрального клапана;
3. разрыв межжелудочковой перегородки;
4. отек легких;
5. тромбоэмболия легочной артерии.

**Задача № 3**

Больная 75 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, головокружение в последние 3 дня. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС и пульс 56 ударов в мин. АД 110/70 мм рт.ст. На ЭКГ – ритм синусовый, интервал PQ=0,26 сек, патологический зубец Q в стандартных отведениях I, II, снижение сегмента ST и отрицательный зубец Т в отведениях V1-V3.

**Задание:**

1.Выберите правильный ответ Предположительный диагноз?

1. острый передний инфаркт миокарда, осложненный блокадой передней ветви левой ножки пучка Гиса;
2. рубцовые изменения миокарда в передней стенке левого желудочка, АВ блокада первой степени;
3. постмиокардитический кардиосклероз, полная АВ блокада с периодами Морганьи-Эдамса-Стокса;
4. постинфарктный кардиосклероз без нарушений АВ проводимости;
5. Острый переднеперегородочный инфаркт миокарда, осложненный АВ блокадой первой степени.

**Задача № 4.**

Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом острый задний инфаркт миокарда. В первые сутки наблюдения внезапно потерял сознание. Пульс и давление не определяются. На ЭКГ - синусовый ритм с переходом в асистолию желудочков.

**Задание:**

1.Выберите правильный ответ- Лечение:

1. Дефибрилляция;
2. внутрисердечное введение симпатомиметиков;
3. индерал внутривенно;
4. ганглиоблокаторы.

**Задача №** 5

Женщина 55 лет доставлена в БИТ после 2-часового ангинозного приступа,

купированного на догоспитальном этапе.

В анамнезе: год назад перенесла инфаркт миокарда передней локализации. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 месяца, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Акроцианоз. Набухание шейных вен. ЧД =26 в мин., АД=110/65 мм рт ст., чсс=115 уд/мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: патологический зубец Q в 1, AVL, V1 - V3, низкий вольтаж R в V4, подъем ST в 1, V1 -V5 до 4 мм.

**Задание:**

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.

2. Какие исследования следует дополнительно провести для уточнения диагноза?

3. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

**Задача №6**

У больного 58 лет на вторые сутки повторного переднего трансмурального ИМ внезапно ухудшилось состояние. Появилась резкая слабость, кожные покровы влажные, бледные, число дыханий - 26 в минуту, АД 85/55 мм рт.ст. При ЭКГ-мониторировании регистрируется суправентрикулярная тахикардия У больного диагностирован кардиогенный шок и начато лечение допамином, преднизолоном, внутривенным введением реополиглюкина\* и гидрокарбонатом натрия. Учитывая данные ЭКГ (суправентрикулярная тахикардия), больному внутривенно капельно вводится раствор кордарона\* (амиодарона) 1200 мг. В течение часа на фоне проводимого лечения состояние больного существенно не изменилось

**Задание:**

Почему лечение оказалось неэффективным?

**Задача №7**

Больной 72 лет доставлен в блок кардиореанимации с диагнозом: острый ИМ. При обследовании у пациента сохранялись боли в области грудины, одышка до 30 дыхательных движений в минуту. Над всеми отделами легких выслушивались разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, 108 сокращений в минуту, АД 130/85 мм рт.ст. На ЭКГ синусовый ритм, признаки острого переднего трансмурального ИМ. На основании клинико-электрокардиографических данных у больного диагностирован острый ИМ, осложненный отеком легких. Больному начаты лечебные мероприятия: внутривенно струйно раствор морфина 1 % - 1,0, раствор фуросемида - 20 мг, капельно раствор нитроглицерина - 15 мкг/мин, а также ингаляция спирта с кислородом. Через 40 мин больной выделил 400 мл мочи, АД - 130/80 мм рт.ст. Проявления левожелудочковой недостаточности не уменьшились

**Задание:**

Почему лечение оказалось неэффективным?

**Задача №8**

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина.  
Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд./мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,3х1012, лейкоциты – 9,2х109, п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.  
Результаты дополнительного обследования:  
1. ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.  
2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 24 Е/л, АЛТ – 16 Е/л.  
3. Свертываемость крови – 3 мин.  
4. ПТИ  – 100%.  
5. Общий анализ крови на 6-й день после госпитализации:  лейкоциты – 6,0х109,  э.– 1, п. – 2, сегм. – 64, л. – 24, м. – 9, СОЭ – 24 мм/ч.  
6. Рентгенограмма – прилагается.  
**Задание:**   
1. Поставьте диагноз.  
2. Проведите дифференциальную диагностику.  
3. Наметьте план дообследования.  
4. Назначьте лечение.

**Задача №9**

К больному В., 48 лет, вызвана бригада скорой помощи по поводу "сердечного приступа". Как было выяснено врачом у родственников, в течение нескольких последних месяцев его беспокоили боли в груди \*с онемением рук, возникающие при ходьбе. За мед. помощью не обращался. В этот день коллегам по работе жаловался на боли за грудиной более интенсивные, чем ранее, на слабость. Продолжал выполнять работу слесаря. Но, придя домой, почувствовал ухудшение состояния: усилились боли, появилась одышка, в связи с чем была вызвана кардиологическая бригада скорой помощи. Врачу больной сказал, что ему стало плохо. Кожные покровы бледные, пульс аритмичный, слабого наполнения, частый. Тоны сердца глухие, аритмичные. АД определить не удалось. На ЭКГ зарегистрированы высокоамплитудные уширенные нерегулярные волны со снижением их амплитуды к концу записи. ЭКГ записано не во всех отведениях, т. к. у больного появилось двигательное беспокойство, внезапно захрипел и потерял сознание. Констатирована клиническая смерть. Начаты общепринятые реанимационные мероприятия, которые оказались неэффективными. Дефибрилляция не проводилась.

**Задание:**

1.Какой диагноз можно поставить?

3.Какие изменения предположительно могут быть выявлены при патологоанатомическом исследовании?

4.Почему (предположительно) проведенная реанимация оказалась неэффективной?

5.Какие реанимационные мероприятия необходимо было провести?

6.Имело ли значение в летальном исходе позднее обращение за медицинской помощью?

**Задача №10**

Больная С., 46 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в обе ключицы, нижнюю челюсть, грудной отдел позвоночника, чувство нехватки воздуха, выраженную общую.слабость. Боли за грудиной и одышка при ходьбе впервые появились 10 дней назад, при остановке проходили. Ухудшение состояния - около суток. В течение пяти лет страдает" пароксизмальной формой мер'цательной аритмии. Более 16 лет страдает повышением АД до 180/100 мм.рт.ст. Впервые повышенное АД было -выявлено- во время беременности. Два года назад выявлены МКБ и хронический пиелонефрит. Мама и сестра-близнец страдают гипертонией.

*При осмотре:* АД- 140/100 мм.рт.ст., Ps- 92 в минуту. Ожирение II ст. Кожные покровы бледные, сухие, теплые, периферических отеков нет. В легких - дыхание везикулярное, равномерно ослабленное в нижне-задних отделах, влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон в небольшом количестве. Границы сердца при перкуссии расширены влево и вниз, тоны приглушены, акцент II тона во втором межреберном промежутке слева от грудины, тахикардия, систолический шум над всей областью сердца, максимально на верхушке и во втором межреберье справа от грудины. Живот мягкий, безболезненный. Печень - по краю реберной дуги.

*На ЭКГ:* низкий вольтаж зубцов R, синусовая тахикардия, ч.с.с.= 92 в минуту, дискордантность - элевация ST I, II, avL, V1-V4 более 2 мм, депрессия ST III, avF.

*Общий анализ крови:* эритроциты- 4,6 \* 101б/л; гемоглобин- 140 г/л; цвет, показатель- 0,91; лейкоциты- 10,7 \* 109/л, эозинофилы- 0, палочкоядерные- 2, сегментоядерные- 79, лимфоциты- б, моноциты- 3, СОЭ - 12 мм/час.

*Биохимическое исследование крови:* холестерин- 7,8 ммоль/л, АЛТ- 87 ед/л, ACT- 298 ед/л, ГТТ- 18 ед/л, ЛДГ- 2725 ед/л, КФК- 1511 ед/л, общий билирубин- 12 мкмоль/л, прямой- отрицательный, креатинин- 100 мкмоль/л, мочевина- 8 ммоль/л.

*На рентгенограмме органов грудной клетки:* усилен легочный рисунок за счет периваскулярной инфильтрации.

**Задание:**

 1. Ваш диагноз, его обоснование.

2. Как отличить "чувство нехватки воздуха" при приступе стенокардии (ишемического типа дискомфорт в грудной клетке- "грудная жаба", "жаба душит") от такой же жалобы при ОЛЖН? Как ex juvantibus отличить эти состояния?

3. Что вы предполагаете увидеть при ЭхоКГ исследовании в данном случае?

4. Какое ремоделирование миокарда наблюдается при гипертоническом сердце, при атеросклеротическом кардиосклерозе, при остром инфаркте миокарда? Какие зоны можно выделить и чем отличается их сократимость?

5. Какие изменения в мышце сердца и в легких могут предположительно быть . выявлены в данном конкретном случае при гистологическом патологоанатомическом исследовании?

6. Какими осложнениями чревато внутривенное введение сердечных гликозидов в остром периоде ИМ, на чем основано положение о нежелательности их введения в этом состоянии? Почему мы добавляем их в подостром периоде, для лечения каких осложнений ИМ?

7. Какое плановое лечение вы назначите данной больной? Назначите ли

тромболизис?

**Задача № 11**

Больной П., 56 лет, госпитализирован по скорой медицинской помощи в связи с затяжным приступом загрудинной боли. В 6 ч утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 мин. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТиР составила 3 ч.  
Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В течение последних 10 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт. ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает нифедипин. Отец и мать пациента умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат пациента 3 года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.   
При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,2ºС, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент имеет повышенный вес, ИМТ – 31,9 кг/м2. Частота дыхания – 26 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 52 уд./мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.   
В анализах крови: гемоглобин – 15,2 г/л; эритроциты – 5,1 млн.; гематокрит – 35%; лейкоциты – 11,1 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 130 мг/дл; креатинин – 1,2 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл.   
На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС – 50 в мин., отклонение ЭОС влево, зубец Q + элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.   
**Задание.**

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз

**Задача № 12**

Больной 54 лет поступил в клинику с диагнозом повторный переднеперегородочный инфаркт миокарда с переходом на верхушку и боковую стенку левого желудочка. Объективно: Больной возбужден, неадекватен. состояние тяжелое, бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких единичные незвонкие мелкопузырчатые хрипы в нижнее-задних отделах. ЧСС 110 в мин. ЧД 24 в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения. Олигурия.

**Задание:**

Диагноз. Выберите правильный ответ.:

1. острый соматогенный психоз;
2. транзиторная гипотензия;
3. кардиогенный шок, торпидная фаза;
4. начинающийся отек легких;
5. кардиогенный шок, эректильная фаза.

**Задача №13**

Пациент 62 лет обратился с жалобами на сильную боль в нижней челюсти. Десять лет страдает гипертонической бо­лезнью. Последние два года периодически стал отмечать боль в нижней че­люсти, которая возникала при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице. После небольшого отдыха боль проходила. За месяц до обращения к стоматологу боль стала интенсивнее и продолжительнее (длилась 30 минут), появлялась даже в покое, во время сна, сопровождалась страхом смерти.

Осмотревший пациента стоматолог увидел разрушенную коронку лево­го третьего моляра, диагностировал пульпит и удалил зуб. Сразу же после этого развился особенно интенсивный приступ боли в нижней челюсти, со­провождавшийся удушьем, головокружением, холодным потом.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные и влажные. Пульс 92 удара в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Число дыханий 26 в 1 минуту. В нижних отде­лах легких выслушиваются влажные хрипы.

**Задание:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. О чем могут свидетельствовать влажные хрипы в легких?
3. Какова Ваша тактика ?
4. Каковы причины диагностической ошибки врача стоматолога?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 4 Нарушения ритма и проводимости**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата ,проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Суправентрикулярные нарушения ритма. Суправентрикулярная экстрасистолия.Электрокардиографическая диагностика. Лечение.

2. Суправентрикулярные нарушения ритма. Суправентрикулярная

пароксизмальная тахикардия. Электрокардиографическая диагностика. Лечение. Неотложная помощь.

3. Синдромы предвозбуждения желудочков. Диагностика. Лечение. Неотложная

помощь при пароксизмальных тахикардиях на фоне дополнительных путей проведения.

4. Фибрилляция предсердий и трепетание предсердий. Диагностика. Лечение.

5. Желудочковые нарушения ритма. Экстрасистолия. Пароксизмальные желудочковые тахикардии. Фибрилляция и трепетания желудочков.

Диагностика. Электрокардиографическая диагностика Неотложная помощь.

6. Нарушения проводимости. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Неотложная помощь.

7. Синдром слабости синусового узла. Диагностика. Лечение.

8.Электрокардиостимуляция. Виды, показания, ведение пациентов, осложнения)

**Тестовые задания**

1. **Признаком дисфункции синусового узла является:**
2. выраженная синусовая брадикардия;
3. мерцательная аритмия;
4. предсердная экстрасистолия;
5. атриовентрикулярная блокада I степени;
6. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.
7. **Желудочковая экстрасистолия:**
8. не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца;
9. ухудшает течение гипертонической болезни;
10. может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом;
11. возникает во время нагрузочной пробы у пациентов без признаков органического поражения сердца.
12. **Непосредственной причиной внезапной смерти в подавляющем большинстве случаев является:**
13. асистолия желудочков;
14. фибрилляция желудочков;
15. электро-механическая диссоциация;
16. полная атриовентрикулярная блокада;
17. синоаурикулярная блокада II степени.
18. **Имплантация кардиостимулятора показана:**
19. всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла;
20. только больным с клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или головокружения);
21. больным с синоатриальной блокадой II степени;
22. больным с атриовентрикулярной блокадой II степени;
23. больным с постоянной формой мерцательной аритмии.
24. **Для урежения частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии назначают**
25. недигидропиридиновые антагонисты кальция;
26. сердечные гликозиды;
27. бета-блокаторы;
28. кордарон
29. **Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является**
30. хинидин;
31. новокаинамид;
32. кордарон;
33. анаприлин;
34. финоптин.
35. **Нарушение образования импульса - электрофизиологический механизм развития:**
36. атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
37. атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения
38. непароксизмальная предсердная тахикардия
39. желудочковая тахикардия
40. **Повторный вход импульса (re-entry) - электрофизиологический механизм развития:**
41. атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
42. атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения
43. непароксизмальная предсердная тахикардия
44. желудочковая тахикардия
45. **Побочные эффекты амиодарона:**
46. Удлинение интервала QT и развитие полиморфной желудочковой тахикардии типа "пируэт".
47. Токсическое поражение легких.
48. Нарушение функций щитовидной железы.
49. Атония мочевого пузыря.
50. Увеличение частоты желудочковых сокращений у больных с фибрилляцией предсердий и синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
51. **Изменения ЭКГ, характерные для синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта:**
52. продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, отсутствие дельта волны
53. блокада правой ветви пучка Гиса и элевация сегмента ST в V1-V2
54. продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, наличие дельта волны
55. продолжительность интервала PQ более 0,2 сек и блокада левой ветви пучка Гиса:
56. **Изменения ЭКГ, характерные для желудочковой тахикардии:**
57. тахикардия с желудочковыми комплексами шириной 0,12-0,13 сек. и отсутствием атриовентрикулярной диссоциации
58. тахикардия с желудочковыми комплексами шириной 0,14 сек и более и атриовентрикулярной диссоциацией
59. тахикардия с уширенными комплексами QRS и отсутствием атриовентрикулярной диссоциации
60. **Электрокардиографические проявления, характерные для полной АВ блокады:**
61. на фоне синусового ритма независимая эктопическая электрическая активность левого предсердия
62. полная разобщенность предсердных и желудочковых комплексов
63. выпадение комплекса PQRST без предшествующего укорочения интервала РР
64. укорочение интервала РР перед выпадением комплекса PQRST
65. **Мероприятия, купирующие фибрилляцию предсердий**:
66. введение антиаритмика.
67. электрокардиостимуляция.
68. электроимпульсная терапия.
69. **Препараты выбора для лечения желудочковой тахикардии у больных с сердечной недостаточностью**:
70. дизопирамид
71. пропафенон
72. этмозин
73. амиодарон
74. **Проведение электроимпульсной терапии используется для купирования следующих нарушений ритма сердца**:
75. фибрилляция предсердий
76. трепетание предсердий
77. фибрилляция желудочков
78. атриовентрикулярная узловая тахикардия
79. полная атриовентрикулярная блокада
80. **Наиболее эффективным антиаритмиком для купирования желудочковой тахикардии является** :
81. лидокаин.
82. новокаинамид.
83. пропафенон.
84. атенолол.

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная 28 лет, доставлена в терапевтическое отделение «скорой помощью» с жалобами на сердцебиение, головокружение, слабость, частое мочеиспускание.

Приступ сердцебиения начался внезапно, среди полного благополучия и продолжается уже более 12 часов. Подобные приступы наблюдались и раньше, но были кратковременными. Чаще они возникали после переутомления или волнения. В последние 3 месяца до поступления в стационар они участились и стали более продолжительными.

Объективно: больная астенической конституции. Цианоза, отеков нет. Кожа груди, на ладонях влажная на ощупь. Наблюдается тремор пальцев руки и век. Яремные вены набухшие, усилена пульсация шейных сосудов. Границы сердца не изменены. Частота сердечных сокращений (аускультативно) 220 в мин. Пульс на лучевой артерии не сосчитывается, малый и мягкий. АД 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Печень и селезенка не пальпируется. Мочеиспускание частое - каждые 15-20 мин. выделяется 200-250 мл. светлой мочи.

Электрокардиограмма, частота сокращений предсердий и желудочков 220 в мин., зубцы Т, Р сливаются между собой, положительны. Интервалы S-T ниже изолинии. Желудочковый комплекс не расширен и не деформирован.

**Задания:**

1. Как называется состояние, наблюдаемое у больной?
2. Каковы рефлекторные методы, направленные на устранение приступа?
3. Неотложная медикаментозная терапия.
4. Назовите возможные причины данного состояния.
5. Какие обследования необходимы для постановки диагноза, учитывая стандарты диагностики?
6. Что могло явиться причиной учащения приступов в последние 3 месяца?

**Задача № 2**

Больной 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. Больным себя считает около 10-лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание; со слов родственников, были судороги. “Небольшие” приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, длящееся 1-2 мин.) бывали и раньше. За месяц до поступления они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях.

Состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см, конфигурация сердечной тупости аортальная. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. АД 180/80 мм рт. ст.. Пульс ритмичный, 36 в мин.; напряженный. Частота его не меняется после физической нагрузки (ходьба по палате). В легких везикулярное дыхание, выслушиваются единичные влажные хрипы. Печень выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации. Анализ крови: Эр. - 4.0 х 1012/л, Нb - 140г/л; СОЭ - 5 мм/час, Л - 7,6 х 109/л, формула не изменена. Анализ мочи: уд. вес - 1.026, белок-следы, лейкоциты и эритроциты 1-2 в п/зрения. Суточный диурез 800 мл, ЭКГ: РР-0,75”, RR-1,65”, QR-T= 0,48”. QRS-0,16”.

На следующий день после поступления в больницу больной внезапно потерял сознание, лицо стало багрово-синим, появилась эпилептиформная судорога, непроизвольное мочеиспускание. Пульс во время приступа 16 в мин., АД - 200/80 мм рт. ст. После оказания помощи больной пришел в сознание, но о случившемся ничего не помнил.

**Задания:**

1. Какой синдром выступает на первый план в клинической картине заболевания и каков его патогенез?

2. Поставьте предположительный клинический диагноз?

3. Неотложная помощь при данном состоянии (в рецептах).

4. Предложите стандарты обследования больного.

5. Нуждается ли больной в лечении у кардиохирурга?

**Задача № 3**

Больной 37 лет находится в кардиологическом стационаре. В возрасте 25 лет выявлен митральный порок (стеноз и недостаточность), умеренная аортальная недостаточность. С 31 года - пароксизм фибрилляции предсердий. В 35 лет - последняя отчетливая ревматическая атака, после которой фибрилляция стала стойкой, появилась необходимость постоянного лечения по поводу сердечной недостаточности. Год назад - тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, инфарктная пневмония. Статус: заметная одышка в покое, пульс около 110 уд. в мин, аритмичный АД 110/50 мм рт.ст., печень выступает на 8 см, отечность голеней. Рентгеноскопия: существенное расширение всех отделов сердца признаки застоя в легких. Обсуждается вопрос о лечении фибрилляции предсердий.

**Задания:** **Выберите правильный ответ**

I. Какое суждение правильное

1. Нормализация ритма не показана, назначить дигоксин для урежения ритма желудочков
2. Вопрос о целесообразности нормализации ритма рассмотреть после адекватного лечения дигоксином и антикоагулянтами и урежения желудочкового ритма
3. Показана нормализация ритма при помощи хинидина
4. Показана нормализация ритма лучше при помощи электроимпульсной терапии
5. Вопрос о необходимости и способе лечения аритмии не может быть
6. решен на основании имеющихся данных Необходимо дообследование

II. Что верно относительно побочных эффектов дигоксина

1. Удлинение интервала PQ

2. Желудочная диспепсия

3. Экстрасистолическая аритмия

4. Гиперкалиемия

III. Какое суждение относительно влияния фибрилляции предсердий на кровообращение неверно

1. Уменьшает минутный объем крови

2. Приводит к перегрузке желудочков

3. Увеличивает вероятность тромбоэмболических осложнений

4. Обуславливает некоторое растяжение предсердий

5. Может спровоцировать отек легких (в случае возникновения при митральном стенозе)

**Задача № 4**

Больная 65 лет доставлена в больницу после кратковременного обморока, случившегося на улице. В течение нескольких лет беспокоят приступы сердцебиения, а также слабость, головокружения, дурнота. Эти ощущения, нерезко выраженные, замечает каждый день. Нагрузки переносила удовлетворительно. Обморок на улице с падением случился впервые. Во время одного из приступов сердцебиения три недели назад снята ЭКГ, зарегистрирована наджелудочковая тахикардия. АД было нормальное. Приступ прекратился спонтанно, и врач назначил обзидан по 20 мг 3 раза в день. Однако неприятные ощущения продолжали беспокоить, головокружения стали более тягостными. Отказалась от обзидана. ЭКГ снята в приемном покое.

**Задания:** **Выберите правильный ответ**

I. Что верно

1. У больной скорее всего синдром слабости синусового узла

2. Пищеводная ЭКГ с кратковременной стимуляцией предсердий

позволит уточнить диагноз

3. Врач поликлиники допустил ошибку

4. На представленной ЭКГ частота ритма более 60 уд. в мин

II. Какие пути лечения уместно обсуждать в данном случае

1. Эуфиллин или какой-либо бета-адреностимулятор

2. Кордарон или какой-либо бета-адреностимулятор

3. Рибоксин

4. Электрокардиостимуляция

III. Возможные причины синкопальных состояний

1. Гипогликемия
2. Геморрагический инсульт
3. Нарушение сердечного ритма и проводимости
4. Миксома предсердий

**Задача № 5**

У больного Т., 64 лет, внезапно развился приступ учащенного сер­дцебиения, появились общая слабость, чувство нехватки воздуха.

В течение 10 лет при ходьбе беспокоят приступы загрудинных болей, купирующиеся нитроглицерином. Диагностировалась ИБС - сте­нокардия напряжения. В дальнейшем дважды перенес инфаркт миокар­да. 3 года назад появились перебои в работе сердца. На ЭКГ регистри­ровались желудочковые экстрасистолы. Лечился сустаком, обзиданом, коринфаром.

Объективно: бледность кожи. Акроцианоз. Видимых отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца при­глушены. Тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 200 в минуту. Жи­вот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

На ЭКГ - учащенный ритм до 200 в минуту, интервалы R - R одинаковые, желудочковый комплекс QRS расширен до 0,18 сек и де­формирован.

**Задания:**

Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.

Осложнением какого заболевания является аритмия?

Выберите препарат первого выбора для купирования аритмии.

**Задача № 6**

У больного П., 30 лет, внезапно развился приступ учащенного сердцебиения.

Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет периодически беспо­коят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые проходили самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Оте­ков нет. В легких везикулярное дыхание. При аускультации сердца опре­деляется тахикардия с правильным ритмом. ЧСС 180 в минуту.

На снятой ЭКГ - зубец "Р" не определяется, интервалы R - R одинаковые, ЧСС — 180 в минуту, желудочковый комплекс QRS не рас­ширен (0,08 сек).

**Задания:**

1.Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.

2.Последовательность мероприятий по купированию аритмии.

**Задача № 7**

Больная Ч., 76 лет, предъявляет жалобы па одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца.

Одышка при физической нагрузке и отеки на ногах впервые по­явились 5 лет назад. Периодически больная принимала диуретики и сер­дечные гликозиды, после чего одышка и отеки уменьшались. Ухудше­ние самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописан­ные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧД - 26 в мин. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница относительной сердечной тупости - на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, глухие, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 96 в мин. Пульс 84 в мин., пульсовые волны разного на­полнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

**Задания:**

Сформулируйте предварительный диагноз.

Составьте план обследования.

Составьте план лечения с указанием препаратов.

**Задача № 8**

Больной А., 45 лет, на работе внезапно потерял сознание. Сотруд­ники вызвали бригаду скорой помощи.

Объективно: сознание отсутствует, резкая бледность, цианоз кожи, зрачки расширены, реакции на свет нет. Дыхательные движения еди­ничные. Тоны сердца не выслушиваются, пульс и АД не определяются.

ЭКГ: частые (200-500 в мин.) беспорядочные волны, отличаю­щиеся друг от друга по форме и амплитуде.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите неотложные мероприятия.

**Задача № 9**

У больного Ф. 30 лет после психоэмоционального перенапряже­ния внезапно развился приступ учащенного сердцебиения.

Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет периодически беспо­коят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые не проходили самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Оте­ков нет. В легких везикулярное дыхание. При аускультации сердца опре­деляется тахикардия с правильным ритмом. ЧСС - 180 в минуту.

На снятой ЭКГ - зубец Р отсутствует, интервалы R-R одинаковые, ЧСС -180 в минуту, желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек.).

**Задания:**

1.Ваше заключение о характере нарушения ритма сердца.

2.Последовательность мероприятий но купированию данного состояния.

**Задача** **№ 10**

Больной В., 58 лет, инженер, 2 ч назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л – преобладают липопротеиды низкой плотности).  
Объективнo: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии. АД – 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях  – частый, аритмичный, частота – 102 уд./мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС – 112 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Результаты дополнительного обследования:  
1. ЭКГ – Фибрилляция предсердий, тахисистолия, ср. ч.с.ж.196 в 1 мин.  
2. ЭХО-КС – небольшое расширение полостей левого предсердия (-3,8 см). Кровь на холестерин – 7,6 ммоль/л, АСТ – 5 ед/л, АЛТ – 4 ед/л, СРБ – 0, ПТИ – 102%, свертываемость – 8 мин.  
3. Глазное дно – атеросклероз сосудов сетчатки.  
4. Общий анализ мочи –  уд. вес – 1020, белка нет, сахара нет, л. – 1–2 в п/зр.  
5. Анализ крови на сахар –  глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.  
6. Анализ крови общий: Нв – 140 г/л, эритроциты – 4,5х1012/л,  л. – 6,0х109/л, СОЭ – 6 мм/ч.  
**Задание:**   
1. Установить предварительный диагноз.  
2. Наметить план дообследования больного.  
3. Провести дифференциальную диагностику.  
4. Определить тактику лечения.

**Задача № 11**

Больной Б., 74 лет, предъявляет жалобы на перебои общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на в работе сердца, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 150 мм и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 1 км) стали беспокоить около 3 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал пропранолол с небольшим эффектом; кроме того, отметил появление общей слабости, головокружений, трижды терял сознание (впервые – после приема 20 мг пропранолола, в дальнейшем без видимой причины), что сопровождалось получением небольших травм (ссадин и ушибов). Боли за грудиной стали возникать при значительно меньших нагрузках, чем ранее. Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания.  
При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД – 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница – по левой среднеключичной линии, правая граница – по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС – 46 уд./ мин, на фоне правильного ритма выслушиваются преждевременные сокращения (до 6 в минуту), АД – 130 и 80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии.  
В анализе крови: гемоглобин – 13,7 г%, эритроциты – 4,2 млн, лейкоциты – 7,5 тыс., тромбоциты – 243 тыс., СОЭ – 11 мм/ч, об. белок – 6,9 г%, альбумин – 4,2 г%, креатинин – 1,2 мг%, азот мочевины – 18 мг%, общий билирубин – 0,8 мг%, триглицериды –169 мг/дл, общий холестерин – 328 мг/дл, ЛНП – 197 мг/дл, глюкоза – 113 мг%. В анализе мочи рН 6, уд. вес 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты 0–01 в поле зрения, лейкоциты единичные в препарате.  
ЭКГ прилагается.  
Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 42–117 уд./мин (ср. 58/мин), ЧСС ночью 35–64 уд./мин (ср. 50 уд./мин). Желудочковая политопная экстрасистолия – всего 2130, в т. ч. 34 куплета, 11 эпизодов бигеминии; наджелудочковая экстрасистолия – всего 847. Преходящее удлинение интервала PQ максимально до 0,28 с, 13 эпизодов АВ-блокады II степени 1 типа (периодики Самойлова-Венкебаха), с 16 до 18 ч – повторные эпизоды АВ-блокады 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0,2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях.  
**Задание.**

1. Сформулируйте клинический диагноз у данного больного.

2. Назначьте лечение

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 5 Дифференциальная диагностика и лечение первичной и вторичных артериальных гипертензий**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Определение артериальной гипертензии. Диагностика. Факторы, влияющие на прогноз, и оценка общего (суммарного) сердечно-сосудистого риска. Стратификация обследуемых по категориям риска.

2. Классификация симптоматических артериальных гипертензий

3.Патогенетические механизмы различных видов симптоматических артериальных гипертензий.

4.Почечные артериальные гипертензии (реноваскулярная, при нефритах и пиелонефритах).

5.Эндокринные артериальные гипертензии (синдром и болезнь Кушинга, феохромоцитома, альдостерома).

6.Дифференциальная диагностика гипертонической болезни (эссенциальной гипертонии) и симптоматических артериальных гипертензий

7.Дифференциальная диагностика симптоматических артериальных гипертензий.

8.Гипертонические кризы. Классификация. Диагностика различных вариантов.

9. Гипертонические кризы. Неотложная помощь.

10. Лечение артериальной гипертензии. Тактика ведения больных в зависимости от

риска сердечно-сосудистых осложнений. Основные группы препаратов.

11. Особенности лечения АГ у различных групп больных.

12. Артериальная гипертензия беременных. Диагностика. Особенности лечения)

**Тестовые задания**

1. **Злокачественное течение артериальной гипертензии более характерно для какого вида гипертензии?**
2. гипертонической болезни
3. САГ
4. нейроциркуляторной вегетодистонии
5. сочетанию а, б,
6. сочетанию б, в,
7. **В каком возрасте чаще встречается САГ?**
8. до 20 лет
9. 30-40 лет
10. свыше 60 лет
11. верно сочетание а, в
12. верно сочетание а, б
13. **Диагностическими признаками вазоренальной артериальной гипертензии служат:**
    1. систолические шумы над проекцией почечной артерии (при ультрасонографии)
    2. уменьшение одной почки (при урографии)
    3. замедление выделения контраста
    4. верно сочетание а, б
    5. верно все перечисленное: -а, б, в
14. **Каким методом исследования можно определить гормональную активность феохромоцитомы и этим выявить опухоли вненадпочечниковой локализации, метастазы?**
15. УЗИ
16. МРТ
17. КТ надпочечников
18. радиоизотопного сканирования
19. верно все перечисленное в п. а, б
20. **Какие результаты исследований помогут уточнить наличие у больного синдрома/болезни Иценко-Кушинга?**
21. повышенный уровень 11 и 17-ОКС в крови
22. повышенный уровень кортикотропина в крови
23. повышенный уровень гидрокортизона в крови
24. повышена экскреция 17-КС и 17-ОКС в моче
25. верно все перечисленное: а, б, в, г
26. **Какой механизм развития САГ вследствие приема пероральных контрацептивов ?**
27. содержат адреномиметики и симпатомиметики
28. вследствие задержки жидкости и подавления синтеза
29. оказывают стимулирующее действие на ренин-ангиотензиновую систему и
30. задерживают жидкость
31. стимулируют симпатическую нервную систему
32. верно все перечисленное в п. б, г
33. **Какая причина повышения А/Д при приеме глюкокортикоидов?**
34. вследствие задержки жидкости и подавления синтеза простагландинов
35. увеличивают реактивность сосудов по отношению к ангиотензину
36. стимулируют симпатическую нервную систему
37. все перечисленное в п. а, б, в
38. все перечисленное в п. а, в
39. **При какой САГ гипертензия обусловлена гиперсекрецией глюкокортикоидных гормонов ?**
40. лекарственная форма
41. первичный альдостеронизм
42. феохромоцитома
43. синдром/болезнь Иценко-Кушинга
44. верно все перечисленное в п. а, б, в
45. **Какая причина повышения А/Д при приеме НПВП?**
46. вследствие задержки жидкости и подавления синтеза простогландинов
47. увеличивают реактивность сосудов по отношению к ангиотензину
48. снижение периферического сопротивления сосудов, уменьшение ОЦК

все перечисленное в п. а, б,, в

1. **При исследовании мочи больных с первичной артериальной гипотензией количество**:
2. адреналина снижено, дофамина повышено
3. адреналина повышено, дофамина снижено
4. адреналина повышено
5. дофамина снижено
6. все перечисленное в п. в, г.
7. **Какие препараты в лечении первичной нейроциркуляторной гипотензии являются базовыми?**
8. глюкокортикоиды
9. тиреоидные гормоны
10. холинолитики
11. все перечисленные в п. а, б,
12. все перечисленные выше
13. **Препарат какой группы предпочтителен для лечения больного с сочетанием АГ и ИБС?**
14. β-адреноблокаторы
15. статины
16. диуретики
17. ингибиторы АПФ
18. **Какой препарат является «золотым стандартом» лечения гипертонического криза?**
19. метопролол
20. фуросемид
21. нитроглицерин
22. нифедипин
23. **Выберите препарат, применяемый при лечении АГ у беременных.**
24. допегит
25. гипотиазид
26. клофелин
27. рамиприл
28. **Очень высокий риск ССО определяется сразу же при наличии:**
29. 2 факторов риска
30. сахарного диабета
31. перемежающейся хромоты
32. ожирения
33. **Гипотензивным действием обладают все следующие простагландины, кроме:**
34. Простагландина ЕI.
35. Простакцилина.
36. Тромбоксана.
37. Простагландина F.
38. Правильно 3 и 4.
39. **Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:**
40. Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
41. Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
42. Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
43. Все ответы правильные.
44. Правильного ответа нет.
45. **При повышенном содержании ренина увеличивается образование:**
46. Ангиотензина II.
47. Триглицеридов.
48. Катехоламинов.
49. Холестерина.
50. **Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:**
51. Поражение артерий сетчатки.
52. Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
53. Нарушения ритма сердца.
54. Появление блокад сердца.
55. **При лечении бета-адреноблокаторами происходит:**
56. Уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления.
57. Уменьшение объема циркулирующей крови.
58. Уменьшение образования ренина.
59. Все перечисленное.
60. Ничего из перечисленного.
61. **При применении мочегонных средств происходит:**
62. Уменьшение активности симпато-адреналовой системы.
63. Снижение общего периферического сосудистого сопротивления.
64. Уменьшение образования ренина.
65. Уменьшение образования альдостерона.
66. Все перечисленное.
67. **При синдроме злокачественной артериальной гипертонии могут иметь место следующие симптомы:**
68. Высокое артериальное давление (более 220/130 мм. рт. ст.).
69. Тяжелое поражение глазного дна.
70. Нарушение функции почек.
71. Гипертоническая энцефалопатия.
72. Все перечисленное.
73. **Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертонии является:**
74. неспецифический аортоартериит;
75. фибромышечная дисплазия;
76. аневризмы почечных артерий;
77. атеросклероз почечных артерий;
78. тромбозы и эмболии почечных артерий.
79. **Сосудистые осложнения у больных артериальной гипертонией, связанные с АГ все, кроме:**
80. Остро возникшая энцефалопатия;
81. Геморрагический инсульт;
82. Желудочковая тахикардия, внезапная смерть;
83. Отек легких у больного с функцией выброса левого желудочка 50%.
84. **Сосудистые осложнения у больных артериальной гипертонией, связанные только с АГ:**
85. Мерцательная аритмия;
86. Инфаркт миокарда;
87. Ишемический инсульт;
88. Нефросклероз;
89. Перемежающая хромота.
90. **Методы, не позволяющие определить наличие заболеваний, являющихся причиной артериальной гипертонии (АГ):**
91. МР томография или рентгентомография надпочечников;
92. ЭХО КГ, УЗИ сонных артерий;
93. УЗИ аорты;
94. Аортография;
95. Суточная экскреция с мочой предшественников адреналина, норадреналина;
96. Суточная экскреция кортизола, 17-кетостероидов;
97. Содержание альдостерона крови, калия, активность ренина крови;
98. УЗИ почечных артерий
99. **Причины артериальной гипертонии при опухолях, локализующихся в надпочечниках:**
100. Параганглиома;
101. Первичный гиперальдостеронизм;
102. Ренинсекретирующая опухоль;
103. Болезнь Кушинга;
104. Синдром Кушинга (АКТГ стимулирует гиперглюкокортикоидизм);
105. Гиперальдостеронизм, обусловленный подавлением синтеза дексаметазона;
106. Минералокортикоидная гиперкапния (дефицит фермента 11 бета-гидроксистероиддегидрогеназы).

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

В отделение кардиологии доставлен больной Ш., 57 лет, с жалобами на повышение АД до 180/100, слабость, недомогание, быструю утомляемость, одышку при умеренной физической нагрузке, периодический кашель по ночам. Самочувствие ухудшилось около недели назад, когда без видимых причин появились вышеперечисленные жалобы. Состояние прогрессивно ухудшалось, за медицинской помощью обратился через неделю после начала заболевания.

В анамнезе около 20 лет назад было обнаружено повышение АД во время профилактического осмотра. Предложенные врачом препараты (адельфан, папазол) принимал систематически. АД измерял дома регулярно, поддерживая его уровень в пределах 150/95-170/100 мм рт. ст. В последние годы постоянного лечения не получал, к врачу не обращался. В течение последних 2 лет периодически отмечает неинтенсивные загрудинные боли при значительной физической нагрузке, проходящие в отдыхе или после сублингвального приема нитроглицерина. При осмотре в поликлинике, не выявив причины изменения состояния больного, врач отправил пациента на ЭКГ, где были выявлены изменения по сравнению с предыдущими данными. Из поликлиники по направлению участкового терапевта машиной скорой помощи пациент был доставлен в отделение неотложной кардиологии.

Из анамнеза жизни установлено наличие ИБС и повышенных цифр АД у нескольких членов семьи. Больной курит около 20 лет (4-5 сигарет в сутки).

При осмотре: кожные покровы бледные. Рост 176 см, масса тела 62 кг. Пульс ритмичный, 90 в мин. Перкуторно — левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на легочной артерии. АД 145/90 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное, немного ослабленное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации во всех отделах безболезненный. Периферических отеков нет.

**Задание:**

1. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза, какие результаты Вы ожидаете получить при их проведении?

2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния имеются у больного?

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту?

**Задача №2.**

При профосмотре у мужчины 32 лет обнаружено: АД 175/115 мм рт.ст., ЧСС 75. Дополнительное обследование выявило выраженный спазм сосудов глазного дна, микрогематурию, альбуминурию. В анамнезе: перенесенный в детстве острый диффузный гломерулонефрит.

**Задание:**

1. Какая форма патологии развилась у пациента? Сформируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?

3. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния имеются у больного?

4. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту?

**Задача №3**

У больного после периода тяжелой физической нагрузки внезапно появились чувство страха, мышечная дрожь, сильная головная боль, головокружение, тахикардия. АД 270/165 мм рт.ст. Через 2 ч самочувствие больного улучшилось, указанные выше симптомы не отмечались, возникла полиурия. При УЗИ и рентгеноскопическом исследовании надпочечников обнаружена опухоль.

**Задание:**

1. Сформируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?

3. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту?

**Задача №4**

В терапевтическое отделение областной больницы поступила пациентка 50 лет, с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, рвоту, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния связывает со стрессовой ситуацией. Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью 12 лет, препараты принимает нерегулярно, только при повышении АД. При объективном обследовании выявлено: состояние тяжелое, возбуждена, кожные покровы лица гиперемированы, границы относительной сердечной тупости расширены влево, пульс 100 уд. в мин., ритмичный, напряжен, АД – 220/ 110 мм рт. ст.

**Задание:**

1.Определите неотложное состояние.

2.Сформируйте предварительный диагноз.

3.Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки полного диагноза?

4.Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту? Чем оказать неотложную помощь?

**Задача №5**

Пациент В., 56 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, головокружение, давящие боли в области сердца. Из анамнеза: повышение АД периодически в течение 15 лет. Лечится нерегулярно. При расспросе выяснилось, что последние два дня пациент нарушал диету (съел банку соленых грибов, пил много жидкости – 2 дня был в гостях) и не принимал гипотензивные препараты, так как перед этим ему «стало лучше». При объективном обследовании - лицо бледное, отечное, АД 210/120 мм.рт.ст., пульс напряженный 84 в минуту, границы относительной сердечной тупости расширены влево, ЧДД 18 в минуту.

**Задание:**

1.Определите неотложное состояние. Что к нему привело?

2.Сформируйте предварительный диагноз.

3.Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки полного диагноза?

4. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту? Чем оказать неотложную помощь?

**Задача №6**

Пациентка А.,22 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на выраженную мышечную слабость в конечностях, особенно в ногах – практически не может ходить, парестезии, судороги, повышение АД до 160/100, головокружение. Из анамнеза: первые симптомы заболевания появились около 3 месяцев назад, они постепенно нарастали, мышечная слабость прогрессировала (сначала была более выражена в мышцах рук, а потом – больше в ногах). Доставлена в стационар бригадой СМП с подозрением на одну из форм миастении. Осмотрена неврологом, неврологической патологии не выявлено. После этого с подозрением на дебют сахарного диабета направлена в терапевтический стационар. Проведены анализы, было выявлено значительное снижение содержания калия в сыворотке крови. После дальнейшего обследования на УЗИ выявлено увеличение размеров левого надпочечника с подозрением на опухоль.

**Задание:**

1. Сформируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?

3. Какие препараты для лечения АГ предпочтительнее назначить данному пациенту?

4. Чем купировать неотложное состояние?

**Задача №7**

Больного 35 лет отмечает периодические судороги, жажду, мышечную слабость, парестезии. В анамнезе микроинсульт, гипертонические кризы, проводимое лечение различными гипотензивными препаратами не дает должного эффекта. При обследовании выявлено: гипокалиемия (2,8 ммоль/л.), гипохлоремия, гипернатриемия, высокая концентрация альдостерона в крови и высокая его экскреция с мочой.

**Задание:**

1. Предположительный диагноз?

2.Какие методы обследования необходимо назначить для уточнения локализации поражения?

3.Всегда ли показано оперативное лечение при этом заболевании?

**Задача №8**

Больной Н., 19 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на постоянные головные боли в затылочной области в течение последнего года. Иногда боли сопровождались головокружением и тошнотой. Обратился за медицинской помощью впервые. 2 года назад на медицинской комиссии в военкомате было зарегистрировано повышение АД - 140/100 мм рт.ст. Был направлен на стационарное обследование, выписан с диагнозом нейроциркулярная дистония по гипертоническому типу. Во время службы в строительных войсках в связи с усилением головных болей был направлен в гарнизонный госпиталь. После обследования и лечения был комиссован из рядов СА с диагнозом гипертоническая болезнь П стадии.

Родился в сельской местности, окончил 10 классов, после возвращения из армии переехал в город для трудоустройства. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ 1-2 раза в год. Родители здоровы. Вредных привычек не имеет.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Верхняя половина туловища развита лучше нижней. Кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Верхушечный толчок 6 см2 . Тоны сердца ритмичны, 1 тон сохранен, акцент П тона над аортой, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс - 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД - 160/110 мм рт.ст. В околопупочной области слева выслушивается грубый систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, в околопупочной области пальпируется пульсирующая брюшная аорта. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

**Задание:**

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте перечень заболевания для дифференциального диагноза.
3. Назначьте обследование.

**Задача №9**

Больная 53 лет жалуется на интенсивную головную боль, головокружение, тошноту, ноющую боль в области сердца, перебои в области сердца. Ухудшение состояния наступило после стрессовой ситуации. Повышенное АД отмечает на протяжении 3 лет. Объективно: гиперемия лица. Ps 85/мин., АД 210/115 мм. рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца смещены влево на 1,5 см. На верхушке сердца тоны ясные, акцент Пт. на аорте. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 85 в 1 мин., одиночные наджелудочковые экстрасистолы, признаки гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой.

**Задание:**

А. Определите неотложное состояние.

Б. Окажите неотложную, помощь.

**Задача №10**

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “cетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент П тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Результаты дополнительного обследования:

* ЭКГ – ЭОС влево, ГЛЖ
* Глазное дно - сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс - П.
* Анализ мочи - уд. вес - 1018, белка нет, сахара нет, л - 1-3 в п/зр.
* Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
* Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эр. - 4,5х1012/л, л - 6,0 х 109/л, ц.п. - 0,9; э - 1, п - 4, с - 66, л - 24, м - 5, СОЭ - 6 мм/час.
* Глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

**Задание:**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план обследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

**Задача №11**

Больной, 51 год, в течение 11 лет страдает артериальной гипертонией, степень 3 в сочетании с бронхиальной астмой, язвенной болезнью с локализацией язвы в ДПК. При осмотре: в легких единичные сухие хрипы, АД 180/110 ммHg, чсс 102 в минуту. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии.

**Задание:**

Какой антигипертензивный препарат показан? Обоснуйте.

**Задача №12**

Женщине 33 лет. Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт ст.). Применение антигипертензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 -170/110 мм рт ст.).

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт ст., S=D. В мезогастральной области выслушивается систоло-диастолический шум. В остальном по органам - без особенностей.

Анализ мочи: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей.

Глазное дно: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов.

Экскреторная урография: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

**Задание:**

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.

2. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?

3. Методы лечения.

**Задача №13**

Мужчина 55 лет при сборе анамнеза называет конкретный день начала заболевания, когда утром на фоне полного благополучия отметил появление асимметрии лица и онемение левой руки и левой ноги. При обращении к врачу в поликлинике впервые в жизни были зарегистрированы повышенные цифры АД (260/140), на снятой ЭКГ - подозрение на очаговые изменения передне-перегородочной локализации. Был госпитализирован в стационар, где диагноз ОИМ был отвергнут, проводилось лечение ОНМК. Еще в стационаре стал отмечать сильную головную боль, слабость, полидипсию и никтурию. Несмотря на массивную антигипертензивную терапию (ренитек 20 мг в сутки, норваск 10 мг, локрен 20 мг, козаар 50 мг, триампур 50 мг ежедневно) цифры АД сохранялись на высоком уровне (до 180-190/100-120 мм рт ст.).

На ЭКГ на фоне синусового ритма 60 уд/мин регистрировались признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и метаболические сдвиги (в виде патологического зубца U), одиночные предсердные и желудочковые экстрасистолы, конфигурация ЭКГ-комплексов не позволяла исключить рубцовые изменения перегородочной локализации.

По данным Эхо-КГ на фоне нормальных размеров полостей сердца регистрировалась выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ (Тмжп = Тзс = 1,8 см).

В анализах крови обращал на себя внимание низкий уровень калия плазмы (2,5 - 2,9 ммоль/л).

В анализах мочи - следы белка, лейкоциты до 18 вп/зр.

При УЗИ почек выявлено расширение ЧЛС с обеих сторон; в области правого надпочечника дополнительное образование округлой формы размером 15 х 18 мм.

**Задание:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

3. Чем могут быть обусловлены изменения на ЭКГ, не позволяющие исключить очаговые (рубцовые) изменения?

4. Тактика лечения.

**Задача № 14**

Мужчина 56 лет. В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия отметил в течение последних 3 недель.: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.  
Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС 130–150 уд./мин, дефицит пульса 20, АД 210/130 мм рт. ст. S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.  
ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ.  
Глазное дно: гипертоническая ретинопатия.  
Анализ крови: холестерин – 8,2 ммоль/л, триглицериды – 2,86 ммоль/л (в остальном – без особенностей).  
Анализ мочи: без особенностей.  
Сцинтиграфия почек: правая почка – без особенностей. Левая – значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.  
ЭхоКГ: аорта уплотнена. ЛП=4,9 см, КДР=6,7 см, КСР=5,2 см, ТМЖП=1,7 см, ТЗС = 1,1 см.  
**Задание:**

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?  
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.  
  
**Задача № 15**

Мужчина 29 лет. Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт. ст.), в связи с чем был освобожден от службы в армии. Несмотря на рекомендации врачей, гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах, преимущественно при ходьбе.   
Объективно: ЧСС – 78 уд./мин, АД – 200/110 мм рт. ст., S = D, АД на нижних конечностях – 160/100 мм рт. ст., S = D. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам – без особенностей.   
ЭКГ: отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.   
ЭХО-КГ: ЛП – 3,2 см, КДР – 5,0 см, КСР – 3,2 см, Тмжп – 1,2 см, Тзс – 1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено.   
**Задание.**:   
1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.   
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз? 

**Задача №16**

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «cетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.  
Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд./мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент П тона на аорте. ЧСС – 92 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Результаты дополнительного обследования:  
1. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка  
2. Глазное дно – сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс – П.  
3. Анализ мочи –  уд. вес – 1018, белка нет, сахара нет, л. – 1–3 в п/зр.  
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.  
5. Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты – 4,5х1012/л, л. – 6,0х109/л, ц.п. – 0,9 ; э. – 1, п. – 4, с. – 66, л. – 24, м. – 5, СОЭ – 6 мм/ч.  
6. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

**Задание:**  
1. Установить предварительный диагноз.  
2. Наметить план обследования.  
3. Провести дифференциальную диагностику.  
4. Определить тактику лечения.

**Задача № 17**

Мужчина 45 лет. С 35-летнего возраста отметил появление внезапных приступов, сопровождающихся резкой головной болью, головокружением, сердцебиением, потливостью, нарушением слуха и выраженной бледностью кожных покровов.   
Приступы возникали с частотой до 1–2 раз в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением или обильной пищей и купировались самостоятельно. Впоследствии во время приступов были выявлены высокие цифры АД (до 230/130 мм рт. ст.). В межкризовый период АД колебалось в пределах 140–160/100 мм рт. ст. Последние 2 года отмечает изменение течения заболевания: цифры АД стабилизировались на более высоком уровне, картина кризов стала более сглаженной. За 2 года похудел на 10 кг. С этого же времени стали регистрироваться повышенные цифры глюкозы крови (до 7,7 ммоль/л), в связи с чем больному был выставлен диагноз сахарного диабета II типа. На глазном дне: гипертоническая ангиопатия II ст.   
**Задание.**   
1. Сформулируйте наиболее вероятный **клинический** диагноз с учетом представленных данных.   
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза? 

**Задача № 18**

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающейся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.  
При амбулаторном осмотре: АД – 120/80 мм рт. ст. ЧСС – 78 в мин. За последние 6 мес. отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.  
При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД – 220/130 мм рт. ст. ЧСС – 180 в мин. Температура тела – 37,8˚С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.  
Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в/в, лазикс в/в) эффекта не дала. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты – 10 х 10 /л, лимфоциты – 16%, эозинофилы – 6%. Сахар крови натощак – 7,2 ммоль/л, К – 6,2 ммоль/л, Na – 138 ммоль/л. В моче: белок – 0,66%, эритроциты – 6–8–10 в поле зрения, сахар – 0,5%. На ЭКГ – синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторировании АД – 120/80–126/75 мм рт. ст.  
**Задание**

1. Установить предварительный диагноз.  
2. Наметить план дополнительного обследования.  
3. Провести дифференциальную диагностику.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 6 Кардиомиопатии, миокардиты**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Миокардиты. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

2.Кардимиопатии. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

**Тестовые задания**

1. **Что является этиологическим фактором первичных кардиомиопатий?**
2. ишемия миокарда
3. алкогольное поражение сердца
4. этиология неизвестна
5. **Какие нарушения функции сердца преобладают при гипертрофической кардиомиопатии?**
6. нарушение сократимости ЛЖ или обоих желудочков
7. гипертрофия ЛЖ и/или ПЖ при сохраненной сократительной функции
8. +нарушение диастолического наполнения ЛЖ и/или ПЖ
9. **Какие нарушения функции сердца преобладают при дилатационной кардиомиопатии?**
10. нарушение сократимости ЛЖ или обоих желудочков
11. гипертрофия ЛЖ и/или ПЖ при сохраненной сократительной функции
12. нарушение диастолического наполнения ЛЖ и/или ПЖ
13. **Какая проба позволят дифференцировать стеноз устья аорты и субаортальный стеноз?**
14. проба Вальсальвы
15. проба с дипиридомолом
16. гипоксемическая проба

**Какие препараты противопоказаны при гипертрофической кардиомиопатии**

1. антибиотики
2. в-блокаторы
3. нитраты
4. **Как изменяется интенсивность шума при идиопатическом субаортальном стенозе во время пробы Вальсальвы?**
5. не изменяется
6. усиливается
7. уменьшается
8. **Происходит ли развитие некрозов миокарда у больных с гипертрофической кардиомиопатией?**
9. нет, поскольку коронарные артерии не задействованы
10. да, поскольку при этом заболевании ускоряется коронарный атеросклероз
11. да, несмотря на отсутствии стенозирующего атеросклероза коронарных артерии
12. **Изменяются ли структурно-геометрические показатели ЛЖ (толщина стенки, сферичность, ФВ) по данным ЭХО-КГ при рестриктивной кардиомиопатии?**
13. не меняются
14. наблюдается сужение полости ЛЖ, увеличение толщины стенки, снижение ФВ
15. наблюдается дилатация полости ЛЖ, снижение толщины стенки, увеличение ФВ
16. **Какими симптомами обычно отмечено начало клинических проявлений дилатационной кардиомиопатии?**
17. аритмии, головокружение
18. снижение толерантности к физической нагрузке, одышка
19. боли в области сердца при физической нагрузке
20. **Какими симптомами обычно отмечено начало клинических проявлений гипертрофической кардиомиопатии?**
21. аритмии, головокружение
22. снижение толерантности к физической нагрузке
23. боли в области сердца при физической нагрузке
24. **Как часто встречаются случаи рестриктивной кардиомиопатии в нашей стране?**
25. не встречаются
26. встречаются также часто как ревматическая лихорадка
27. спорадические случаи
28. **Какие изменении в формуле крови характерны для эндокардита Леффлера?**
29. эозинофилия
30. лимфоцитоз
31. лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом
32. **Назовите основные препараты для лечения дилатационной кардиомиопатии:**
33. НПВС, глюкокортикоиды
34. сердечные гликозиды, в-блокаторы, мочегонные
35. противовирусные, иммунномодуляторы
36. **Назовите основные препараты для лечения идиопатического субаортального стеноза.**
37. нитраты, нифедипин
38. в-блокаторы, верапамил
39. сердечные гликозиды, негликозидные инотропные средства
40. **Клинические признаки инфекционного миокардита:**
41. лихорадка, боли в области сердца, одышка
42. лихорадка, кашель со «ржавой» мокротой
43. тошнота, рвота, понос
44. отеки, гематурия, гипертензия
45. **С каким заболеванием наиболее часто необходимо дифференцировать хронический миокардит:**
46. пневмония
47. инфекционный эндокардит
48. дилатационная кардиомиопатия
49. нестабильная стенокардия
50. миокардиодистрофия
51. **В течение какого времени правомочен диагноз острого миокардита:**
52. 2 недели
53. 1 месяц
54. до 3 месяцев
55. 1 год
56. **Какой из признаков поражения миокарда не относится к большим признакам:**
57. патологические изменения на ЭКГ
58. повышение концентрации в крови кардиоселективных ферментов
59. тахикардия
60. развитие ХСН
61. **Возможно ли выявление при миокардитах зубца QS?**
62. да
63. нет
64. **Критериями воспаления в миокарде при проведении эндомиокардиальной биопсии являются обнаружение:**
65. 5-7 лимфоцитов в поле зрения
66. 9-12 лимфоцитов
67. 14 и более лимфоцитов
68. **Какое течение не характерно для хронического миокардита:**
69. формирование различной степени выраженности кардиосклероза
70. постепенное развитие дилатации камер сердца;
71. быстрая дилатация полостей сердца
72. медленное прогрессирование воспалительного процесса с параллельным формированием фиброзной ткани и повторными клинически отчетливыми обострениями процесса воспаления, сопровождающимися неуклонным развитием СН.
73. **.Наиболее характерными дифференциальными критериями миокардита и ДКМП являются:**
74. эхокардиографическая картина +ЭКГ
75. клиническая картина +ЭКГ
76. результаты морфологического исследования + эффект от лечения глюкокортикоидами
77. **Наиболее характерная клиническая характеристика кардиалгий при миокардите:**
78. боли кратковременные, иррадиируют под левую лопатку, хорошо купируются нитроглицерином
79. сжимающие боли, связанные с физической нагрузкой
80. длительные изнуряющие боли, никуда не иррадиирующие, плохо купирующиеся нитроглицерином
81. **Когда целесообразно проведение фармакологических проб для диагностики миокардитов и ИБС:**
82. при сомнительном диагнозе инфаркта миокарда и отсутствии изменений на ЭКГ
83. при сомнительном диагнозе инфаркта миокарда и имеющихся изменениях на ЭКГ (отрицательный зубец Т в двух и более отведениях)

**Ситуационные задачи**

**Задача №**1

Больная С., поступила в клинику с жалобами на колющие боли в левой половине грудной клетки, слабость, одышку. Заболела остро: во время эпидемии гриппа резко повысилась температура тела до 39,5°С, державшаяся в течение суток, появились насморк, сухой кашель, мышечные боли. Затем присоединились вышеуказанные жалобы. При объективном обследовании: кожа повышенной влажности. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, частая экстрасистолия, ЧСС 92 в минуту. При обследовании на ЭКГ выявлена синусовая тахикардия, частая предсердная и желудочковая экстрасистолия. В ОАК - л. 5,8 10 х9 г/л, СОЭ 22 мм/ч., СРБ (++). При рентгенографии грудной клетки и ЭхоКГ патологии не выявлено.

**Задание:**

1.Сформулируйте диагноз,

2.назначьте лечение.

**Задача №**2

.Больная Г., 32 лет поступила в клинику в тяжелом состоянии с явлениями выраженной сердечной недостаточности (одышка, цианоз, гепатомегалия, асцит, отеки на ногах). Заболевание возникло через 3-4 недели после перенесенной пневмонии. На ЭКГ выявлены патологические зубцы Q(QS) в отведениях I, aVL, V4-6 . При ЭхоКГ - все полости сердца увеличены, ФВ 45%. В ОАК л. 9,4 \* 109 г/л, СОЭ 35 мм/ч. СРБ (+++).

**Задание:**

1.Сформулируйте диагноз,

2.назначьте лечение.

**Задача №3**

Больной М., 28 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные

сжимающие боли за грудиной, слабость. На ЭКГ выявлены отрицательные

зубцы Т в отведениях V4-6. В ОАК- л. 9,0x109, СОЭ 22 мм/ч. Тропониновый

тест отрицательный. Лечение нитратами принесло кратковременный

положительный эффект: боли уменьшились, затем возобновились и

приобрели постоянный характер. Из анамнеза удалось выяснить, что 3

недели назад у больного повышалась температура тела до 37,7 С, было трудно глотать

**Задание:**

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Очертите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

3.Составьте план дальнейшего обследования.

**Задача №**4

Больной С., 39 лет, поступил с жалобами на сердцебиение, одышку, слабость, недомогание. Указанные жалобы появились 3 недели назад после тяжелой физической нагрузки. За неделю до поступления отмечал обострение хронического бронхита (кашель с гнойной мокротой, субфебрильная температура). При обследовании в поликлинике были выявлены признаки кардиомегалии. Был направлен в стационар для уточнения диагноза и лечения. При объективном обследовании: акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в минуту, пульс 100 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см. Голени пастозны. В стационаре проведено следующее обследование: ЭКГ - мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ЭхоКГ - увеличение всех полостей сердца, тромб в левом предсердии, ФВ 44%, признаки легочной гипертензии. В ОАК, б/х анализе патологии выявлено не было.

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Очертите круг заболеваний для дифференциальной диагностики.

3.Составьте план дальнейшего обследования и лечения.

**Задача №5**

Больной С., 29 лет. При прохождении профосмотра обнаружена частая монотонная желудочковая экстрасистолия (бигеминия), что послужило поводом для дальнейшего медицинского обследования. Госпитализирован в стационар. При целенаправленном опросе выяснено, что в течение 5-6 месяцев отмечает перебои в работе сердца, редкий сухой кашель,

незначительную слабость и одышку при физической нагрузке, которые не влияли на состояние и трудоспособность пациента. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 78, частая экстрасистолия. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. В клинических и биохимических анализах патологии не выявлено. Повышения кардиоселективных ферментов и острофазовых белков воспаления не обнаружено. Иммунологическое обследование выявило повышенное содержание ЦИК. ЭхоКГ- ЛП 3,5 см, ПЖ 3,6 см, ЛЖ 5,2/4,0 см, МЖП 0,8 см, ЗС1,1 см. ФВ 47%. Суточное мониторирование ЭКГ: на фоне синусового ритма с ЧСС 90 в минуту, зарегистрирована частая монотонная одиночная и парная желудочковая экстрасистолия, отмечено 12 пробежек желудочковой тахикардии. Ишемических изменений не выявлено. Бактериологическое исследование выявило наличие в крови пациента антител к Chlamidia Pneumonia и Virus Herpes 1,2 в диагностически значимых титрах.

**Задание:**

1.Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

2.Дополнительные методы обследования

3.Тактика лечения

**Задача № 6.**

Больной Б.,43 лет, обратился с жалобами на головокружение, боли в грудной клетке. В анамнезе хронический тонзиллит. Эпизоды повышения АД отсутствуют. Объективно: состояние удовлетворительное, рост 178 см, вес – 82 кг, гиперстенического телосложения, кожные покровы чистые, бледные. АД 110/75 мм РТ ст., ЧСС 80 в мин., пульс ритмичный. Выслушивается грубый систолический шум во всех точках, больше в области 2 межреберья справа. На ЭКГ – признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и субэндокардиальная ишемия в области межжелудочковой перегородки и боковой стенки. Ритм синусовый, прерывается частыми желудочковыми экстрасистолами. Нитроглицерином не пользовался.

**Задание:**

1.Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

2.Дополнительные методы обследования

3.Тактика лечения

4. Возможно ли с помощью физикальных данных уточнить природу систолического шума.

**Задача № 7.**

У больного 34 лет при прохождении профосмотра на ЭКГ выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса. Больной направлен в стационар для проведения обследования. Из анамнеза: в течение последнего года отмечает слабость, одышку, повышенную утомляемость, сердцебиение, колющие боли в области сердца. При объективном осмотре выявлен акроцианоз, ЧСС 88 в минуту, пульс 88 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Аускультативно отмечается глухость сердечных тонов. В легких хрипов нет. Печень не увеличена. Отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС 90 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса. При ЭХО-КГ-исследовании выявлено увеличение размеров полостей ЛЖ и ПЖ, ФВ – 42%, имеются зоны гипокинезии передней и боковой стенок.

**Задание:**

1.Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

2.Дополнительные методы обследования

3.Тактика лечения

**Задача № 8.**

Больной П., 56 лет, в течение 10 лет наблюдается по поводу пароксизмальных нарушений ритма (пароксизмальной фибрилляции предсердий), постоянно принимает 200 мг кордарона, 75 мг тромбо-АССа. В анамнезе – инфаркт миокарда, выставленный по данным ЭКГ (регистрируется патологический зубец Q в грудных отведениях V1-V4). Поступил в отделение с пароксизмом фибрилляции предсердий. Приступ купирован на второй день кордароном. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покров обычной окраски, рост 182 см, вес 79 кг. Одышки в покое нет. Ограничивает физическую нагрузку из-за боязни срыва сердечного ритма. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 72 в минуту, пульс 72 в минуту, ритмичный. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются. На ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 72 в минуту, очагово-рубцовые изменения в V1-V4 ( о давности изменений судить по клинике). При Эхо-КГ исследовании выявлены следующие изменения: полости сердца не расширены, аортальный и митральный клапаны обычной структуры, МЖП 21 мм, ЗС 22 мм. ФВ 72 %, доплерография патологической регургитации на клапанах сердца не выявлено, зоны гипокинезии передней и боковой стенок.

**Задание:**

1.Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

2.Дополнительные методы обследования

3.Тактика лечения

**Задача № 9.**

Больная 19 лет, доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Жалобы при поступлении на выраженную слабость, одышку в покое, которая усиливается в положении лежа, кашель, сердцебиение. Из анамнеза: больна в течение 3-х лет, наблюдается у кардиолога. Объективно: состояние тяжелое, тяжесть обусловлена сердечной недостаточностью, кожные покровы бледные, акроцианоз, положение ортопноэ. В легких в нижних отделах дыхание ослабленное, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Границы относительной сердечной тупости смещены влево. Тоны сердца глухие, выслушивается систолический шум на верхушке АД 80/50 мм.рт.ст. ЧСС 100 в минуту, пульс 100 в минуту, ритмичный. Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см. Верхняя граница в V межреберье по среднеключичной линии справа. Селезенка не увеличена. Имеются отеки на стопах и голенях. На ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 105 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка, субэндокардиальная ишемия в области передней стенки, перегородки. ОАК: Hb 108г/л Эр 3,9 \*10 /л, Лейк. 6 \*10 /л ( п – 3%, с – 68%, л – 17%, м – 12%) СОЭ – 10 мм/ч.

ЭхоКГ: выраженная дилатация всех камер сердца, ФВ38%, имеется регургитация через митральный клапан.

**Задание:**

1.Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

2.Дополнительные методы обследования

3.Тактика лечения

**Задача № 10**.

Больной Б., 40 лет, впервые обратился в июне 2000г. после перенесенного месяц назад пароксизма тахикардии с широкими QRS-комплексами с ЧСС 180 в минуту, сопровождавшегося гипотонией. Пароксизм купирован кардиоверсией. При ЭхоКГ выявлена дилатация ЛЖ: конечный диастолический объем (КДО) 359,2 мл, умеренное снижение ФВ до 42,0%, диффузный гипокинез стенок ЛЖ. Незначительная митральная регургитация. Объемный коэффициент сферичности (ОКС) равен 0,38. Симптомы СН II ФК. Для исключения ишемического генеза кардиомиопатии направлен на коронарографию, вентрикулографию. При радионуклидной вентрикулографии выявлено значительное расширение полости ЛЖ в покое, ФВ ЛЖ 36,6%, ПЖ 39%. Признаков стенотического поражения коронарных артерий при коронарографии не выявлено.

**Задание:**

1.О каком заболевании необходимо думать

2. С каким заболеванием дифференцировать?

Начато лечение иАПФ, в дальнейшем блокаторами b-адренергических рецепторов и амиодароном. Больной наблюдался нами в течение ряда лет. Несмотря на удовлетворительное клиническое состояние в течение срока наблюдения прогрессировали дилатация камер сердца, снижение систолической функции ЛЖ. 24.04.02 развилось синкопальное состояние, госпитализирован в состоянии средней тяжести. Объективно: пастозность голеней. Частота дыхательных движений (ЧДД) 16 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 178–189 уд. в мин. артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Печень не пальпируется. На ЭКГ – трепетание предсердий, блокада передней левой ветви пучка Гиса. Проведена кардиоверсия, восстановлен синусовый ритм, затем – вновь переход в тахикардию с ЧСС 155 в мин. В последствии – неоднократные пароксизмы тахикардии, купировавшиеся ненадолго антиаритмической терапией (в/в кордарон). Нарушения ритма приобретали постоянно возвратный характер и были резистентны к проводимой терапии.

Была отмечена динамичность конечной части QRSТ-комплекса на ЭКГ. Изменения зубца T на ЭКГ совпадали по времени с подъемами температуры тела (в этот период зарегистрированы подъемы температуры тела до 38,5 °С, в течение следующих двух дней – 37,4 °С). Кроме того, у больного выявлены повышение концентрации фибриногена в крови и ревматоидный фактор. Больному начата терапия аспирином (1,0 г в сутки). На второй день применения аспирина нарушения ритма прекратились, установился синусовый ритм.

**Задача № 11.**

Больной Р.,16 лет. При поступлении больной предъявлял жалобы на одышку при легкой физической нагрузке, сердцебиение в состоянии покоя, перебои в работе сердца, головокружение, потливость.

Впервые эти симптомы стал отмечать у себя летом 1981г. При первой госпитализации был диагностирован инфекционно-аллергический миокардит. Лечение проводилось сердечными гликозидами, преднизолоном, мочегонными препаратами. Состояние больного улучшилось. В течение года чувствовал себя хорошо.

При обследовании в клинике общее состояние удовлетворительное. Бледность кожных покровов. Границы сердечной тупости расширены вправо на 1,5 см, влево – до передней подмышечной линии. Выслушивается систолический шум на верхушке и по левому краю грудины, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС100, АД 100/80 мм.рт.ст. Частота дыхания 22. Печень не увеличена, отеков нет.

При рентгенологическом исследовании очаговых и инфильтратитвных изменений в легочной ткани не выявлено. Корни легких усилены. Сердце значительно расширено в поперечнике, больше влево. Сердечная талия сглажена, дуги четко не дифференцируются. Пульсация контуров сердца сниженной амплитуды.

На томограммах грудной клетки отмечается значительное расширение правой ветви легочной артерии, что свидетельствует о наличии легочной гипертензии.

По данным эхокардиограммы, левое предсердие и оба желудочка расширены. Отмечается парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Сократительная способность миокарда левого желудочка диффузно снижена.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, выраженная гипертрофия левого желудочка, желудочковая экстрасистолия, замедление предсердно-желудочковой проводимости.

Суточное мониторирование ЭКГ: зарегистрировано 3878 наджелудочковых, 3074 желудочковых (включая политопные и спаренные) экстрасистол, 5 эпизодов желудочковой тахикардии (5-7 комплексов). Преходящая предсердно-желудочковая блокада I степени.

Сцинтиграфия миокарда с 201Tl: накопление изотопа в миокарде неравномерное, имеется множество мелких очагов с пониженным захватом 201Tl. Полость левого желудочка увеличена.

Результат лабораторных исследований без существенных отклонений.

Лечение проводилось сердечными гликозидами, диуретиками, гепарином, антибиотиками. Проводилась противоаритмическая терапия.

Несмотря на интенсивное лечение, состояние больного ухудшалось. Сохранялись признаки недостаточности кровообращения. Смерть наступила вследствие прогрессирующей сердечной недостаточности.

На вскрытии: оба желудочка сердца увеличены в размерах. Объем правого желудочка, 130, левого 100 мл. Створки митрального клапана равномерно утолщены, некоторые хорды укорочены, утолщены. Длина приносящего тракта правого желудочка – 9см, выносящего – 12см. Длина окружности митрального клапана 15 см, трикуспидального – 17см. Трабекулярные мышцы заметно гипертрофированны, их толщина в желудочках составляет 0,8см. Толщина стенки правого желудочка – 0,5 см, левого – 1,3см. Миокард без видимых очаговых изменений. В аорте, крупных сосудах и легочной артерии бляшек нет. Ткань легких отечна, однородная. Другие органы резко полнокровны.

Микроскопия: резкое полнокровие вен и капилляров миокарда. Незначительная гипертрофия основной массы мышечных волокон. Очаговая вакуолизация мышечных волокон субэндокардиальной области левого желудочка в сочетании со слабовыраженным диффузным склерозом. Незначительный периваскулярный мелкоочаговый кардиосклероз. Небольшие пристеночные тромбы (свежие) между трабекулами в правом и левом желудочках. Небольшие участки «повреждения» мышечных волокон в межжелудочковой перегородке. Диффузный склероз эндокарда. В легких – бурая индурация, очаг склероза.

**Задание:**

1.Какие симптомы были ведущими в описанном выше случае?

2.Ваш клинический диагноз и его обоснование.

**Задача № 12.**

Больная Н., 31 год. При поступлении жаловалась на одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиение в состоянии покоя, тошноту. Слабость.

На 8-м месяце беременности в марте 1983г. после простуды появились боли в горле, коленных суставах, несколько раз температура тела повышалась до 37,6 градусов. Из-за усиления одышки, тошноты, прогрессирования сердечной недостаточности беременность была прервана. Несмотря на терапию сердечными гликозидами, гормональными, мочегонными препаратами, сердечная недостаточность прогрессировала. При осмотре состояние средней степени тяжести. Ортопноэ, бледность кожных покровов, цианоз губ. Пульсация шейных сосудов видна на глаз. Отмечается пульсация области сердца. Верхушечный толчок разлитой, находится на уровне передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости смещены влево до передней подмышечной линии. Тоны сердца аритмичные, систолический шум на верхушке, в точке Боткина, проводится в левую подмышечную область. ЧСС92, пульс 62, аритмичен; дефицит пульса 30. АД 110/80 мм.рт.ст. Границы легких не изменены, дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыханий 26. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, край плотный. Периферических отеков нет.

Рентгенологически легочный рисунок умеренно усилен за счет сосудистого компонента. Сердце значительно расширено в поперечнике, больше влево. Сердечная талия сглажена.

На эхокардиограмме отмечается среднесистолическое прикрытие створок аортального клапана, амплитуда движения створок до 2 см. Левое предсердие 3,8см и левый желудочек 6,2см, в период диастолы умеренно расширены. КСО равен 124 см3 , КДО – 194 см3, УО 70 см3, ФВ 56%.

На ЭКГ: мерцание предсердий, частые одиночные и групповые желудочковые экстрасистолы, признаки изменения миокарда вследствие гипертрофии сердечной мышцы.

Суточное мониторирование ЭКГ: мерцание предсердий, средняя ЧСС 85. В течение суток зарегистрировано 9000 политопных желудочковых экстрасистол, около 800 спаренных комплексов, 77 коротких пароксизмов желудочковой тахикардии.

В отделении больной проводилась терапия сердечными гликозидами, диуретиками, ингибиторами АПФ. Состояние больной постепенно ухудшалось, нарастали признаки сердечной недостаточности (увеличение печени, массивные отеки голеней и стоп, участились приступы удушья). Внезапно больная потеряла сознание. При осмотре отсутствовало дыхание, пульс и АД не определялись. На ЭКГ – мелковолновая фибрилляция. Реанимационные мероприятия оказались безуспешными, констатирована смерть.

На вскрытии сердце дряблое, распластывается на столе (масса сердца 470г). Стенки коронарных артерий тонкие, эластичные, атеросклеротических бляшек нет. Миокард без видимых очаговых изменений. Эндокард утолщен в области межжелудочковой перегородки со стороны левого желудочка под фиброзным кольцом, встречаются отдельные участки его утолщения в свободной части левого желудочка. Клапаны не изменены. Полости сердца резко расширены. В легочной артерии – несколько фиброзно-липидных бляшек. В аорте – множество липидных бляшек.

Микроскопически: выявлены полиморфные ядра кардиомиоцитов, в некоторых препаратах левого желудочка – мелкие интерстициальные и периваскулярные рубцы. Умеренно выраженный диффузный кардиосклероз.

**Задание:**

1.Выскажите Ваше мнение о диагнозе.

2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз данной больной?

3.Составьте план лечения

**Задача № 13.**

Больной К., 25лет, поступил в августе 1983г. Жалобы на слабость, перебои в работе сердца.

В возрасте 17 лет при прохождении медкомиссии в военкомате у больного были зарегистрированы сложные желудочковые нарушения ритма. В возрасте 20 лет появилась одышка, сердцебиение при физической нагрузке, выявлено увеличение размеров сердца. Отец больного умер внезапно в 40 –летнем возрасте, брат и сестра – в возрасте 20 и 17 лет.

Состояние относительно удовлетворительное. Верхушечный толчок разлитой. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Систолический шум на верхушке. ЧСС 80 в минуту, АД 135/80 мм.рт.ст. Печень на 2 см выступает из под края реберной дуги

При рентгенологическом исследовании выявлено значительное расширение сердца в поперечнике вследствие увеличения обоих желудочков.

На Эхокардиограмме отмечается уплотнение створок аортального клапана. Левое предсердие умеренно расширено (4см). Значительное увеличение КДР левого желудочка (7,6 см) и выходного тракта правого желудочка (3,2 см). Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки – 0,9 см.

На ЭКГ: частая политопная групповая желудочковая экстрасистолия.

Суточное мониторированиеЭКГ: средняя ЧСС 86 в минуту, максимальная – 110, минимальная 66. В течение суток зарегистрированы 25864 ранние политопные желудочковые экстрасистолы, 231 период желудочковой тахикардии (до 10 комплексов).

Данные лабораторных исследований - без изменений

Лечение проводилось триампуром, дигоксином, а также учитывая сложные желудочковые нарушения ритма кордароном. Больной отмечал некоторое улучшение, урежение перебоев в работе сердца. Однако через несколько дней наступила внезапная смерть (на ЭКГ успели зарегистрировать мелковолновую фибрилляцию желудочков).

На вскрытии в коронарных артериях и в аорте бляшки не обнаружены. В боковой стенке левого желудочка под эпикардом – 4 рубца (диаметром 0,4-0,8 см). Полости сердца резко расширены, клапаны не изменены. Масса сердца 670 гр., левого желудочка 250 гр., правого – 140 гр. При микроскопии определяется сплошной склероз эндокарда левого желудочка, диффузный кардиосклероз, в передней стенке левого желудочка – крупный участок старого склероза.

**Задание:**

1.Выделите ведущий клинический синдром.

2.Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

3.Дополнительные методы обследования

4.Тактика лечения

**Задача № 14.**

Больной С.,35 лет. В 1998 голу начал ощущать при ходьбе тяжесть в правом подреберье; появилась иктеричность склер. С подозрением на желтуху был госпитализирован в инфекционную больницу, где диагноз гепатита был снят и заподозрен миокардит. Лечение проводилось сердечными гликозидами, лазиксом, ингибиторами-АПФ. В сентябре 1999года появились признаки прогрессирующей сердечной недостаточности. При поступлении больной предъявлял жалобы на чувство нехватки воздуха (особенно в положении лежа), одышку, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, тяжесть в правом подреберье, тошноту, иногда рвоту после приема пищи.

Общее состояние тяжелое: ортопноэ, кожа с желтушным оттенком, выраженная иктеричность склер. Акроцианоз, цианоз слизистых оболочек. Периферических отеков нет. Верхушечный толчок пальпируется в шестом межреберье по передней аксилярной линии, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: левая – по передней подмышечной линии, правая – на 2 см кнаружи от правого края грудины. Грубый пансистолический шум над всей поверхностью сердца, по левому краю грудины выслушивается акцент II тона, ритм галопа. ЧСС 116, АД 100/70 мм. РТ. Ст. Границы легких не изменены, перкуторно легочный звук. Частота дыхания 28. Печень выступает на 8 см из-под края реберной дуги, край ее плотный.

Рентгенологически: легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента, корни легких умеренно расширены, структурны, сердце со сглаженной талией, резко расширено в поперечнике в обе стороны, больше влево.

По данным эхокардиограммы: все полости расширены. Низкая сократительная способность миокарда. Клапанный аппарат интактен.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, политопные желудочковые экстрасистолы. Признаки изменений миокарда диффузного характера и гипертрофии левого желудочка.

В результате лечения сердечными гликозидами, мочегонными препаратами состояние больного временно улучшилось, однако сохранялись признаки выраженной недостаточности кровообращения.

**Задание:**

1.Выделите ведущий клинический синдром.

2.Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

3.Дополнительные методы обследования

4.Тактика лечения

**Задача № 15.**

Больной С., 37 лет. При поступлении предъявлял жалобы на одышку в состоянии покоя и при малейшей физической нагрузке, общую слабость, сердцебиение, перебои в работе сердца, кровохарканье, слабость в правой руке.

В 2002 году впервые начал ощущать одышку при ходьбе. После перенесенного в марте 2004 года острого респираторного заболевания одышка усилилась, появилось сердцебиение. Больному диагностировали миокардит. В ноябре 2004 года появилось кровохарканье, боли в грудной клетке, кашель, повышение температуры. Диагностировали внебольничную пневмонию. В декабре 2004 года больной перенес острое нарушение мозгового кровообращения с явлениями правостороннего гемипареза.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Лицо, как при болезни Кушинга. На коже лица и туловища – acne vulgaris. Цианоз губ, акроцианоз. Прекардиальная пульсация. Границы относительной сердечной тупости сердца расширены влево до передней подмышечной линии, вправо – на 1,8 см от правого края грудины. Тоны сердца приглушены. ЧСС 150, АД 120/85 мм.рт.ст. Справа в подлопаточной области мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень выступает на 4 см. из-под края реберной дуги. Определяется снижение мышечной силы левой руки.

Рентгенологически корни легких усилены. Сердце значительно расширено в поперечнике, в основном влево.

На эхокардиограмме: аорта уплотнена, не расширена. Расширены все камеры сердца: переднезадний размер левого предсердия 5,8 см, правого желудочка 3,5 см, конечный систолический размер 6,2 см. Снижена сократительная способность ФВ 32%. В области верхушки левого желудочка выявляется тромб размерами 1,5\*2,5 см. При допплерэхокардиографии определяется митральная регургитация.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, в дальнейшем установилась мерцательная аритмия. Отклонение электрической оси сердца влево. Диффузные изменения миокарда с признаками рубцового поражения переднеперегородочной, верхушечной локализации; комбинированная гипертрофия желудочков. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

Изменений в анализах крови и мочи не обнаружено.

**Задание:**

1.Выделите ведущий клинический синдром.

2.Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

3.Дополнительные методы обследования

4.Тактика лечения

5.Выделите осложнения данного заболевания в конкретном случае.

**Задача № 16.**

Больной К., 48 лет. Жалобы на чувство тяжести и жжения за грудиной с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при физической (подъеме на 1-2 пролета лестницы) и психоэмоциональной нагрузках, купирующиеся через 30 минут после приема нитроглицерина, при постоянной физической нагрузке возникают сердцебиение и одышка.

Болен в течение 6 лет: внезапно возникли резкая боль в грудной клетке, слабость, больной потерял сознание. При госпитализации диагностирован инфаркт миокарда передней локализации. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 41 года.

Состояние больного удовлетворительное. Легкий цианоз губ, кожных покровов. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС 72 в минуту. На верхушке и в точке Боткина выслушивается грубый систолический шум, отстоящий от I тона, проводящийся в левую подмышечную область.

Рентгенологически: сердце с сохраненной талией, размеры его в пределах нормы.

На ЭКГ: синусовый ритм, отклонение электрической оси сердца влево. Изменения предсердного компонента. Признаки изменения миокарда вследствие гипертрофии левого желудочка. Глубокие отрицательные зубцы Т в грудных отведениях.

На эхокардиограмме: гипертрофии и гипокинезии межжелудочковой перегородки, среднесистолическое прикрытие створки аортального клапана, переднесистолическое движение передней створки митрального клапана. Толщина межжелудочковой перегородки 1,9 см, задней стенки левого желудочка 1 см.

**Задание:**

1. Выскажите предположение о диагнозе, обоснуйте его.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. Тактика лечения

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 7 Инфекционный эндокардит**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Определение инфекционного эндокардита.
2. Эпидемиология. Факторы риска развития инфекционного эндокардита. Этиология. Патогенез и патофизиология.
3. Классификация
4. Диагностика: Клинические признаки. Эхокардиография . Микробиологическая диагностика . Критерии постановки диагноза инфекционного эндокардита.
5. Осложнения инфекционного эндокардита ( Сердечная недостаточность. Неврологические осложнения. Острое повреждение почек. Иммунные осложнения. Абсцесс селезенки. Миокардит, перикардит).
6. Лечение (медикаментозное и хирургическое).
7. Профилактика

**Тестовые задания**

1. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
2. положительная гемокультура
3. лихорадка
4. аускультативная картина
5. обнаружение вегетаций при ЭХОКГ исследовании
6. верно а и г
7. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
8. пятна Лукина
9. проливные поты
10. тромбоэмболические осложнения
11. ускоренная СОЭ
12. нет правильного ответа
13. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
14. [анемия](http://pandia.ru/text/category/anemiya/)
15. спленомегалия
16. очаговый гломерулонефрит
17. васкулиты
18. нет правильного ответа
19. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
20. выявление порока сердца
21. лейкоцитоз
22. лейкопения
23. узелки Ослера
24. нет правильного ответа
25. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
26. длительность лихорадки
27. положительная гемокультура
28. анемия
29. обнаружение вегетаций на клапанах при ЭХО КГ-исследовании
30. верноБ и Г
31. **Предрасполагающие факторы к инфекционному эндокардиту**
32. преходящую бактериемию
33. проведение гемодиализа
34. наличие искусственных клапанов сердца
35. все перечисленное
36. ничего из перечисленного
37. **При инфекционном эндокардите может наблюдаться**
38. миокардит
39. васкулиты мелких сосудов
40. эмболии мелких сосудов с развитием [абсцессов](http://pandia.ru/text/category/abstcess/)
41. всё перечисленное
42. ничего из перечисленного
43. **При инфекционном эндокардите возможно**
44. поражение ЦНС
45. поражение клапанов сердца
46. эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов
47. почечная недостаточность
48. все перечисленное
49. **При инфекционном эндокардите может наблюдаться**
50. диффузный гломерулонефрит
51. инфаркт почки
52. очаговый нефрит
53. все перечисленное
54. ничего из перечисленного
55. **При инфекционном эндокардите наблюдается**
56. гломерулонефрит с почечной недостаточностью
57. [артриты](http://pandia.ru/text/category/artrit/)
58. синовиит
59. васкулиты
60. все перечисленное
61. **При инфекционном эндокардите эмболии возможны в**
62. артериях почек
63. коронарных артериях
64. артериях селезенки
65. артериях мозга
66. во все перечисленные
67. **При инфекционном эндокардите возможно возникновение**
68. инфаркта почки
69. абсцесса почки
70. диффузного гломерулонефрита
71. всего перечисленного
72. ничего из перечисленного
73. **Причиной отрицательного результата при посеве крови у больных с инфекционным эндокардитом может быть**
74. грибковая природа эндокардита
75. неправильная методика взятия крови
76. использование недостаточного набора сред
77. все перечисленное
78. правильно Б и В
79. **Наибольшая вероятность получить положительный результат гемокультуры у больного инфекционным эндокардитом наблюдается при заборе крови**
80. 3-5 раз через 24-48 ч после отмены [антибиотиков](http://pandia.ru/text/category/antibiotik/)
81. 8-10 раз через 12-24 ч после отмены антибиотиков
82. в период повышения температуры, после отмены антибиотиков
83. правильно А и В
84. нет правильного ответа
85. **На прогноз у больных инфекционным эндокардитом влияют**
86. чувствительность микрофлоры к антибиотикам
87. рецидивы заболевания
88. сердечная недостаточность
89. ХПН
90. все перечисленное
91. **Тактика антибактериальной терапии при инфекционном эндокардите сводится к**
92. немедленному назначению больших доз антибиотиков с учетом вероятного возбудителя\*
93. назначению антибиотиков только после исследования микрофлоры
94. использованию антибиотиков резерва
95. правильного ответа нет
96. верно А и В
97. **При инфекционном эндокардите рекомендуется**
98. в/в введение антибиотиков
99. в/м введение антибиотиков
100. препараты per os
101. любой способ введения
102. назначение бактериостатических антибиотиков
103. **Предрасполагающий фактор инфекционного эндокардита**
104. порок сердца
105. бактериемия
106. эмболии
107. все перечисленное
108. правильно А и Б
109. **У больных инфекционным эндокардитом при получении отрицательной гемокультуры**
110. нецелесообразно повторное исследование крови
111. целесообразно повторное исследование крови
112. перед повторным исследованием отменяют антибиотики на 2 суток и взятие крови осуществляется во время повышения температуры тела
113. повторное исследование на фоне антибиотикотерапии
114. правильно Б и В
115. **Больным с поражением клапанов профилактическое назначение антибиотиков целесообразно при проведении**
116. [хирургических](http://pandia.ru/text/category/hirurgiya/) вмешательств в полости рта
117. хирургических вмешательств брюшной полости
118. хирургических вмешательств урогенитальной области
119. все верно
120. правильного ответа нет
121. **Инфекционный эндокардит реже всего возникает у больных с**
122. незаращением овального отверстия
123. ДМЖП
124. митральной недостаточностью
125. [аортальной](http://pandia.ru/text/category/aorta/) недостаточностью
126. открытым артериальным протоком
127. **Причиной бактериемии при ИЭ чаще всего являются**
128. манипуляции в полости рта и глотки
129. акушерские вмешательства
130. операции на ЖКТ
131. катетеризация вен
132. гемодиализ
133. **На глазном дне у больных с инфекционным эндокардитом выявляются**
134. узелки Ослера
135. сужение артерий
136. отек соска зрительного нерва
137. петехии
138. все перечисленное
139. **Если причиной инфекционного эндокардита являются грамотрицательные бактерии, то чаще всего назначают**
140. пенициллин
141. пенициллин со стрептомицином
142. тетрациклины
143. гентамицин и/или цефалоспорины 2 или 3 поколения
144. амфотерицин В
145. **Наиболее информативный инструментальный метод исследования при инфекционном эндокардите**
146. рентген
147. ЭКГ
148. ЭХОКГ
149. радионуклидная вентрикулография
150. фонокардиография
151. **Вегетации при инфекционном эндокардите состоят из**
152. тромбоцитов
153. фибрина
154. микроорганизмов
155. все перечисленное
156. правильно Б и В
157. **При стрептококковом инфекционном эндокардите назначают**
158. пенициллин
159. пенициллин в сочетании с гентамицином
160. ампициллин
161. ванкомицин
162. правильно А и Б
163. **При энтерококковом инфекционном эндокардите назначают**
164. пенициллин
165. цефалоспорины 2 и 3 поколения
166. аминогликозиды
167. макролиды
168. правильно Б и В
169. **Основные показания к хирургическому лечению инфекционного эндокардита**
170. рефрактерная сердечная недостаточность
171. повторные тромбоэмболии
172. наличие абсцессов фиброзного кольца
173. все перечисленное
174. правильно А и Б
175. **При стафилококковой этиологии эндокардита наиболее эффективно назначение**
176. ампициллина
177. оксациллина
178. гентамицина и «защищённые» пенициллины
179. ванкомицина
180. правильно Б, В, Г
181. **Стрептококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают после**
182. ранений
183. операций
184. манипуляций в полости рта
185. акушерских манипуляций
186. урогенитальных вмешательств
187. **Стафилококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают**
188. после ранений
189. после хирургических операций
190. при фурункулезе
191. у наркоманов
192. во всех перечисленных случаях
193. **Энтерококковую этиологию эндокардита предполагают, если симптомы эндокардита возникают после**
194. ранений
195. при фурункулезе
196. после урогенитальных вмешательств
197. после манипуляций на ЖКТ
198. правильно В и Г
199. **Для посева крови при подозрении на инфекционный эндокардит**
200. как правило достаточно одноразового взятия крови
201. необходимо несколько проб крови, взятых во время повышения температуры
202. для диагноза достаточно получения положительной гемокультуры хотя бы в двух пробах крови
203. правильно А и В
204. правильно Б и В
205. **Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите**
206. 2 недели и меньше
207. 4-6 недель
208. более 6 недель
209. до 1 года
210. правильного ответа нет
211. **Для профилактики инфекционного эндокардита при манипуляциях в полости рта и на верхних дыхательных путях целесообразно использовать**
212. амоксициллин или ампициллин
213. эритромицин
214. бисептол
215. любой из перечисленных
216. правильно А и Б
217. **Для профилактики инфекционного эндокардита при урогенетальных вмешательствах и манипуляциях жкт целесообразно использовать**
218. ампициллин с гентамицином
219. оксациллин
220. ванкомицин с гентамицином
221. все перечисленное
222. правильно А и В
223. **Для профилактики инфекционного эндокардита при манипуляциях сопровождающихся риском бактериемии целесообразно использовать**
224. оксациллин
225. эритромицин
226. ампициллин
227. выбор антибиотика зависит от предполагаемого вмешательства с учётом возможной микрофлоры
228. правильно А и В
229. **Причина инфекционного эндокардита у наркоманов**
230. стафилококки
231. стрептококки
232. энтерококки
233. грибки
234. синегнойная палочка

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

Больной П.В., 38 лет. Обратился с Жалобами на ощущение усиленных сокращений сердца, пульсацию в голове, одышку при ходьбе на 100 м, по ночам просыпается от приступа одышки, которая уменьшается в положении сидя. Беспокоит быстрая утомляемость, выраженная слабость, тяжесть в правом подреберье, к вечеру пастозность ног. Похудел на 10 кг.

Из анамнеза: 3 месяца назад удалил зуб. В течение двух месяцев беспокоит повышение температуры до 38 С., одышка при ходьбе появилась месяц назад, одышка по ночам в течение последней недели.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела 38 гр. Кожные покровы бледно-цианотичные, усиленная пульсация сонных артерий. В легких при аускультации в нижних отделах - крепитация. Пульс 90 в мин, altus, celer, magnus. Верхушечный толчок разлитой в 6-м межреберье по передней подмышечной линии. При пальпации определяется пульсация в яремной ямке и эпигастрии. Аускультативно: систолический шум на верхушке, первый тон сохранён. Во II м/р справа, в точке Боткина-Эрба диастолический шум, второй тон ослаблен. АД 140/50 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отёки голеней и стоп.

Перкуторно: расширение левой границы сердца на 3 см влево от левой СКЛ.

ЭхоКГ: аорта в восходящем отделе расширена, створки аортального клапана по краю утолщены, на правой коронарной створке - подвижные вегетации. Митральный клапан не изменен. ЛП 45 мм, ЛЖ 60 мм, МЖП=ЗСЛЖ=9 мм. . ФВ ЛЖ 45%. По допплеру: на аортальном клапане регургитация (+++), на митральном регургитация (++). СДЛА 40 ммр.ст.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

**Задача № 2.**

Больная О., 17 лет, поступила с жалобами на приступообразный кашель, сопровождающийся болями в грудной клетке, фебрильную лихорадку, слабость.

Заболела остро, когда после переохлаждения развился потрясающий озноб с последующим повышением температуры тела до 400 С и проливным потом. Затем присоединился приступообразный сухой кашель. Обратилась за медицинской помощью. На R-графии лёгких выявлена полисегментарная деструктивная пневмония в S2 и S6 правого лёгкого, в связи, с чем госпитализирована. Из анамнеза известно, что в течение 2-х лет злоупотребляет внутривенным введением героина.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела 39 гр. Дыхание ослабленное везикулярное над верхушкой правого лёгкого. ЧД 22 в мин. Перкуторно определяется: левая и верхняя границы не изменены, увеличение правой границы сердца на 1,5 см от правой парастернальной линии. Тоны сердца звучные, ослабление 1 тона на трёхстворчатом клапане, систолический шум на трёхстворчатом клапане. АД 115/70, пульс 96 уд/мин, ритмичный. Размеры печени по Курлову 12-10-10, край печени закруглён, умеренно болезненный при пальпации.

Дополнительные методы исследования:

Общий анализ крови. Hb 100 г/л, эритр. 3,1х 1012/л, лейкоциты 10х109/л, СОЭ 55 мм/час.

R-графия органов грудной клетки: в обоих лёгких до 10 кольцевидных полостей размером от 5 до 10 мм. В проекции S6, S9, S10 справа и S9 слева определяются инфильтративные изменения лёгочной паренхимы.

ЭхоКГ: трикуспидальная регургитация 3 степени, вегетации на трикуспидальном клапане до 11 мм, систолическое давление в лёгочной артерии 35 мм.рт.ст.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Составьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

**Задача № 3**

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40 °С, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40 °С. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4 °С, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м2. Температура тела - 38,9 °С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2 тона на a. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край печени гладкий. Отеки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - 15,8×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м2, СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен S. аureus, чувствительный к Оксациллину, Цефтриаксону.

Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача № 4**

Мужчина 52 лет госпитализирован с приема в поликлинике с жалобами на лихорадку до 39,5 °С, повышенную потливость, озноб, одышку, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 месяца. Вредные привычки: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, в течение 30 лет курит по 1 пачке в день. Около 2,5 месяцев назад перенес экстракцию зуба. Через неделю после манипуляции появились субфебрилитет и повышенная потливость. В течение двух недель лечился народными средствами, на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, повышенная потливость, боли в мышцах и суставах. Еще в течение недели за медицинской помощью не обращался. При обращении в поликлинику по месту жительства при рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. В анализах крови отмечались лейкоцитоз - 14×109/л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. Был назначен Ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранялись повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39 °С с ознобом. При осмотре. Состояние тяжелое. Заторможен. Ортопноэ. Температура тела 39,5 °С. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии легких - звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах. Границы легких в норме. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих руках. ЧСС - 115 удара в минуту. АД - 130/40 мм рт. ст. Пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14×12×10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длиник - 12 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×109/л, палочкоядерные нейтрофилы- 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%. СОЭ - 38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 41,2 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, ревматоидный фактор +.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.

ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Расширение полости левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка - 6,0 см, размер левого предсердия - 5,5 см. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 1,0×0,8 см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

3. Какое самое главное дополнительное исследование необходимо выполнить больному для уточнения диагноза? Как правильно выполнить данное исследование?

4. Назовите основные принципы лечения больного и показания к хирургическому лечению.

5. Какие меры и кому должны были быть предприняты для профилактики развития данного заболевания?

**Задача № 5**

Больная К. 32 лет, библиотекарь, вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на одышку в покое, сердцебиение, повышение температуры, выраженную слабость и потливость.

Месяц назад лечилась у врача-терапевта участкового по поводу ОРВИ, в течение 5 дней принимала Амоксициллин, однако продолжала сохраняться слабость, одышка в покое, ознобы по вечерам, температура тела с субфебрильных возросла до фебрильных цифр (от 37,7 °С до 39,5 °С). Похудела за это время на 5 кг.

История жизни: с детства наблюдается врачом-педиатром участковым по поводу перенесенной в прошлом ревматической болезни. К врачам обращалась редко, чувствовала себя вполне удовлетворительно. Беременность и роды одни. Во время второй половины беременности госпитализировалась по поводу сохранения беременности в связи с заболеванием сердца.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на ощупь горячие, влажные. На коже голеней отмечаются мелкоточечные геморрагические высыпания, умеренная отечность на голенях. Температура тела - 39,1 °С. В легких дыхание везикулярное, в аксиллярных и подлопаточных областях незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 28 в минуту. Пульсация сонных артерий. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, высокий, скорый. АД - 160/40 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 2 см наружи от среднеключичной линии, правая и верхняя в пределах нормы. Ритм сердца правильный, I тон на верхушке ослаблен, II тон над аортой ослаблен. Выслушивается протодиастолический шум с эпицентром в т. Боткина. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, край закруглен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Пальпируется край селезенки. Почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л; эритроциты - 3,14×1012/л; цветовой показатель - 096; СОЭ – 60 мм/ч; лейкоциты -15,1×109/л; эозинофилы - 2%; палочкоядерные нейтрофилы - 10%; сегментоядерные нейтрофилы - 55%; лимфоциты - 28%; моноциты - 5%.

Общий анализ мочи: обычного цвета; удельный вес – 1028; белок - 0,042 г/л; сахар – отсутствует; лейкоциты - 2-5 в поле зрения; эритроциты – 25-30 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин - 0,10 ммоль/л; общий белок -70 г/л; ά1 - 7%; ά2 - 11%; β - 7%; γ - 23%; СРБ - 12 мг/л.

ЭКГ: смещение электрической оси влево, глубокий з. S в V3, высокий з. R в aVL, з.

R V5> з. R V4, слабо (-) з. Т в V1-V6.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Интерпретируйте данные лабораторно-инструментальных методов обследования.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дообследования необходимо провести?
5. Сформулируйте основные принципы лечения.

**Задача № 6**

Больная К., 26 лет, гостиничный менеджер, была переведена из другого стационара вотделение торакальной хирургии с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С, повышенную потливость, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, боли в нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, сухой кашель, ощущение сердцебиения, нарастающее при небольшой физической нагрузке.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Семейный анамнез без особенностей.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет, утверждает, что наркотики не употребляет.

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, безболезненные, 4 беременности, 4 аборта, последний за 2 мес. до начала заболевания.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания. Заболела остро около двух месяцев назад, когда впервые появилась лихорадка до 39 ° с ознобами, повышенной потливостью и слабостью, боли в нижних отделах грудной клетки справа. Расценила свое состояние как проявление ОРВИ, по поводу чего принимала жаропонижающие средства без эффекта. Через 4 дня обратилась в поликлинику по месту жительства. При рентгенографии грудной клетки была выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Амбулаторно принимала азитромицин в адекватной дозе. Несмотря на это, появился сухой кашель, усилились боли в грудной клетке, появилась одышка сначала при умеренной, затем при небольшой физической нагрузке. По поводу этих жалоб бригадой «скорой помощи» была госпитализирована в стационар с диагнозом двусторонняя пневмония, эмпиема плевры справа с деструкцией легочной ткани. В связи с тяжестью состояния

была госпитализирована в отделение интенсивной терапии (ЧД - 32 в минуту, ЧСС - 116 в мин, АД - 80/60 мм рт.ст.). Получала парентеральную терапию гентамицином, ванкомицином, метро-нидазолом, цефтриаксоном. На этом фоне отмечена положительная динамика, однако при контрольной рентгенографии выявлены признаки формирования абсцесса в верхней доле левого легкого, сохраняющейся эмпиемы плевры, пневмонии в нижней доле правого легкого. В связи с этим для обследования и лечения больная была переведена в торакальное отделение.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела - 38,5 °С. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. ЧД - 20 в минуту. При перкуссии грудной клетки выявляется выраженное притупление звука в нижних отделах справа до уровня V ребра, притупление звука в верхних отделах левого легкого. При аускультации: дыхание бронхиальное, в верхних отделах слева - ослабленное, в нижних отделах справа на фоне резкого ослабления дыхания выслушивается крепитация. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см латеральнее правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС - 120 уд/мин, над мечевидным отростком грудины выслушивается нечеткий, дующий систолический шум, который немного усиливается на высоте вдоха с задержкой дыхания. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, дефицита пульса нет. Вдоль кубитальных вен следы инъекций. АД - 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный.

Результаты обследования.

Общий анализ крови: гемоглобин - 103 г/л, лейкоциты - 13,6х109/л, Лейкоцитарная формула: палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 75 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 19 %, моноциты - 4 %. СОЭ - 60 мм/ч. Биохимический анализ крови без особенностей. НО/, HBSAg, реакция Вассермана, ВИЧ отрицательные. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - следы, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения, цилиндров нет.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 115 в минуту, нормальное положение ЭОС, нарушений ритма, проводимости и очаговых изменений не выявлено.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрация в нижней доле правого легкого, уровень жидкости до IV ребра, очаговая инфильтрация в верхней доле правого легкого.

Рентгеновская КТ грудной клетки: в верхней доле левого легкого на фоне инфильтрации имеется неправильной формы воздушная полость с толстыми стенками размерами 2,5x2,0x1,6 см. В нижней доле правого легкого инфильтрация. В задних отделах правой плевральной полости область осумкования размерами 12x9x3 см, содержащая экссудат и воздух, с равномерно утолщенными до 0,5 см плевральными листками. Паренхима задненижних отделов правого легкого частично коллабирована. Камеры сердца не расширены. На трехстворчатом клапане видно образование размерами примерно 22x8 мм, пролабирующее в полость правого желудочка.

ЭхоКГ: пролапс передней створки трикуспидального клапана III степени с перфорацией створки в области пролабирующего сегмента, на котором фиксирована подвижная эхогенная структура размером до 1,2x2,2 см. Признаки трикуспидальной недостаточности II степени.

Чреспищеводная ЭхоКГ: две створки трикуспидального клапана не утолщены, не уплотнены, подвижность нормальная. Отмечается пролабирование среднего сегмента передней створки клапана с перфорационным отверстием 4 мм, пролапс 16 мм - выраженный. Недостаточность трикуспидального клапана III степени. К пролабирующей части створки крепится эхогенное флотирующее образование размером 2,2x1,2 см.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больной.

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

**Задача № 7**

Больная Т., 22 года, поступила в клинику с жалобами на лихорадку до 37-38 °С - по вечерам с ознобами, боли в суставах, слабость, отсутствие аппетита, одышку при минимальной физической нагрузке.

В возрасте 15 лет перенесла острую ревматическую лихорадку с формированием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия. В дальнейшем суставных атак больше не было, в течение нескольких лет проводилась антибиотикопрофилактика. Несмотря на это, отмечала частые ОРВИ, обострения хронического тонзиллита, по поводу чего 4 мес назад была проведена тонзиллэктомия в период ремиссии заболевания. Операция прошла без осложнений, антибиотикотерапия не потребовалась. Около двух недель назад появились субфебрилитет, слабость. Расценила свое состояние как ОРВИ, принимала ацетилсалициловую кислоту. В дальнейшем присоединились боли в суставах, наросла температура, появились ознобы. Два дня назад остро возникли одышка при минимальной физической нагрузке, невозможность спать лежа.

При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Температура тела 38,5 °С. Румянец на скулах, акроцианоз, цианоз губ. Симптом щипка положительный. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии легких - ясный легочный звук с притуплением в нижних отделах. Границы легких в норме. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Сердечный толчок в пятом межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край II ребра, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, в пятом межреберье по левой среднеключичной линии - грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках. ЧСС - 105 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка не пальпируется. Поперечник ее 6 см, длинник - 8 см.

Результаты обследования.

Общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - 15х109/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 75 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 11 %, моноциты - 6 %. СОЭ - 45 мм/ч. Биохимический анализ крови: СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л. Электрофорез белков сыворотки: альбумины - 45 %, а1 - 3 %, а2 - 10 %, р - 8 %, у - 34 %. Титр антигиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300), титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250).

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - следы, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения.

Из крови двукратно высеян зеленящий стрептококк, высокочувствительный к пенициллину.

ЭхоКГ: толщина стенок левого желудочка в норме. Расширение полости левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка 6,0 см, размер левого предсердия 5,5 см. Разрыв хорды задней створки митрального клапана. Митральная регургитация III степени.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больной.

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Какие меры должны были быть предприняты для профилактики развития данного заболевания?

4. Назначьте лечение.

**Задача № 8**

Больная Р., 15 лет, поступила в стационар с жалобами на длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит. Анамнез заболевания: данные жалобы появились после удаления кариозного зуба 4 недели назад. К врачу родители не обращались, проводили лечение самостоятельно жаропонижающими средствами. Однако лихорадка сохранялась, слабость и ухудшение самочувствия нарастали, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

Анамнез жизни: девочка родилась от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов, в физическом и психомоторном развитии не отставала. В возрасте 1 месяца был выслушан систолический шум с эпицентром в III-IV межреберье слева от грудины. После обследования диагностирован дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров, расположенный в мембранозной части субаортально. В дальнейшем самочувствие девочки оставалось хорошим, признаков сердечной недостаточности не наблюдалось, лечение не получала.

При поступлении состояние больной тяжелое, очень бледная, вялая, отмечается одышка в покое до 28 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области III-IV межреберья слева определяется систолическое дрожание, а также диастолическое дрожание во III-V межреберье слева от грудины. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации: в III-IV межреберье слева от грудины выслушивается грубый, скребущего тембра систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 3/4 систолы; шум проводится практически надо всей областью сердца. На аорте и в V точке выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Во II межреберье слева – акцент II тона. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 135/20 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой средне-ключичной линии.

Общий анализ крови: НЬ 105 г/л, эритроциты 4,lx1012/л, лейкоциты 12,0х109/л, п/ядерные 7%, с/ядерные 70%, эозинофилы 3%, лимфоциты 17%, моноциты 3%, СОЭ 40 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес1018, белок - 0,05%о, лейкоциты 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки правого и левого желудочков.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Что явилось предрасполагающим фактором при развитии данного заболевания?

3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?

4. Назовите основные принципы лечения и показания к хирургическому лечению ИЭ.

**Задача № 9**

В стационар поступила больная с жалобами на лихорадку в течении 2 недель до 390, выраженную слабость. В анамнезе с детства врожденный порок сердца – двустворчатый аортальный клапан. Месяц назад при обследовании амбулаторно выявлен вирусный гепатит С. Настоящее заболевание связывает с психо-эмоциональным стрессом – конфликт с мужем.

Объективно: при поступлении: Состояние средней тяжести. Бледная, горячая. Одышка 20 в минуту. При аускультации сердце диастолический шум на аорте и в точке Боткина - Эрба. Ад 120/ 40 мм. рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. Живот, мягкий, безболезненный. Печень +2 см.

В общем анализе крови: Л-18,0х109/л; НВ -100 г/л; СОЭ-57 мм/ч: лейкоцитарная формула п/я-12, с/я-56, лимф.-20, моноц.-12.

На ЭХО – КГ: Двухстворчатый аортальный клапан, рыхлые подвижные вегетации больших размеров на створках аортального клапана, аортальная регургитация 2 ст.

Гемокультура: выделен золотистый стафилококк

На 2 день госпитализации у больной возникла резкая боль правой руке, онемение ее. При осмотре: правая рука холодная, пульс на лучевой артерии не определяется.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз, проведите его обоснование.
2. Назначьте лечение
3. Какое осложнение возникло у больной на 4-й день госпитализации?
4. Ваша тактика в этой экстренной ситуации.

**Задача № 10**

В стационар поступил молодой мужчина 25 лет с жалобами на лихорадку 380С, одышку при ранее адекватной нагрузке, сердцебиение, отеки на ногах. Заболел остро месяц назад с повышения температуры. При обследовании амбулаторно (ФГЛ, УЗИ органов брюшной полости, клинический анализ крови и мочи) причину лихорадки установить не удалось. Госпитализирован.

Обьективно при поступлении: Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. На коже голеней мелкоточечная геморрагическая сыпь, отеки голеней. В легких везикулярное дыхание, незначительное количество влажных хрипов с обеих сторон. Ч.д. =20 в мин.

Границы сердца расширены влево, аускультативно над мечевидным отростком ослабление I тона, грубый систолический шум, проводящийся вверх по левой парастернальной линии до 2 межреберья. АД -120/ 70 мм.рт.ст.

Живот мягкий, б/б. Печень +4 см. Пальпируется увеличенная селезенка.

При проведении ЭХО-КС обнаружено образование, неправильной формы на септальной створке трикуспидального клапана, размерами 0,8 х 0,6

При личной беседе указал на внутривенное введение наркотиков в прошлом, в настоящее время употребление наркотиков отрицает.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какое осложнение инфекционного эндокардита имеется у больного?

На 5 день госпитализации у больного внезапно появилась выраженная боль в левой половине грудной клетке, кровохарканье, удушье. При осмотре синюшный цвет лица, влажные хрипы по всем полям легких, Ад 50/0. В течении 5 мин. несмотря на реанимационные мероприятия летальный исход.

1. Какое осложнение и почему возникло у данного больного.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 8 Перикардиты.**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата ,проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Перикардиты. Определение, классификация. Предрасполагающие факторы..

2. Диагностика. Критерии диагностики.

3. Дифференциальная диагностика.

4. Лечение.

**Тестовые задания**

1. **В норме полость перикарда содержит:**
2. Около 5 мл жидкости.
3. До 50 мл жидкости.
4. 100-200 мл жидкости.
5. 300-500 мл жидкости.
6. **В норме толщина перикарда составляет:**
7. До 0,5 мм.
8. 1-1,5 мм.
9. 5-10мм
10. **В кровоснабжении перикарда принимают участие:**
11. Внутренние грудные артерии и артерии, снабжающие кровью диафрагму.
12. Артерии, кровоснабжающие щитовидную железу.
13. Бронхиальные артерии.
14. Пищеводные и медиастиальные артерии.
15. Все перечисленные
16. **Основными функциями перикарда являются**:
17. Предохранение сердца от чрезмерного растяжения.
18. Фиксация сердца
19. Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме.
20. Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения.
21. Все перечисленное
22. **Наиболее частой причиной сдавливающего (констриктивного) перикардита у лиц молодого возраста является:**
23. Туберкулез.
24. Сифилис.
25. Ревматизм.
26. Ранения перикарда.
27. Системные заболевания соединительной ткани
28. **К асептическим поражениям перикарда следует отнести:**
29. Перикардиты при заболеваниях крови.
30. Перикардиты при злокачественных опухолях.
31. Аллергическое или аутоиммунное поражение миокарда.
32. Все перечисленные формы.
33. Ничего из перечисленного
34. **В острой стадии перикардита происходит:**
35. Выпадение нитей фибрина.
36. Накопление экссудата.
37. Ничего из перечисленного.
38. Все перечисленное
39. **При хроническом перикардите:**
40. Происходит разрастание грануляционной ткани.
41. Формируются спайки между листками перикарда.
42. Происходит облитерация полости перикарда.
43. Имеет место все перечисленное
44. **"Парадоксальный пульс" - это:**
45. Исчезновение пульса или уменьшение его наполнения при вдохе.
46. Низкая амплитуда пульсовой волны на периферических артериях при высокой амплитуде его на магистральных сосудах.
47. И то, и другое.
48. Ни то, ни другое
49. **Причиной "пародоксального пульса" при перикардите является:**
50. Резкое снижение сердечного выброса на вдохе.
51. Повышение сердечного выброса на выдохе.
52. Нарушения ритма.
53. Все перечисленное.
54. Правильного ответа нет
55. **Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:**
56. Лучше выслушивается в положении сидя.
57. Не связан с дыханием.
58. Усиливается при надавливании стетоскопа.
59. Выслушивается в систолу и диастолу.
60. Все ответы правильные
61. **Шум трения перикарда можно выслушать:**
62. В межлопаточном пространстве.
63. Над всей зоной абсолютной тупости сердца
64. На небольшом участке в IV межреберье слева.
65. Все ответы правильные.
66. Правильного ответа нет
67. **Для болевого синдрома при остром перикардите не характерны:**
68. Тупой, давящий характер боли.
69. Продолжительность боли более 30 минут.
70. Локализация болей за грудиной.
71. Уменьшение боли после приема нитроглицерина.
72. Зависимость боли от дыхания, движения, глотания, положения тела
73. **При экссудативном перикардите может наблюдаться:**
74. Одышка.
75. Глухость тонов сердца
76. Расширение границ сердечной тупости.
77. Тахикардия и парадоксальный пульс.
78. Все перечисленное
79. **Для экссудативного перикардита не характерны:**
80. Вынужденное положение тела "поза глубокого наклона".
81. Застойные явления в большом круге кровообращения.
82. Брадикардия.
83. Бронхиальное дыхание в связи со сдавлением легких.
84. Парадоксальный пульс
85. **При тампонаде сердца наблюдается:**
86. Резкая одышка.
87. Цианоз.
88. Тахикардия.
89. Нитевидный пульс.
90. Все перечисленное
91. **Туберкулезный перикардит часто сочетается с поражением:**
92. Плевры.
93. Брюшины.
94. И того, и другого.
95. Ни того, ни другого
96. **При туберкулезном перикардите может наблюдаться:**
97. Специфическое воспаление перикарда с выпотом.
98. Развитие спаечного процесса.
99. Обызвествление.
100. Все перечисленное
101. **В жидкости взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом преобладают:**
102. Эозинофилы.
103. Моноциты.
104. Лимфоциты.
105. Лейкоциты.
106. Эритроциты
107. **При бактериальном перикардите инфекция проникает в перикард:**
108. Прямым путем при травмах грудной клетки.
109. Гематогенным путем при сепсисе.
110. Контактным путем из соседних органов.
111. При прорыве абсцесса миокарда в полость перикарда.
112. Всеми перечисленными путями
113. **Достоверным признаком вирусной этиологии перикардита могут служить:**
114. Особенности клинического течения.
115. Отсутствие признаков воспалительного процесса со стороны крови.
116. Обнаружение вируса в перикардиальной жидкости или увеличение титра антител к ним в крови.
117. Все перечисленное
118. **При констриктивном (сдавливающем) перикардите может наблюдаться:**
119. Набухание шейных вен.
120. Цианоз.
121. Асцит.
122. Отеки ног.
123. Все перечисленное
124. **Ранним признаком уремического перикардита является:**
125. Появление шума трения перикарда.
126. Быстрое накопление жидкости в полости перикарда.
127. Быстрое нарастание явлений сердечной недостаточности
128. **У больного с гнойным перикардитом необходимо:**
129. Обеспечение эвакуации экссудата из полости перикарда.
130. Промывание полости перикарда стерильным физраствором.
131. Введение в полость перикарда антибиотика.
132. Все перечисленное
133. **У больных с перикардитом могут быть использованы:**
134. Ацетилсалициловая кислота.
135. Глюкокортикоиды.
136. Индометацин.
137. Любой из перечисленных препаратов
138. **Для лечения больных со злокачественной опухолью перикарда можно применять:**
139. При необходимости повторные пункции перикарда.
140. Введение в перикард цитостатиков и глюкокортикоидов.
141. В некоторых случаях лучевую терапию.
142. Все перечисленное
143. **Жизненно важным показанием для пункции перикарда является:**
144. Нарастание явлений тампонады сердца
145. Подозрение на гнойный характер экссудата.
146. И то, и другое.
147. Ни то, и ни другое
148. **При физикальном обследовании больных с выпотным перикардитом может отмечаться**:
149. Ослабление дыхания ниже угла левой лопатки.
150. Усиление голосового дрожания ниже угла левой лопатки.
151. Приглушение тонов сердца
152. Все перечисленное.
153. Правильно а) и в
154. **Признаком тампонады при физикальном обследовании является:**
155. Систолический шум.
156. Альтернирующий пульс.
157. Парадоксальный пульс.
158. Все перечисленное.
159. Правильно а и в
160. **Причиной выпота в перикарде может быть:**
161. Микседема.
162. Заболевания соединительной ткани.
163. Опухоли.
164. Заболевания крови.
165. Все перечисленное.

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Пациент К., 1971 г. р., житель сельской местности поступил по направлению терапевта по месту жительства вследствие обнаружения на ЭКГ частой политопной полиморфной экстрасистолии.

Жалобы. Субъективно пациент предъявлял жалобы на общую слабость, потливость, тупые боли в грудной клетке, постоянное сердцебиение, ощущения перебоев в работе сердца, которые вызывали существенный дискомфорт и возникали независимо от физической нагрузки или психоэмоционального напряжения. Кроме того, пациента беспокоила выраженная одышка в покое, которая значительно усиливалась при незначительной физической нагрузке. Кашель на момент пребывания в клинике пациента не беспокоил.

Анамнез. Ранее пациент обследован не был и за медицинской помощью не обращался. Из анамнеза жизни известно, что пациент 2 года пребывал в местах лишения свободы. На момент поступления в клинику передвигался с помощью костылей по причине ограничения подвижности правого тазобедренного сустава неясного генеза.

Объективные данные. Общее состояние пациента соответствовало средней степени тяжести. Перкуссия и аускультация легких не выявили специфических очаговых признаков. Обращало внимание значительное увеличение границ сердечной тупости по всем трем перкуторным границам сердца и резкая глухость сердечных тонов, что существенно снижало информативность аускультации.

Артериальное давление (АД) 100/70 рт. ст. на обеих руках, частота сердечных сокращений 110 уд/мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступала на 4 см из-под края реберной дуги, край твердый, закруглен. Сигмовидная кишка пальпировалась в виде тяжа диаметром в 2 см.

Данные лабораторных и дополнительных исследований. Данные общеклинических лабораторных исследований существенных отклонений от нормы не выявили. Исключение составляло повышение СОЭ до 30-40 мм/ч, повторяющееся при повторных исследованиях общего анализа крови. Биохимическое исследование печени и почек патологии не выявило.

На ЭКГ регистрировались тахикардия в пределах 100-120 уд/мин, снижение вольтажа зубцов во всех отведениях с их альтернацией, характерные признаки гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца, сопровождающиеся частой политопной полиморфной суправентрикулярной и правожелудочковой экстрасистолией

На ЭхоКГ - следующие характерные нарушения:

• наличие большого количества жидкости (расчетный объем около 1900 мл) в полости перикарда с характерными признаками хронической тампонады сердца

- диастолический коллапс левых отделов, застойная нижняя полая вена

**Задания:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить?
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика лечения данного пациента.

**Задача №2**

Больной П. 40 лет при поступлении предъявлял жалобы на боли в левой половине грудной клетки, спине, одышку, сердцебиение, тянущее ощущение в области глотки при глотании. В марте текущего года (за три месяца до поступления) - перенес тяжелую левостороннюю пневмонию, в апреле появились острые боли в сердце, температура, тахикардия, нарастала одышка. Лечился амбулаторно с диагнозом плевропневмония, однако одышка сохранялась, появился асцит. При осмотре - общее состояние средней степени тяжести, Одышка 20-22 в минуту, тахикардия 102 в минуту, температура тела нормальная. Невыраженный асцит, тоны сердца глухие, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, безболезненная. На ЭКГ: снижение вольтажа зубцов R, отрицательные зубцы Т. На ЭХОКГ - яркий контур незначительно увеличенного в размере сердца, эхонегативное пространство -8-10мм, выражена гипокинезия всех отделов сердца.

**Задания:**

Поставьте диагноз и определите тактику лечения.

**Задача №3**

Больная Т., 53 года, жительница сельской местности поступила с жалобами на одышку, боли в эпигастральной области, утомляемость, увеличение живота. Из анамнеза: боли беспокоят в течение 6 лет. За это время лечилась с диагнозом хронический гастрит, язвенная болезнь желудка (на ФГДС язвы не обнаружено). Была проведена аппендэктомия, однако боли продолжались, в текущем году обнаружено увеличение лимфатических узлов брыжейки. С подозрением на туберкулез госпитализирована.

При осмотре - состояние стабильное, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, вены шеи пульсируют. Асцита, отеков нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. При рентгенологическом исследовании установлено наличие известковых отложений по диафрагмальной поверхности сердца и по передней поверхности правого желудочка. Отсутствие пульсации правого контура сердца.

**Задания:**

Поставьте диагноз и определите тактику лечения.

**Задача №4**

В клинику поступила больная Н.,33 лет с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, тупые боли в области сердца, усиливающиеся при запрокидывании головы и уменьшающиеся при коленно-локтевом положении, затруднение глотания, сухой лающий кашель, изменение голоса (осиплость). Из анамнеза: только что перенесла грипп на «ногах». При осмотре у больной обнаружено увеличение границ относительной сердечной тупости, парадоксальный пульс, резкое снижение АД на вдохе, набухание шейных вен на вдохе. При аускультации на вдохе выслушивается шум трения перикарда. На рентгенограмме - шаровидная тень сердца со сниженной амплитудой сокращений.

**Задания:**

Поставьте диагноз, определите этиологию и тактику лечения.

**Задача №5**

Молодая женщина 22 года поступила в клинику с жалобами на боли в мелких суставах рук и ног, болезненность в коленных суставах при движении. Считает себя больной 9 дней. В клинике установлено, что больная переносит вторую атаку ревматизма. Первый приступ ревматической лихорадки был в 17 лет, когда после перенесенной ангины и эндокардита у больной сформировался компенсированный митральный порок сердца с преобладанием недостаточности.

При поступлении в клинику со стороны сердца - картина порока при наличии значительной тахикардии (128 в минуту) На 6й день пребывания в клинике больная стала отмечать режущую боль вдоль пищевода при глотании. Вместе с этим посвился нежный перикардиальный шум по правому краю относительной сердечной тупости. Температура до 39С. Спустя два дня перикардиальный шум становится грубым, захватывая почти всю грудину. У больной появилась стойкая икота, неоднократная рвота.

После назначенного лечения спустя 3 дня все симптомы купировались. В дальнейшем течение болезни было нормальным.

**Задания:**

* 1. Поставьте предварительный диагноз
  2. План обследования в плане дифференциальной диагностики
  3. Тактика лечения пациентки.
  4. Причины стойкой икоты и рвоты.
  5. Чем обусловлен шум трения листков перикарда?

**Задача №6**

Больной 42 лет жалуется на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 2 недель назад 3 дня находился на больничном листе с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция». 5 дней назад вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, потом появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приемом Анальгина. последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром по совету тещи принял 2 таблетки Фуросемида, выделил около 1,5 литров мочи. состояние резко ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести. В сознании. Лежит низко. Голени пастозны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 22 в минуту, шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений - 128 в минуту. Ритм правильный, АД - 110/70 мм рт. ст., при обычных цифрах - 130/80 мм рт. ст. На вдохе величина систолического давления снижается на 15 мм рт. ст. Печень + 4 см, чувствительна при пальпации. На ЭКГ синусовая тахикардия. Амплитуда желудочкового комплекса во всех отведениях снижена, зубец Т во всех отведениях сглажен.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Задача №7**

Больной Г., 70 лет, поступил с диагнозом распространенный передний инфаркт миокарда с зубцом Q,. На 15-й день болезни перевели в реабилитационное отделение. У больного на 17-й день болезни появились жалобы на непродуктивный кашель, затрудненное дыхание, умеренную одышку смешанного характера, «дистанционные» влажные хрипы, умеренные ноющие боли в левом плече-лопаточном суставах (указывал лишь при прицельном расспросе) и чувство дискомфорта за грудиной. При аускультации выявлен грубый шум трения перикарда, усиливающийся в положении сидя и наклоне вперед и не выслушивающийся в положении стоя и лежа. Слева ниже угла лопатки появилось большое количество мелко- и средне-пузырчатых хрипов. В анализе крови лейкоцитоз 13,8×10 9 /л, палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные 83%, эозинофилы 1%, моноциты 6%, лимфоциты 6%, СОЭ- 38 мм/ч, фибриноген 6,0 г/л. Рентгенограмма органов грудной клетки- на фоне выраженных явлений двустороннего застоя, отек легких справа в верхней зоне, слева в средней и базальной зонах выявлено снижение пневматизации за счет инфильтрации. Корни легких широкие, бесструктурные, в левом костно-диафрагмальном синусе имеются выпот. Границы сердца расширены.

**Вопросы:**

1. Назовите осложнение острого инфаркта у больного.

2. Какое лечение следует назначить данному больному?

**Задача №8**

Больной, 25 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли давящего характера в области сердца, продолжающиеся в течение 2 сут, усиливающиеся при дыхании и лежа в постели на спине, повышение температуры тела до 38 °С, озноб, потливость, слабость.

Около 2 недель назад до появления вышеописанных жалоб после переохлаждения появился кашель, насморк, к врачу не обращался, работал.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, зев чистый, гиперемии нет, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧД -20 в минуту. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет.

Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. Тоны сердца ясные, в четвертом межреберье слева по парастернальной линии прослушивается на ограниченном участке «скребущий» шум, усиливающийся на вдохе и при надавливании стетоскопом. Пульс - 128 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Отеков нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования больного.

3. Какие результаты, подтверждающие диагноз, вы ожидаете получить?

4. Составьте план лечения.

5. Каков прогноз заболевания?

**Задача №9**

Больная А., 44 года. Жалуется на длительные, многочасовые, загрудинные боли, не связанные с физической нагрузкой, не купирующиеся нитроглицерином, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед, отечность, зябкость, слабость, снижение памяти, боли в спине и суставах, запоры. Заболевание начало развиваться около 5 лет назад после простуды. Безуспешно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита, затем анемии.

Объективно: рост 170 см, масса тела — 86 кг. Кожа бледная сухая, с мраморным оттенком, шелушится. Определяется плотный отек лица, туловища, стоп, кистей. Больная малоподвижна, безразлична, голос низкий. Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы отсутствуют. Пульс - 54 в мин, ритмичный, АД — 130/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости смещены влево вниз на 3,5 см, влево вверх на 2.0см, вправо вниз на 2 см., тоны приглушены. Пальпация органов брюшной полости затруднена из-за плотного отека передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы снижены, время ахиллова рефлекса увеличено.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - 3,5 х 1012, Нв - 64 г/л, ЦП - 0,6, Лейкоциты - 3,4 х 109, П - 2, С - 66, Л - 24, М - 8, СОЭ - 24 мм/ч.

ОАМ. Реакция - нейтральная, Уд. плотность - 1015. Прозрачность - неполная.

Белок - 0, 033 г/л. Эп. кл. - един. Лейк. - 1- 2 в п/зр, Эр. - нет.

К-во холестерина в сыворотке - 10,5 ммоль/л,  -липопротеиды - 6,5 ммоль/л

Креатинин сыворотки крови - 0,088 ммоль/л, АlАt - 0,3 мкмоль/ч-л, АsАt - 0,4 мкмоль/ч-л

Общий белок — 75 г/л, Альбумины - 50 г/л,  1 глобулины - 4,0 г/л

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения больного

**Задача №10**

Больной, 42 года, поступил в стационар с жалобами на одышку при нагрузке и в покое, сердцебиение, слабость, возникающую при незначительной физической нагрузке, снижение трудоспособности, тяжесть в правом подреберье, потерю веса.

В 30-летнем возрасте лечился по поводу туберкулеза легких. Считает себя больным около года, когда стали появляться одышка, сердцебиение при физической нагрузке. Последние 2 мес. самочувствие ухудшилось, усилилась одышка. Беспокоит быстрая утомляемость, значительное снижение трудоспособности. Проводимое лечение сердечными гликозидами, мочегонными эффекта не принесло.

Объективно: пониженного питания, бледен, цианоз губ, ушей. Число дыханий - 24в минуту в покое, 30 в минуту - при незначительно физической нагрузке (5 приседаний). Набухание шейных вен. В легких перкуторно - легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у левого края грудины, левая - на 2 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - нижний край 3 ребра по парастернальной линии. Тоны сердца глухие. Пульс - 108 в минуту. Ритм правильный. АД - 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Анализ крови: Hb - 120 г/л, лейкоциты - 8,8х109/л, палочкоядерные - 3 %, сегментоядерные -73 %, лимфоциты - 15 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 15 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность - 1015, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, билирубин - 20 ммоль/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, мочевина - 8,8 ммоль/л, креатинин - 127 ммоль/л, калий - 4,5 мэкв/л.

УЗИ органов брюшной полости: правая доля печени увеличена на 5 см, диффузно-неоднородной структуры, умеренное расширение воротной вены, селезенка не увеличена, небольшое количество жидкости в брюшной полости.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, в прикорневых зонах множественные петрифекаты, очаги Гона справа, междолевые шварты справа. Границы сердца в пределах нормы, по правому контуру сердечной тени определяется кольцеобразное обызвествление сердечной сорочки, снижение пульсации.

ЭКГ: ритм синусовый, двугорбые зубцы Р, амплитуда QRS снижена, отрицательный зубец Т во II, III, aVF, V1-V3 отведениях.

ЭхоКГ: утолщение, сращение, кальциноз перикарда, ограничение движений задней стенки левого желудочка.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Что послужило причиной данного заболевания?

3. Тактика ведения больного.

4. Показания к хирургическому лечению.

**Эталон ответа:**

1 Констриктивный перикардит.

2. Туберкулез легких.

3. Консультация хирурга для решения вопроса о проведении перикардэктомии.

4. Показание к операции - признаки нарушения кровообращения и венозного кровотока.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 9 Дифференциальная диагностика при сердечных шумах (приобретенные и врожденные пороки сердца)**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятие функциональных и органических шумов в сердце, механизм возникновения шума. Характеристика систолического и диастолического шумов в сердце.
2. Особенности нарушений гемодинамики, клиники, инструментальной диагностики при приобретенных и врожденных пороках с систолическим шумом.
3. Дифференциальная диагностика приобретенных и наиболее часто встречающихся врожденных пороков сердца, характеризующихся появле­нием систолического шума.
4. Особенности нарушений гемодинамики, клиники, инструментальной диагностики при приобретенных и врожденных пороках с диастолическим шумом.
5. Дифференциальная диагностика приобретенных и наиболее часто встречающихся врожденных пороков сердца, характеризующихся появле­нием диастолического шума
6. Значение инструментальных методов исследования в дифференци­альной диагностике пороков сердца(неинвазивные и инвазивные мето­ды). Информативность ультразвуковых методов исследования в определении причин шумов в сердце.
7. Показания и виды хирургического лечения при пороках сердца
8. Особенности ведения беременности и родов у больных с пороками сердца)

**Тестовые задания**

1. **Какой из клинических симптомов не характерен для недостаточности митрального клапана**
2. ослабление 1 тона,
3. хлопающий 1 тон
4. систолический шум на верхушке и в т. Боткина
5. акцент 2 тона над легочной артерией
6. **Аускультативная картина при митральном стенозе не включает в себя признаки:**
7. усиленный (хлопающий) I тон
8. следующий за II тоном тон открытия митрального клапана
9. диастолический шум с максимумом на верхушке
10. систолический шум с максимумом на верхушке
11. **В норме площадь митрального отверстия составляет кв. см.**
12. 4–6 ,
13. 3-4
14. 6-8
15. 1-2
16. **Причинами легочной гипертензии при митральных пороках, в том числе митральном стенозе, служат:**
17. пассивная передача давления из левого предсердия в систему легочных вен;
18. спазм легочных артериол в ответ на повышение давления в легочных венах;
19. отек стенок мелких легочных сосудов;
20. облитерация легочных сосудов с повреждением эндотелия
21. все вышеперечисленное
22. **Для стеноза устья аорты не характерно:**
23. Хлопающий 1 тон
24. Грубый систолический шум в точке Боткина и втором межреберье справа от грудина
25. Систолическое дрожание в точке Боткина и втором межреберье справа от грудина
26. Иррадиация шума на сосуды шеи
27. **Диастолическое дрожание в третьем-четвертом межреберье слева от грудины характерно для**
28. аортального стеноза
29. митрального стеноза
30. ДМЖП
31. недостаточности трехстворчатого клапана;
32. недостаточности митрального клапана;
33. **Пульс tardus, parvus характерен для:**
34. недостаточности трехстворчатого клапана;
35. недостаточности митрального клапана;
36. недостаточности аортального клапана;
37. стеноза устья аорты;
38. митрального стеноза.
39. **Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:**
40. недостаточности митрального клапана;
41. митрального стеноза;
42. недостаточности аортального клапана;
43. стеноза устья аорты;
44. недостаточности трехстворчатого клапана.
45. **Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:**
46. дилатация правого предсердия;
47. дилатация правого желудочка;
48. гипертрофия правого желудочка;
49. дилатация левого желудочка;
50. гипертрофия левого желудочка.
51. **Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации**:
52. правого предсердии;
53. правого желудочка;
54. левого предсердия;
55. левого желудочка;
56. левого предсердия и правого желудочка.
57. **Кровохарканье чаще всего наблюдается при:**
58. недостаточности митрального клапана;
59. митральном стенозе;
60. недостаточности аортального клапана;
61. стенозе устья аорты;
62. недостаточности трехстворчатого клапана.
63. **Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно для:**
64. недостаточности митрального клапана;
65. недостаточности аортального клапана;
66. митрального стеноза;
67. стеноза устья аорты;
68. недостаточности трехстворчатого клапана.
69. **Усиление систолического шума в области нижней трети грудины в конце форсированного вдоха типично для:**
70. недостаточности митрального клапана;
71. митрального стеноза;
72. недостаточности аортального клапана;
73. стеноза устья аорты;
74. недостаточности трехстворчатого клапана;
75. **ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка наблюдаются при всех перечисленных пороках, кроме:**
76. недостаточности митрального клапана;
77. недостаточности аортального клапана;
78. митрального стеноза;
79. стеноза устья аорты;
80. **Основными этиологическими факторами митрального стеноза являются:**
81. Ревматизм
82. Инфекционный эндокардит
83. Хронический вальвулит
84. Дегенеративная кальцификация фиброзного кольца
85. Обструкция левого атриовентрикулярного отверстия опухолью
86. Все вышеперечисленное
87. **Причинами приобретенной митральной регургитации являются:**
88. Воспалительные поражения створок митрального клапана (ревматизм, СКВ)
89. Дегенеративные изменения створок (кальцификация фиброзного кольца, миксоматозная дегенерация)
90. Инфекционный эндокардит
91. Нарушение целостности хордального аппарата
92. Дилатация фиброзного кольца митрального клапана
93. Гипертрофическая кардиомиопатия
94. Дисфункция протеза
95. Все вышеперечисленное
96. **Наиболее информативным методом выявления митральной, аортальной и трикуспидальной регургитации и ее выраженности является:**
97. Электрокардиография
98. Рентгенография грудной клетки в 3 проекциях с контрастированием пищевода
99. Допплерография
100. Одномерная и двухмерная эхокардиография
101. фонокардиография
102. **Для определения степени выраженности митрального стеноза оценивают:**
103. Площадь отверстия митрального отверстия
104. Максимальный градиент давления между левым предсердием и желудочком в диастолу
105. Средний градиент давления между левым предсердием и желудочком в диастолу
106. Все вышеперечисленное
107. **К периферическим симптомам недостаточности аортального клапана не относится:**
108. Низкое диастолическое давление
109. Высокое диастолическое давление
110. Двойной тон Траубе
111. Двойной тон Дюрозье
112. Капиллярный пульс
113. **На каких клапанах сердца при проведении эхокардиографического исследования можно зарегистрировать физиологическую регургитацию на:**
114. аортальном клапане
115. аортальном и трикуспидальном клапанах
116. аортальном и митральном клапанах
117. митральном, трикуспидальном и легочном клапанах
118. легочном клапане

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больной 36 лет до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, работал. В течение года после значительной физической нагрузки отмечает сердцебиение, одышку. Дважды кратковременная потеря сознания. Обратился в поликлинику. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульсация сосудов шеи. Перкуссия сердца - границы относительной сердечной тупости смещены влево. При аускультации сердца ритм правильный, грубый интенсивный систолический шум во II межреберье справа от грудины, в точке Боткина, проводится на сосуды шеи. АД - 110/95 мм рт. ст. По данным электрокардиограммы: высокий зубец R в I, aVL, V5,V6, переходная зона смещена к правым грудным отведениям (V2 - V3), QRS 0,12 секунд.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Определите объем обследования пациента в амбулаторных условиях с целью уточнения диагноза и дальнейшую тактику ведения.

3 Укажите возможные виды интервенционного лечения для коррекции порока у больного

4. Решите вопрос о возможности санаторно-курортного лечения для данного пациента.

5. План дальнейшего обследования

**Эталон ответа:**

1. Стеноз устья аорты.

2. Необходимо провести дообследование: ЭхоКГ, обзорную рентгенографию грудной клетки, клинический минимум.

Направить к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для решения вопроса о возможности хирургической коррекции данного порока.

3. Для устранения данного порока, в случае интервенционного лечения, возможны применяют несколько видов операций.

* Аортальная балонная вальвулопластика. Для расширения просвета аорты и собственного клапана в него вводят специальный баллон.
* Пластика клапана. При выраженном стенозе проводят рассечение измененных структурных элементов клапана.

**Задача № 2**

Больная И., 34 лет, доставлена в клинику в бессознательном состоянии. Из опроса родственников установлено, что с 10-летнего возраста страдает ревматизмом. Замужем, имеет одного ребенка, вторая беременность прервана 6 месяцев назад в сроке 8 недель.

Объективно: без сознания, определяются явления левостороннего гемипареза. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая —по левой срединноключичной линии. Тоны аритмичные, на верхушке звучность I тона варьирует, периодически - “хлопающий”, во 2-м межреберье справа II тон ослаблен, выслушивается систолический шум, проводящийся на сосуды шеи. ЧСС - 88 в мин, пульс аритмичный, 76 в мин, АД - 100/60 мм рт. ст. Печень выступает из подреберья на 2 см. Голени пастозны.

ОАК. Эр. - 3,2 х 1012, Нв - 115 г/л, ЦП - 0,86, Лейкоциты - 1,2 х 109, П - 6, С - 54, Л - 32, М - 8, СОЭ - 31 мм/ч.

Глюкоза крови - 5,2 ммоль/л.

Сиаловая проба - 0,29 ед. Дифениламиновая - 0,394 ед. СРБ - +++

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз

2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

**Задача № 3**

К терапевту женской консультации акушер - гинеколог направил беременную К., 19 лет, предъявляющую жалобы на сердцебиение и одышку при незначительной физической нагрузке (ходьбе). Беременность первая, срок — 16 недель. В анамнезе частые ангины, последняя около 6 месяцев назад. В школе была освобождена от уроков физкультуры из-за сколиоза.

Объективно: невысокая, хрупкая, кожные покровы бледные. акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное, единичные сухие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая — 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны ритмичные, на верхушке I тон “хлопающий”, в диастоле выслушивается дополнительный тон, диастолический шум, в систолу, здесь же- систолический шум, проводится в подмышечную область. В третьей точке аускультации акцент II тона, ЧСС - 85 в мин, АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс ритмичный, на левой лучевой артерии наполнение и напряжения слабее, чем на правой. Печень выступает из подреберья на 1 см. Голени пастозны.

Терапевт направил пациентку на ЭКГ, женщина пешком поднялась на 4-й этаж. сидя в очереди и слушая обычный в женской консультации разговор соседок о тяжелых и неудачных родах, больная внезапно начала задыхаться, дыхание стало поверхностным, шумным, ЧД - 30 в мин, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧСС - 124 в мин, АД - 90/65 мм рт. ст.

ОАК. Эр. - 3,3 х 1012, Нв - 110 г/л, ЦП - 0,8, Тромбоциты - 18,0 х 1010, Лейкоциты - 7,2 х 109, Э - 2, П - 6, С - 61, Л - 21, М - 10, СОЭ - 31 мм/ч.

Сиаловая проба - 0,34 ед., Дифениламиновая - 0,28 ед., СРБ - ++

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

3. Окажите неотложную помощь и определите дальнейшую тактику терапевта.

**Задача № 4**

20-летний студент обратился в поликлинику с жалобами на сильную головную боль, головокружение, сердцебиение. Подобные состояния периодически возникают с 10-12-летнего возраста, в школе был освобожден от физкультуры с диагнозом НЦД.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, физическое развитие хорошее, несколько диспропорциональное (мышцы нижних конечностей развиты хуже), пульсируют подключичные артерии. В легких везикулярное дыхание, пульс 98 в мин напряженный, . АД — 170/110 мм рт. ст. Верхушечный толчок разлитой, усилен. Границы сердца: правая — край грудины, верхняя — третье межреберье, левая — 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. На верхушке короткий систолический шум, на аорте акцент II тона, грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточную область Живот мягкий, безболезненный.

ОАК. Эр.- 4,0 х 1012, Нb-140 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - 5,7 х 109, С.- 65, Л - 25, М - 10, СОЭ - 9 мм/ч.

**Задание:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения

**Задача № 5**

Больной 28 лет

С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.

Объективно: ЧСС = 80 уд\мин., АД = 120\80 мм ртст . При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд\мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.

ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4.4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

**Задание:**

1. Сформулируйте развернутый диагноз пациента.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
3. Тактика медикаментозного лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

**Задача № 6**

Мужчина 39 лет

В течение 5 лет отмечал небольшую одышку, сердцебиение. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда на фоне гриппа с высокой температурой и кашлем появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, сердцебиение.

В анамнезе - хронический тонзиллит, в 19 лет - тонзиллэктомия.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧД = 26 в мин. ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 30 в мин.. АД = 100/60 мм рт. ст.. Температура тела 37,4 . Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум. Акцент 11 тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Отечность голеней и стоп.

В крови СОЭ 37 мм/час, лейкоциты 11,2 х 109, С-реактивный белок - (++++).

**Задание:**

1.Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.

2.Опишите ожидаемые ЭХОКГ результаты при данном диагнозе.

**Задача № 7**

Мужчина 43 лет

Жалобы на одышку, сердцебиение, резкую слабость, отсутствие аппетита, периодические ознобы с повышением температуры тела до 38,5. В течение многих лет ставили диагноз «какого-то порока сердца». Однако, длительное время к врачам не обращался, чувствуя себя здоровым. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. В анамнезе - хронический тонзиллит с частыми ангинами.

Объективно: выраженная бледность кожных покровов. На коже мелкие геморрагические высыпания. Температура тела 37,9. ЧСС=95 уд\мин.. АД = 140\30 мм рт. ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. В точке Боткина выслушивается диастолический шум, на аорте систолический шум, трехчленный ритм и ослабление 1 тона на верхушке, ослабление 11 тона на аорте. Аускультация легких - без особенностей. Печень и селезенка пальпаторно увеличены в размерах, слегка болезненны при пальпации. Периферических отеков нет.:

Анализ Крови: эритроциты 2,9 х 1012, Нв 108 г/л, ,лейкоциты 5,1 х 109, СОЭ 52 мм\час.

**Задание:**

1. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Краткосрочная и долгосрочная тактика лечения пациента.

**Задача № 8**

Мужчина 29 лет.

Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако, нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт. ст..), в связи с чем был освобожден от службы в Армии. Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе.

Объективно: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм рт. ст., S = D, АД на нижних конечностях 160/100 мм рт ст., S = D. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХОКГ: ЛП=3,2 см, КДР=5,0 см, КСР=3,2 см, Тмжп=1,2 см, Тзс=1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено.

**Задание:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения

**Задача № 9.**

Больной Г. 26 лет на приѐме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке. В анамнезе - частые ангины в детстве. В возрасте 12 лет у больного был эпизод болей в коленных суставах в течение недели. На фоне приема Диклофенака боли прошли через 1 неделю. В течение последних трех лет отмечает ухудшение переносимости физических нагрузок из-за одышки. Толерантность к нагрузкам резко снизилась за последние 6 месяцев: одышка стала возникать при ходьбе с обычной скоростью. К врачам не обращался. Неделю назад отметил приступ частого неритмичного сердцебиения, купировавшийся самостоятельно через 5 часов. При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ, кончика носа, «румянец» щек, в легких хрипов нет, ЧДД - 24 в минуту, перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке - трехчленный ритм, хлопающий первый тон, диастолический шум. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень: +2 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

**Вопросы:**

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Определите и обоснуйте наиболее вероятную причину заболевания у пациента.

3. Чем обусловлен трехчленный ритм, выявленный при аускультации пациента?

4. Что Вы ожидаете выявить у пациента при ультразвуковом исследовании сердца?

5. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику.

**Задача № 10.**

Больная 29 лет жалуется на резкую одышку, заставляющую ее принимать вынужденное положение сидя, кашель с отделением мокроты, диффузно окрашенной свежей кровью. Наблюдается у врача-терапевта участкового по поводу заболевания сердца. Около 5 лет отмечает одышку при физической нагрузке, периодический кашель, сухой или со скудным количеством светлой мокроты. Иногда замечала в мокроте прожилки крови. Накануне поступления в больницу работала физически. Ночью проснулась из-за приступа удушья и бригадой скорой помощи доставлена в стационар. Объективно: состояние тяжелое. Румянец на щеках. Выраженный цианоз губ и языка. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в минуту. При аускультации сердца ритм правильный, 88 в минуту, хлопающий 1 тон и щелчок открытия митрального клапана на верхушке, акцент 2 тона на легочной артерии, диастолический шум с пресистолическим усилением на верхушке и в 5 точке. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое медикаментозное лечение следует назначить данному больному?

4. Укажите, показано ли хирургическе лечение и возможно ли использование рентгенэндоваскулярных методов хирургической коррекции предполагаемого порока.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 10 Дифференциальная диагностика и лечение при ОСН и ХСН**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Острая сердечная недостаточность: определение, классификация, этиология, патогенез.

2. Отек легких: определение, основные клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

3. Хроническая сердечная недостаточность: определение, классификация, причины и механизмы развития при различных состояниях.

4. Лабораторная (BNP, NT-proBNP) и инструментальная (ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, КТ, МРТ, КАГ, ТШХ) диагностика хронической сердечной недостаточности.

5. Современные принципы профилактики и лечения хронической сердечной недостаточности (диета, физическая активность, медикаментозная терапия, электрофизиологические, хирургические и механические методы лечения).

**Тестовые задания**

**1. Для оценки тяжести острой левожелудочковой недостаточности при остром инфаркте миокарда принято использовать классификацию**

А) Killip

Б) NYHA

В) Стражеско-Василенко

Г) GOLD

**2. Стадия острой левожелудочковой недостаточности IV степени по KILLIP соответствует**

А) кардиогенному шоку

Б) интерстициальному отеку легких

В) остановке кровообращения

Г) альвеолярному отеку легких

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

А) преднизолона

Б) морфина

В) нитроглицерина

Г) фуросемида

**4. Отек легких может возникнуть при**

А) инфаркте миокарда

Б) истерии

В) вертебро-базилярной дисциркуляции

Г) ортостатической пробе

**5. Показанием к назначению морфина является**

А) отек легкого

Б) неукротимая рвота

В) тахикардия

Г) тромбоэмболия легочной артерии

**6. Наиболее ранним признаком застоя при сердечной недостаточности является**

А) перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличение диаметра сосудов

Б) интерстициальный отек легких с образованием линий Керли

В) альвеолярный отек в виде затемнения, распространяющегося от корней легких

Г) плевральный выпот, чаще справа

**7. При левожелудочковой недостаточности имеет место**

А) ортопноэ

Б) набухание шейных вен

В) асцит

**8. К депрессорному нейрогуморальному механизму при развитии сердечной недостаточности относится активация**

А) мозгового и предсердного натрийуретических пептидов

Б) САС

В) РААС

Г) АДГ

**9. При выборе ингибитора АПФ для лечения больного с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение**

А) фозиноприлу

Б) лизиноприлу

В) периндоприлу

Г) каптоприлу

**10. Прием сердечных гликозидов у больных ХСН противопоказан при**

А) a-v блокаде II ст.

Б) a-v блокаде I ст.

В) фибрилляции предсердий

Г) синусовой тахикардии

**11. В сомнительных случаях диагноз ХСН можно исключить при нормальном уровне в крови**

А) натрийуритических пептидов

Б) катехоламинов

В) альдостерона

Г) ренина и альдостерона

**12. Рекомендация по диете у больных с ХСН**

А) ограничение потребления жидкости

Б) ограничение потребления сахара

В) ограничение потребления белков

Г) увеличение в рационе поваренной соли

**13. Пациенту с ХСН и фибрилляцией предсердий обязательно должны быть назначены**

А) антикоагулянты

Б) ацетилсалициловая кислота

В) клопидогрел

Г) тикагрелор

**14. Какой из перечисленных типов цианоза наиболее хаpактеpен для больных с хpонической сеpдечной недостаточностью**

А) акроцианоз

Б) диффузный цианоз

В) цианоз с желтушным оттенком

Г) локальный цианоз нижних конечностей

**15. К какой из перечисленных категорий следует отнести пациента, который во время теста 6-минутной ходьбы проходит расстояние, равное**

**350 м**

А) II функциональный класс NYHA

Б) I функциональный класс NYHA

В) III функциональный класс NYHA

Г) IV функциональный класс NYHA

**16. К какой из перечисленных категоpий следует отнести пациента, у котоpого гемодинамика не нарушена, имеет место скрытая сердечная недостаточность, бессимптомная дисфункция левого желудочка**

А) I стадия ХСН (по классификации ОССН)

Б) IIА стадия ХСН (по классификации ОССН)

В) IIБ стадия ХСН (по классификации ОССН)

Г) III стадия ХСН (по классификации ОССН)

**17. При уровне N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида\_\_\_\_\_\_\_ вероятность диагноза хронической сердечной недостаточности высока**

А) > +125 пг/мл

Б) > 400 пг/мл

В) > 600 пг/мл

Г) > 800 пг/мл

**18. Не является патогенетическим механизмом развития ХСН при ИБС**

А) эксцентрическая гипертрофия миокарда

Б) оглушенный миокард

В) постинфарктный кардиосклероз

Г) гибернация миокарда

**19. Показанием для назначения диуретиков больному с хронической сердечной недостаточностью является**

А) ХСН IIА-III стадии при наличии застойных явлений

Б) диастолическая дисфункция левого желудочка

В) фибрилляция предсердий при любом ФК ХСН

Г) ФВ левого желудочка <25 %

**20. При появлении кашля на фоне использования эналаприла у больного хронической сердечной недостаточностью наиболее рациональной заменой будет применение**

А) кандесартана

Б) периндоприла

В) квинаприла

Г) лизиноприла

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы P отсутствуют.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите тактику лечения.

5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

**Задача №2.**

Мужчина 39 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, кашель. Небольшую одышку и периодические сердцебиения отмечает в течение 5 лет. Около недели назад заболел ангиной с появлением высокой температуры, кашля. В ночь перед обращением к врачу не мог спать из-за выраженной одышки, усиливающейся в горизонтальном положении. В подростковом возрасте были частые ангины, на фоне которых беспокоили боли в крупных суставах. Наблюдался у врача-невролога по поводу хореи. Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧДД - 28 в минуту, отеки нижних конечностей, приподнимающий верхушечный толчок. Пульс слабого наполнения, аритмичен, 96 ударов в минуту. ЧСС по данным аускультации - 110 в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм рт. ст., температура тела - 37,4 °С. Печень увеличена, слегка болезненна при пальпации. При перкуссии сердце увеличено влево и вправо. В нижних отделах легких мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца – аритмия с отсутствием периодов правильного ритма. На верхушке трехчленная мелодия с низким глухим дополнительным компонентом, акцент II тона на легочной артерии. Трехчленная мелодия выслушивается в точке Боткина. Систолический и протодиастолический шум на верхушке. Систолический шум на верхушке усиливается на выдохе, проводится в аксиллярную область. Общий анализ крови: СОЭ - 32 мм/час, лейкоциты – 11300 в 1 мм3. Биохимическое исследование крови: С – реактивный белок (++++). ДФА – 0,500 (N до 0.200).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

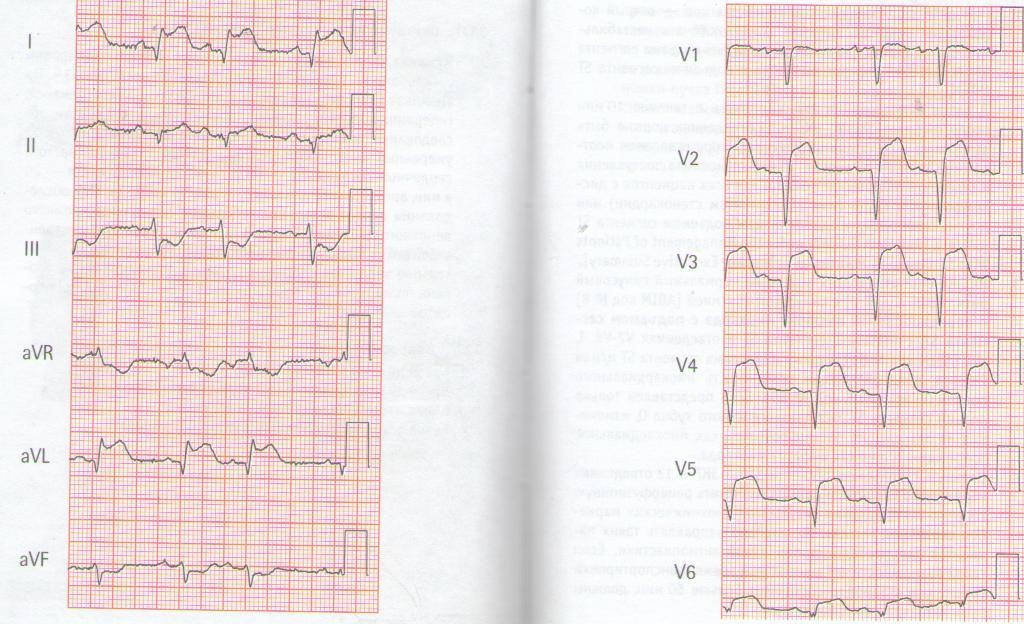
5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**Задача №3.**

Больная М. 56 лет, продавец ювелирного салона, госпитализирована 11 декабря с жалобами на интенсивную жгучую боль по всей грудной клетке в течение 7,5 часов, с иррадиацией в левое плечо, шею, нижнюю челюсть, локоть, также предъявляла жалобы на испарину, сердцебиение, слабость, одышку в покое, кашель.

Анамнез заболевания. Рост - 178 см, вес - 105 кг. Не курит. Отец в 49 лет перенес инфаркт миокарда. С 35 лет пациентка отмечает повышение артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Обследована, принимает Периндоприл 10 мг на ночь, Метопролола сукцинат 100 мг утром. В 2011 г. отмечала состояние, характеризующееся потерей двигательной активности правой верхней конечности в течение 3 часов, затем спонтанно двигательная функция восстановилась. Пациентка 13 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает Метформин 1000 мг/сут. Пользуется глюкометром, сахар крови в пределах 9,5 ммоль/л. С мая отмечает приступы давящих болей за грудиной при физической нагрузке (ходьба по ровной местности до 600 метров) продолжительностью до 5 минут, которые купировались после прекращения ходьбы. Лечилась амбулаторно и стационарно, выставлялся диагноз «ишемическая болезнь сердца», дополнительно назначена Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, Розувастатин 10 мг/сут, короткодействующие нитраты по потребности. В августе планово проведена коронароангиография, выявлено изолированное поражение передней нисходящей (ПНА) коронарной артерии – 95% стеноз в средней трети. В виду тяжести поражения немедленно выполнено стентирование стеноза ПНА стентом с лекарственным покрытием. Пациентке после выписки рекомендовано продолжить прием терапии, включая Аспирин, Метопролола сукцинат, Периндоприл, Розувастатин и Метформин, а также в течение одного года Клопидогрел 75 мг/сут. За два дня до настоящего ухудшения пациентка прекратила прием Клопидогрела, оправдывая это появившейся кровоточивостью дѐсен. Ухудшение состояния в виде появления интенсивного болевого синдрома в грудной клетке в покое появилось в 06-00. Пациентка самостоятельно приняла 4 таблетки Нитроглицерина без эффекта и в 12-00 после появления одышки и слабости обратилась за медицинской помощью. Вызвала скорую медицинскую помощь (СМП). При осмотре врачом СМП состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии (АД - 100/60, ЧСС – 98 в минуту). Записана электрокардиограмма (ЭКГ) (см. ниже). С некупированным болевым синдромом доставлена в приемное отделение. Объективно: состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии. При осмотре кожные покровы мраморной окраски, холодные, выраженно влажные. Сохраняется одышка в покое, частота дыхания до 28 в минуту, пациентка принимает вынужденную позу полусидя. Аускультативно над всеми легочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выраженно ослаблен, нитевидный, 120 ударов в минуту. Аускультативно в области сердца ослаблен I тон, тахикардия до 120 в минуту, выслушивается систолический шум на верхушке. Артериальное давление на правой верхней конечности - 80/50 мм рт. ст., на левой верхней конечности - 75/50 мм рт. ст. Отеков на нижних конечностях нет. По ЭКГ в приемном отделении без динамики, по сравнению с пленкой СМП.

Дополнительные методы обследования. Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, лейкоциты – 11×109 /л, эритроциты – 4,8×1012/л, СОЭ – 8 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 22 ммоль/л, креатинкиназа общая фракция – 1900 Е/л, креатинкиназа-МВ фракция – 102 Е/л, тропонин Т – 2,9 нг/мл; общий холестерин – 6,2 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности – 4,1 ммоль/л; рН крови – 7,2. По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка – 38%, выраженная митральнопапиллярная дисфункция, регургитация на митральном клапане III, гипертрофия миокарда левого желудочка. По данным измерения инвазивной гемодинамики центральное венозное давление - 260 мм вод. ст. (N - 90-110 мм. вод. ст.). Давление заклинивания легочных капилляров – 23 мм рт. ст. (N - 10-18 мм рт. ст.). Сердечный индекс – 1,9 л/мин/м2 (N - 2,5-4,5 л/мин/м2 ). Сатурация – 69% (N - 80-100). Рентгенологически в легких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево. ЭКГ на этапе СМП.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.

2. Сформулируйте диагноз.

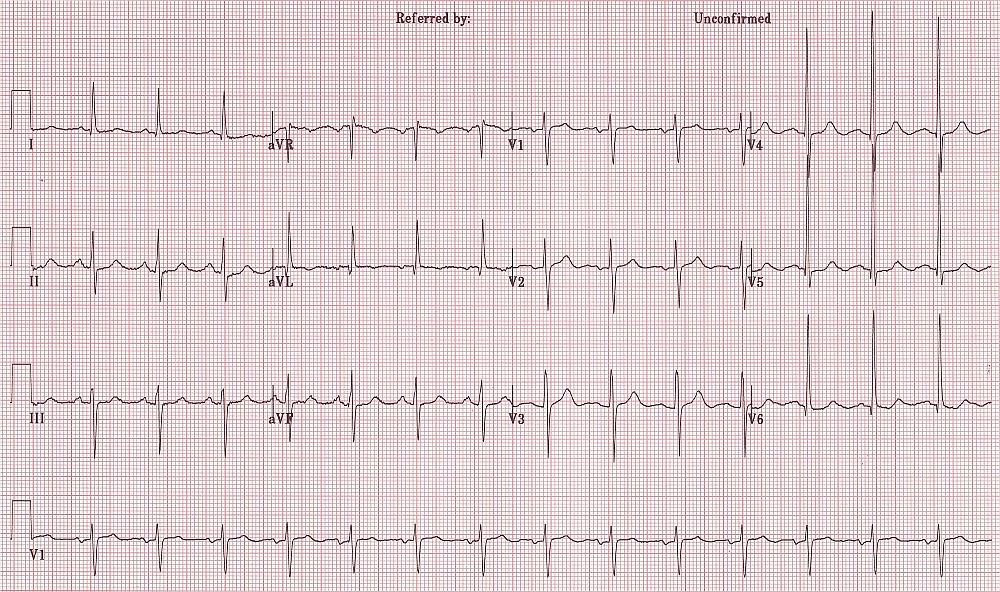
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение

**Задача №4.**

Больной Е. 67 лет был экстренно направлен врачом-терапевтом участковым в больницу с жалобами на удушье, стеснение в груди, сухой кашель. Анамнез: в течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна. Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ, акроцианоз. Дыхание хриплое, ЧДД - 40 в минуту. В легких по всем полям разнокалиберные влажные хрипы. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД - 180/120 мм рт. ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. Тоны сердца выслушиваются с трудом из-за хрипов в легких. Печень не пальпируется, отеков нет. Температура тела нормальная. Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

**Задача №5.**

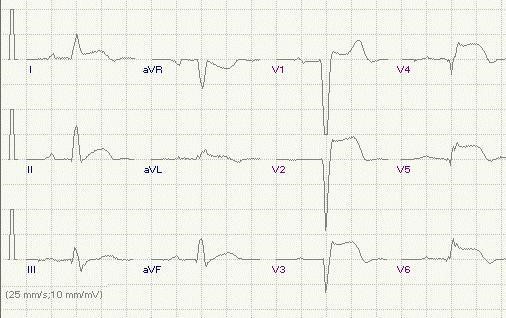
В приемный покой скорой помощью доставлен больной 52 лет, шофер, с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более 4 часов, боль не купируется приемом Нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью.

Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Часто отмечалось повышение АД до 160/100 мм рт. ст., иногда – до 200/120 мм рт. ст. Обследован амбулаторно 3 года назад – установлен диагноз «гипертоническая болезнь», данных рекомендаций не придерживался, назначенную терапию не принимал.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧД - 26 в минуту, дыхание поверхностное. Перкуторно над всеми легочными полями определяется ясный легочный звук, при аускультации - дыхание жесткое, большое количество влажных хрипов в подлопаточных областях. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. ЧСС - 120 в минуту, АД - 80/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные; акцент II тона не определяется. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

В анализах: КФК-МВ - 98 Е/л

Записана ЭКГ



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

**Задача №6.**

Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъеме на один пролет лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

Из анамнеза известно, что аналогичные боли беспокоят в течение полутора лет. В начале они возникали на большую, чем сейчас нагрузку, но последние несколько месяцев носят описанный выше характер. Больной получает Бисопролол 5 мг в сутки и Кардикет 40 мг 2 раза в сутки. На этом фоне приступы сохраняются. Курил в течение 20 лет по ½ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м2. Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) – 86,6 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 82 удара в минуту, нормальное положение ЭОС, соотношение зубцов R и S в грудных отведениях не нарушено.

Выполнена ВЭМ – проба прекращена на нагрузке 75 Вт из-за появления дискомфорта в грудной клетке и депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

**Вопросы:**

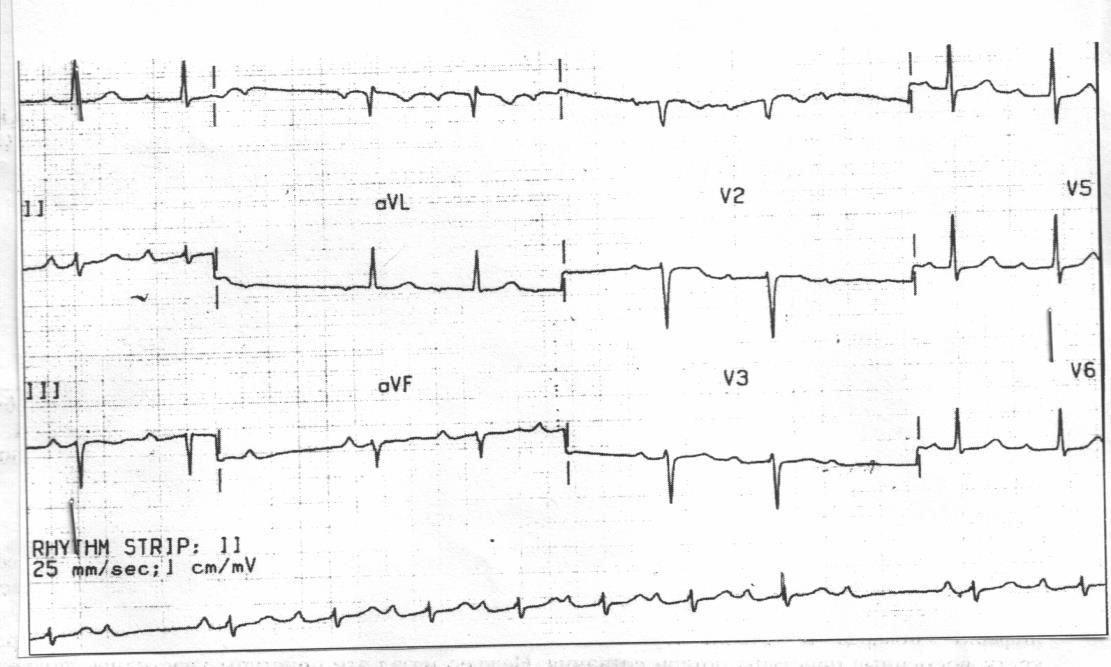
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Больному проведена ЭХО-кардиография. Фракция выброса составила 40%. Какие лечебные мероприятия необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Проведена коронарография. Обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии 70%. Какова тактика дальнейшего ведения пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №7.**

Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, перебои в работе сердца, ощущение его замирания и остановки, чувство нехватки воздуха при подъеме на 1 лестничный пролет, давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приемом Нитроглицерина через 1-2 мин; кратковременные эпизоды потери сознания.

Из анамнеза: четыре года назад перенес инфаркт миокарда. Через год стали появляться ангинозные боли при обычной физической нагрузке. Неделю назад ощутил перебои в работе сердца, инспираторную одышку, отметил кратковременные эпизоды потери сознания, что и явилось причиной госпитализации.

Объективно: состояние средней степени тяжести, акроцианоз, отеков нет. В нижних отделах легких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 42 удара в минуту, Ps - 42 в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации. Записана ЭКГ.



**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

**Задача №8.**

Больной Н. 37 лет, тракторист, обратился с жалобами на перебои в работе сердца, одышку смешанного характера при обыденной физической нагрузке, приступы удушья в ночное время, общую слабость. Ранее чувствовал себя вполне удовлетворительно, активно занимался спортом (лыжи, туризм). Болен в течение 6 месяцев, когда появились чувство нехватки воздуха при подъеме на 2-3 этаж и при быстрой ходьбе, перебои в сердце и сердцебиение.

Объективно: состояние средней степени тяжести, положение в постели вынужденное с приподнятым головным концом. Кожные покровы бледные, акроцианоз, цианоз губ. Отеки до средней трети голеней. Одышка в покое (ЧД - 24 в минуту). Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких. Отмечается пульсация и набухание шейных вен. АД - 100/70 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, 105 в минуту, ритм неправильный, акцент II тона на легочной артерии; выслушивается систолический шум на верхушке без проведения, над мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, поверхность ее ровная, плотная, слегка болезненная при пальпации, край закруглен.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, эритроциты – 3,04×1012/л, лейкоциты - 4,6×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 32%, моноциты – 1%; СОЭ – 19 мм/ч.

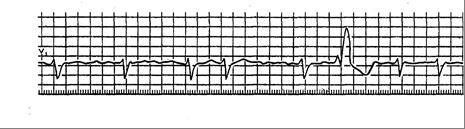
Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес - 1012, белок – 0,033 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эпителий, эритроциты, цилиндры, соли - нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л (норма - 3,5-6,1), калий – 4,8 ммоль/л (норма - 3,4-5,3), общий билирубин – 23,0 (8,0-15,0) мкмоль/л (норма - 8,520,5), креатинин – 0,13 ммоль/л (норма - 0,014-0,44).

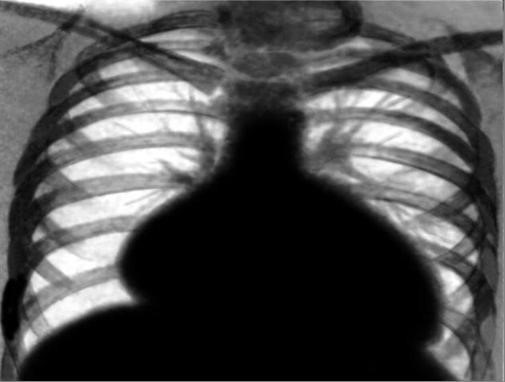
Протромбиновый индекс – 106%, фибриноген – 4,0 г/л (2-4).

ЭхоКГ: МЖП – 10 мм (норма - до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма - до 11 мм), КДР

ЛЖ – 69 мм (норма - до 55 мм), КСР ЛЖ – 55 мм (норма - до 35 мм), ФВ 35% (норма - 6070%). ПЖ - 33 мм (норма - до 23 мм), ЛП – 50 мм (норма - до 40 мм). Гипокинезия задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки. Аорта - 36 мм. МК: створки не изменены, регургитация III степени. ТК: створки не изменены, регургитация III степени. ЭКГ.



R-графия ОГК.



**Вопросы:**

1. Перечислите синдромы, составляющие клиническую картину. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

**Задача №9.**

Женщина 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°С, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала Парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток.

При осмотре: кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трехчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л, лейкоциты – 12,1×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 14%, β – 18%, γ – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N - 1-6 мг/л).

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

**Задача №10.**

Мужчина 56 лет, пенсионер, обратился на прием к врачу жалобами на незначительную одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отеки в области стоп.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда по задней стенке левого желудочка. Регулярно принимает Бисопролол 5 мг в сутки, Периндоприл 10 мг в сутки, Розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отеков в области стоп к вечеру.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост – 180 см, вес – 71 кг, ИМТ – 21,9 кг/м2. Кожные покровы умеренной влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 62 в минуту. АД – 132/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

В анализах: общий анализ крови, общий анализ мочи в пределах нормы; биохимический анализ крови: глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) – 92 мл/мин, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л.; ЭКГ: ритм синусовый 65 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Нуждается ли пациент в диуретической терапии? Если да, то диуретики каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие дополнительные рекомендации, касающиеся немедикаментозные методы лечения и реабилитации необходимо дать пациенту?

**Задача №11.**

Мужчина 70 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство перебоев в работе сердца, головокружение при ходьбе, слабость, одышку при ходьбе до 150 м по ровной местности. Ухудшение самочувствия отмечает в течение суток.

В анамнезе: инфаркт миокарда в 2005 году, по поводу чего лечился в отделении кардиологии (документов нет). Более 20 лет отмечает высокие цифры АД (160-180/100110 мм рт.ст.). Гипотензивную терапию получает ситуационно (Капотен, Нифедипин). Курит более 20 лет по 20 сигарет в день. Семейный анамнез: мать умерла в 75 лет, страдала АГ, ИБС; отец умер в 80 лет, ИМ.

Объективно: телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Дыхание везикулярное, жестковатое, проводится по всем легочным полям, хрипов нет,

ЧДД ‒ 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС ‒ 110-120 в минуту. Пульс аритмичный слабого наполнения, 80-82 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД ‒ 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп, голеней.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите тактику врача-терапевта участкового в данной ситуации.
4. Перечислите наиболее характерные электрокардиографические признаки мерцания (фибрилляции) предсердий.
5. В случае если по ЭКГ подтвердится фибрилляция предсердий, то необходимо ли пациенту восстановление синусового ритма? Обоснуйте свой ответ.

**Задача №12.**

Мужчина 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинике. Работает электриком в организации в течение 25 лет.

Жалобы на приступообразные боли в области сердца давящего характера, одышку при ходьбе и подъеме по лестнице на 3 этаж, периодические головные боли.

Из анамнеза известно, что пациент 2 года назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. Около 10 лет страдает артериальной гипертензией (АГ), однако несмотря на рекомендации врачей постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому отмечалось АД ‒ 160/100 мм рт. ст.; в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. На ЭКГ в покое: синусовый ритм с ЧСС ‒ 88 в минуту. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец Т. Рентгеноскопия сердца: сердце увеличено влево (граница сердца смещена влево и кзади за счет левого желудочка). Дуга аорты уплотнена и развернута.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное. ИМТ - 31 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, над верхушкой систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Пульс ‒ 78 ударов в минуту, ритмичный. АД ‒ 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, печень не пальпируется. Дизурии нет. Отеков нет.

Анализы крови и мочи без патологии, общий холестерин ‒ 6,2 ммоль/л, ТГ ‒ 2,5 ммоль/л, креатинин ‒ 101 мкмоль/л. ЭКГ: синусовый ритм. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец Т. Единичная желудочковая экстрасистола.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план терапевтического лечения. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Определите трудовой, жизненный прогнозы, принципы диспансерного наблюдения.

**Задача №13.**

Пациент С. 53 лет, водитель автобуса, выписан из стационара, где лечился в течение 28 дней по поводу инфаркта миокарда. Жалобы на боль за грудиной при ходьбе через 300 метров и при подъеме на второй этаж, исчезающую в покое или после приѐма 1 таблетки Нитроглицерина, небольшую одышку при ходьбе.

Общее состояние сравнительно удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Границы сердца: правая – на 0,5 см от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 1 см кнутри от левой срединноключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 64 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: Нb – 138 г/л, лейкоциты – 6,6×109/л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Липиды крови: общий холестерин (ОХС) – 5,6 ммоль/л; триглицериды (ТГ) – 1,6 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 1,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 3,7 ммоль/л.

Креатинин – 100 мкмоль/л; СКФ – 75 мл/мин.

ЭКГ: ритм синусовый правильный, ЧСС – 66 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. В отведениях II, III, AVF патологический зубец Q, сегмент ST на изолинии, зубец Т слабо отрицательный.

Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,1 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,1 см. Размер левого предсердия – 4,2 см. Конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) – 2,4 см. Конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) – 5 см. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 52 %. Гипокинез нижней стенки левого желудочка. Трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы (Е/А=0,8).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие лекарственные препараты следует назначить пациенту? Назовите препараты, обоснуйте их назначение.
4. Показана ли пациенту консультация врача-кардиохирурга? Обоснуйте Ваш ответ.
5. Проведите экспертизу трудоспособности и решите вопрос санаторно-курортного лечения. Обоснуйте Ваш ответ.

**Задача №14.**

Больной А. 56 лет, водитель автобуса, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на жгучие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в обычном темпе по ровной местности примерно более 500 метров или при подъеме по лестнице на второй этаж, исчезающие через 5 минут после приема 1 таблетки Нитроглицерина, одышку при умеренной физической нагрузке. Болен в течение года.

Наследственность отягощена: отец умер в 60 лет от инфаркта.

Больной курит около 30 лет по 1 пачке в день.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Питание умеренное. ЧД – 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются.

Липиды крови: ОХС - 6,2 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,2 моль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 78 ударов в минуту, положение электрической оси сердца нормальное. Рисунок ЭКГ без существенных отклонений от нормы.

Креатинин крови – 100 мкмоль/л; СКФ – 70 мл/мин.

Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 0,9 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,0 см. Размер левого предсердия – 4,5 см. Полости желудочков существенно не изменены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 58%. Трансмитральный диастоличекий поток с преобладанием предсердной систолы (Е/А=0,7). Диастолическая дисфункция по 1 типу.

При суточном мониторировании ЭКГ отмечено появление депрессии сегмента ST более 23 мм при подъеме по лестнице выше второго этажа продолжительностью 3,5 минуты.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие лекарственные препараты следует назначить пациенту? Назовите препараты, обоснуйте их назначение.
4. Какие антиангинальные препараты опасно использовать в комбинации? Обоснуйте Ваш ответ.
5. С какими антиангинальными препаратами можно комбинировать Триметазидин и Ранолазин? Обоснуйте Ваш ответ.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 11 Хроническая болезнь почек,**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Современные представления о развитии, классификации, и клинических проявлениях хронической болезни почек (ХБП)

2.Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика ХБП

3.Диагностические критерии хронической болезни почек

4.Скрининговые методики расчета скорости клубочковой фильтрации, маркеры повреждения почек

5.Основы профилактики и лечения ХБП, принципы нефропротекции, с разбором основных групп лекарственных препаратов и вопросов их клинической фармакологии.

6. Этиология, патогенез острого повреждения почек

7. Клинические симптомы и синдромы, современные методы диагностики острого повреждения почек.

8. Неотложная терапия при остром повреждения почек.

9. Показания к гемодиализу и его возможности. Трансплантация почек.

**Тестовые задания**

1. **К модифицируемым факторам риска развития ХБП относят**:
2. заболевания почек у прямых родственников
3. нарушения пуринового обмена
4. злоупотребление обезболивающими препаратами
5. врожденное уменьшение количества нефронов
6. **К немодифицируемым факторам риска развития ХБП относят:**
7. сахарный диабет у прямых родственников
8. сердечная недостаточность
9. употребление наркотиков
10. артериальная гипертония
11. **Верные утверждения относительно цистатина С:**
12. маркер для ранней оценки функционального состояния почек
13. низкая стоимость
14. зависит от мышечной массы
15. фактор повреждения эндотелия при уремии
16. **К каким клиническим проявлениям приводит кальцификация фосфатами кальция:**
17. наличие петехий на коже
18. болезненность и тугоподвижность суставов
19. патологические переломы
20. боли и дискомфорт в поясничной области
21. **Что относится к рекомендуемым продуктам для пациентов с ХБП:**
22. копченая рыба
23. сыры и консервы
24. бобовые и грибы
25. нежирные сорта мяса
26. **Изменение биохимических показателей при ХБП**:
27. гиперальбуминемия
28. глюкозурия
29. гиперкреатинемия
30. уробилинурия
31. гипербилирубинемия
32. **Причины анемии при ХБП:**
33. гемолиз
34. дефицит фолиевой кислоты
35. дефицит железа
36. недостаток эритропоэтина
37. **Один из факторов, определяющих развитие геморрагического синдрома при ХБП:**
38. снижение концентрации фибриногена
39. тромбоцитопатия
40. гиперкалиемия
41. снижение IV фактора
42. **Изменение костного аппарата при ХБП:**
43. гиперостоз
44. остеомаляция
45. остеопороз
46. остеосклероз
47. **Уровень клубочковой фильтрации, характерный для 3А стадии ХБП:**
48. 60 мл/мин/1,73 м2
49. 50 мл/мин/1,73 м2
50. 30 мл/мин/1,73 м2
51. 20 мл/мин/1,73 м2
52. **Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии ХБП**:
53. 40 мл/мин/1,73 м2
54. 30 мл/мин/1,73 м2
55. 20 мл/мин/1,73 м2
56. 5 мл/мин/1,73 м2
57. **От чего зависит темная и желтоватая окраска кожи при ХБП?**
58. повышение прямого билирубина
59. повышение непрямого билирубина
60. нарушение выделения урохромов
61. нарушение конъюгированного билирубина
62. **Какие осложнения встречаются при гемодиализе?**
63. перикардит
64. невриты
65. артериальные гипертензии
66. инфекции
67. **Уровень мочевины, при котором проводят гемодиализ**:
68. 10 ммоль/л
69. 15 ммоль/л
70. 25 ммоль/л
71. 35 ммоль/л
72. **Какие показатели имеют значение для определения степени тяжести ХБП**:
73. уровень креатинина крови
74. показатели КЩС
75. величина клубочковой фильтрации
76. выраженность анемии
77. **Причины ХБП следующие, кроме:**
78. хронический гломерулонефрит
79. хронический пиелонефрит
80. острый внутрисосудистый гемолиз
81. амилоидоз
82. **При ХБП удельный вес мочи:**
83. 1025-1030
84. 1015-1024
85. 1004-1012
86. 1001-1003
87. **Показанием к проведению срочного гемодиализа при ХБП является:**
88. гиперкалиемия более 6 ммоль/л
89. тяжелая артериальная гипертензия
90. анемия
91. отеки
92. **К развитию ХБП чаще всего приводят:**
93. массивное кровотечение
94. отравление этиленгликолем
95. гломерулонефрит
96. септический аборт
97. **Какие из признаков несут информацию о функциональных способностях почки**?
98. содержание белка в моче
99. снижение клубочковой фильтрации
100. повышение мочевины
101. повышение креатинина в плазме
102. **При проведении заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) у пациентов с терминальным почечным заболеванием предпочтительным антикоагулянтом является**
103. гепарин
104. варфарин
105. фондапаринкус
106. дабигатран
107. **Для коррекции анемии у больных с хронической болезнью почек используют**
108. стимуляторы эритропоэза
109. стимуляторы лейкопоэза
110. аналоги нуклеозидов
111. иммунодепрессанты
112. **При анемии у пациентов с хронической болезнью почек необходимо назначать комбинированную терапию: стимуляторы эритропоэза с препаратами**
113. железа
114. кальция
115. калия
116. магния
117. **Для коррекции анемии у больных с хронической болезнью почек используют**
118. стимуляторы эритропоэза
119. стимуляторы лейкопоэза
120. аналоги нуклеозидов
121. иммунодепрессанты
122. **При снижении СКФ<30 мл/мин/1,73м2 гиперкалиемию может вызвать назначение**
123. спиронолактона
124. дабигатрана
125. фебуксостата
126. ивабрадина

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

На приеме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчесов, учащенное мочеиспускание. В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребенка при рождении 4,3 кг. Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчесы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бедер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счет подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена. Общий анализ крови: эритроциты - 4,6×1012, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 250×1012, лейкоциты - 6,1×109, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль\л, СКФ - 64,2 ml/min/1,73 Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л. Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HBA1c) - 7,5%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение.

5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?

**Задача №2.**

Мужчина 51 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре врачом-офтальмологом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу. В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.

5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

**Задача №3.**

Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 175/105–160/95 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг. Объективно: повышенного питания. Рост - 158 см, вес - 91 кг. Индекс массы тела – 36,5 кг/м². Объем талии - 120 см, объем бедер - 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края. Биохимический анализ крови: холестерин общий – 7,2 ммоль/л; триглицериды – 3,12 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин – 95,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак – 6,3 ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1014, прозрачная, реакция кислая, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты – единичные в поле зрения. Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки. СКФ: 81,7 мл/мин по формуле Кокрофта-Голта. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 70 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка. ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка - 121 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 65%. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бетаблокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле Кокрофта-Голта) = 65,3 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача №4.**

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах крови: эритроциты - 4,57×1012/л, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - 5,51×109/л, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - 254×109/л, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХСЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 58 мл/мин, мочевина – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л. В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет желтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг. УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменен. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

**Задача №5.**

Женщина 24 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2 °С, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2 недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39 °С, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 175 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты - 8,9×109/л, СОЭ - 36 мм/час, мочевина - 4,3 ммоль/л, креатинин - 72,6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л. СКФ - 92 мл/мин/1,73м2. Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

**Задача №6.**

Женщина 62 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, сухость во рту, умеренную жажду, боли в ногах, особенно по ночам, чувство жжения, покалывания стоп, судороги икроножных мышц. Из анамнеза известно, что за последние 10 лет отмечает постепенную прибавку веса на 15 кг, отмечает подъемы артериального давления до 160/95 мм рт. ст. Регулярной терапии не получала. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД - 170/95 мм рт. ст. и была выявлена альбуминурия. Семейный анамнез. Родители страдали ГБ, ожирением, СД тип 2. Вредных привычек нет. При осмотре. Общее состояние удовлетворительное. Вес - 87 кг, рост - 165 см, ИМТ – 32,0 кг/м2, окружность талии - 102 см, распределение жира неравномерное, в основном на животе и в верхней половине туловища. Стрий нет. Кожа сухая, на голенях участки пигментации, трещины на стопах, микоз стоп. Пульс - 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пульсация aa. dorsalis pedis и tibialis posterior отчетливая. АД - 165/95 мм рт. ст. В анализе крови: глюкоза натощак - 8,6 ммоль/л, HbA1С - 7,9%, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПНП – 4,36; ЛПВП - 0,96, триглицериды – 3,8. Общий анализ мочи без патологии; креатинин – 102 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) - 71,6 мл/мин; альбуминурия – 120 мг/сутки.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**Задача №7.**

Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Мочеиспускание безболезненное. Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0 °С, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5 °С. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет. При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°С. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отеки, кожа над ними теплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. В анализах. Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - 3,2×1012/л, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - 270×109/л, лейкоциты - 10,7×109/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 1220 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет. Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, непрямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, α1 - 3,5%, α2 10,5%, β - 13,6% у - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению, определите прогноз.

**Задача №8.**

Больная Ш. 50 лет, дворник, поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, одышку, выраженную слабость. Мочеиспускание ночью 3 раза, безболезненное. Ранее заболеваниями ЖКТ не страдала. Более 20 лет назад было диагностировано хроническое заболевание почек. На момент постановки диагноза пациентку беспокоили общая слабость, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., были выявлены изменения в моче (гематурия), после чего больная не обследовалась и не лечилась. В течение последних 6 месяцев отмечает стойкое повышение АД, снижение остроты зрения. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания, рост - 162 см, вес - 47 кг. Кожные покровы бледные сухие, со следами расчесов. ЧД - 18 в мин. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 170/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см от правого края грудины, верхняя по III межреберью, левая – на 1,5 кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, в области верхушки сердца и во II межреберье справа мягкий систолический шум. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 106 г/л, цветовой показатель – 0,78, лейкоциты – 9,2×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%. СОЭ - 28 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения. Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,0 ммоль/л, мочевина - 20,2 ммоль/л, креатинин - 0,54 ммоль/л, общий белок - 55 г/л, калий - 5,2 ммоль/л, СКФ - 25 мл/мин. В суточной моче: диурез - 650 мл/сут, белок - 1,659 г/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз болезни и дальнейшей тактики ведения пациента.

**Задача №9.**

Мужчина 67 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, при повышении АД до 180/100 мм рт.ст. Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 10 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту четыре месяца назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст., в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки, в биохимическом анализе крови уровень общего холестерина – 5,7 ммоль/л. Семейный анамнез: мать 88 лет страдает АГ, отец умер в 55 лет от ИМ. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м2. Окружность талии – 104 см, окружность бедер – 102 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 74 удара в минуту, АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,9 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин, альбуминурия – 100 мг/сутки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и препарата из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе), приема Розувостатина 20 мг/сутки, соблюдения диеты АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 65,3 мл/мин, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 12 Дифференциальная диагностика отечного синдрома. Нефротический и нефритический синдромы.**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Определение отечного синдрома, классификации отеков.

2.Клинические осо­бенности отеков при поражениях почек, сердца, печени, эндокринных нарушениях, при нарушениях венозной и лимфатической цирку­ляции, при синдроме идиопатических отеков

3.Роль лабораторных и инструментальных методов исследования в диагностике отечного синдрома

4.Алгоритм проведения дифференциального диагноза отечного синдрома

5.Лечение отечного синдрома с учетом особенностей патогенеза различного вида отеков, возможные осложнения терапии

6.Определение нефротического и нефритического синдромов.

7. Классификация нефротического и нефритического синдромов.

8. Заболевания, приводящие к развитию нефротиче­ского и нефритического синдромов.

9. Патогенез основных клинических проявлений нефротиче­ского и нефритического синдромов.

10. Клиническая варианты. Варианты течения. Клинические особенности нефротиче­ского и нефритического синдромов.

11. Лабораторная диагностика нефротиче­ского и нефритического синдромов.

12. Осложнения нефротического и нефритического синдромов.

13. Дифференциальная диагностика при нефротическом и нефритическом синдромах

14. Современная медикаментозная терапия нефритиче­ского и нефритического синдромов, отечного синдрома. Диета.

15. Показания к гемосорбции и плазмаферезу

**Тестовые задания**

1. **Для нефротических отеков характерно следующее, кроме:**
2. отеки появляются после предшествующей
3. постепенное начало
4. отечная кожа суховатая, мягкая, бледная
5. локализуются на лице, ногах, пояснице, половых органах
6. рыхлые, легко перемещаются
7. **Для нефротического синдрома характерны следующие нарушения обмена в организме:**
8. гиперальбуминемия, гипертриглицеридемия, гипокальциемия, гиперкоагуляция
9. гипоальбуминемия, гипотриглицеридемия, гипокальциемия, гиперкоагуляция
10. гипоальбуминемия, гипертриглицеридемия, гипокальциемия, гиперкоагуляция
11. гипоальбуминемия, гипертриглицеридемия, гиперкальциемия, гиперкоагуляция
12. гипоальбуминемия, гипертриглицеридемия, гипокальциемия, гипокоагуляция
13. **Для нефротического синдрома чаще всего характерны следующие изменения в ОАК, кроме:**
14. увеличение СОЭ, достигающее иногда 50—60 мм/ч
15. умеренная гипохромная анемия
16. лейкоциты и лейкограмма без характерных изменений
17. эритроцитоз
18. тромбоцитопения
19. **К маркерам неблагоприятного прогноза при нефротическом синдроме относятся:**
20. очень высокая протеинурия
21. наличие артериальной гипертонии
22. появление признаков почечной недостаточности
23. персистирующее течение
24. все перечисленное
25. **К наиболее частым осложнениям при нефротическом синдроме относятся следующие, кроме:**
26. инфекции (бактериальная, вирусная, грибковая)
27. гиповолемический нефротический криз (шок)
28. ОПН
29. отек мозга, сетчатки
30. сосудистые осложнения
31. аллергические проявления
32. **В лечении нефротического криза применяют следующее, кроме:**
33. внутривенного введения белковых растворов
34. внутривенного введения плазмозаменителей
35. применении антикининовых препаратов (пармидин в дозе 2 г/сут)
36. антигистаминные препараты
37. диуретики
38. **Среди лекарственных препаратов, наиболее часто обусловливающих развитие нефротического синдрома относят все, кроме**:
39. препараты золота
40. D-пеницилламин
41. нитраты
42. вакцины и сыворотки
43. препараты интерферона
44. **К патогенетической терапии при нефротическом синдроме относят применение следующих препаратов, кроме:**
45. глюкокортикоиды
46. цитостатики
47. циклоспорин А
48. альбумин
49. **К неиммунным методам лечения при нефротическом синдроме относят применение препаратов, обладающих антипротеинурическим действием, кроме:**
50. гепарины
51. ингибиторы АПФ
52. дипиридамол
53. статины
54. диуретики
55. **Для усиления эффекта петлевых диуретиков при нефротическом синдроме чаще всего используют:**
56. сочетание их с тиазидовыми
57. с верошпироном
58. с метолазоном
59. с эуфиллином
60. все перечисленное
61. только а и в
62. **Что вызывает гипоальбуминемия при нефротическом синдроме:**
63. снижение онкотического давления
64. снижение ОЦК
65. активация РААС
66. увеличение реабсорбции натрия почками
67. все перечисленное
68. **К какой группе диуретиков по механизму действия относится фуросемид:**
69. ингибитор карбоангидразы
70. осмотический диуретик
71. петлевой диуретик
72. тиазидный диуретик
73. антагонист минералкортикоидных рецепторов
74. **По каким показателям крови оценивается эффективность гепарина:**
75. по времени свертывания
76. по количеству тромбоцитов в ОАК
77. по АЧТВ
78. фибриногену
79. все перечисленное
80. только а, в
81. **Какие дополнительные свойства гепарина учитываются при назначении его пациентам с НС:**
82. диуретическое действие
83. натрийуретическое действие
84. гипотензивное действие
85. антипротеинурическое действие
86. все перечисленное
87. **Что не относится из изложенного к петлевым диуретикам:**
88. действуют в восходящем отделе петли Генли
89. усиливают выделение из организма преимущественно Na, K, CI
90. усиливают почечный кровоток
91. угнетают карбоангидразу
92. выраженность диуретического эффекта зависит от содержания альдостерона в

крови

1. **Какие диуретики относятся к калийсберегающим:**
2. этакриновая кислота
3. хлорталидон
4. фуросемид
5. спиронолактон
6. **Какие диуретики относятся к тиазидным:**
7. индапамид
8. фуросемид
9. маннитол
10. спиронолактон
11. **К местным отекам не относятся**
12. почечные отеки
13. при нарушении венозного оттока
14. при нарушении лимфооттока
15. наследственный ангионевротический отек
16. воспалительные
17. **Какое количество выделяемого белка в сутки является физиологической нормой**
18. 10-20 мг/сут
19. 20-30 мг/сут
20. 30-50 мг/сут
21. 50-60 мг/сут
22. до 100 мг/сут
23. **Для гиповолемического варианта нефротического синдрома характерно**
24. альбумины < 2 г/л
25. СКФ >50% от нормальной величины
26. АГ характерна
27. АГ не характерна
28. ортостатическая гипотензия
29. **Для гиперволемического варианта нефротического синдрома характерно**
30. альбумины >2 г/л
31. СКФ < 50% от нормальной величины
32. АГ может присутствовать
33. повышение продукции почечных простагландинов
34. **Для нефротических отеков характерны**
35. отеки появляются после предшествующей одышки
36. кожа влажная, теплая
37. отечная кожа суховатая, мягкая, бледная
38. локализуются на лице, ногах, пояснице, половых органах
39. рыхлые, легко перемещаются, постепенное начало
40. **Для нефротического синдрома чаще всего характерны следующие изменения в ОАК**
41. увеличение СОЭ, достигающее иногда 50—60 мм/ч
42. тромбоцитопения
43. лейкоциты и лейкограмма без характерных изменений
44. эритроцитоз
45. умеренная гипохромная анемия
46. **Для нефротического синдрома чаще всего характерны следующие изменения в ОАМ**
47. высокая относительная плотность
48. реакция щелочная
49. лейкоцитурия
50. гематурия
51. бактерии сплошь
52. **В лечении нефротического криза применяют**
53. диуретики
54. применение ингибиторов АПФ
55. применении антикининовых препаратов (пармидин в дозе 2 г/сут)
56. антигистаминные препараты
57. внутривенного введения белковых растворов
58. **К патогенетической терапии при НС относят применение следующих препаратов**
59. диуретики
60. цитостатики
61. циклоспорин А
62. альбумин
63. глюкокортикоиды
64. **К неиммунным методам лечения при НС относят применение препаратов с антипротеинурическим действием**
65. гепарины
66. ингибиторы АПФ
67. диуретики
68. статины
69. дипиридамол
70. **Для уменьшения отеков у пациентов с НС из немедикаментозных средств используют**
71. бессолевую диету, богатую калием
72. ограничение белка до 1-0,8 г/кг в сутки
73. ограничение жидкости до количества, превышающего диурез
74. не более чем на 200—300 мл
75. мочегонные травы
76. голодание
77. **К какой группе диуретиков по механизму действия относится фуросемид**
78. ингибитор карбоангидразы
79. осмотический диуретик
80. петлевой диуретик
81. тиазидный диуретик
82. антагонист минералкортикоидных рецепторов
83. **Что не относится из изложенного к петлевым диуретикам**
84. действуют в восходящем отделе петли Генли
85. усиливают выделение из организма преимущественно Na, K, CI
86. усиливают почечный кровоток
87. угнетают карбоангидразу
88. выраженность диуретического эффекта зависит от содержания альдостерона

в крови

1. **Типичным при асците является**
2. выраженная асимметрия живота
3. втянутый пупок
4. симптом флюктуации
5. расхождение прямых мышц живота
6. громкий тимпанит в боковых отделах живота при положении больного лежа
7. **Альбуминурия и гипопротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для**
8. мочекаменной болезни
9. пиелонефрита
10. острого гломерулонефрита
11. цистита
12. нефроптоза
13. **Принцип пробы Зимницкого заключается в**
14. динамическои наблюдении за количеством выделяемой мочи
15. динамическом наблюдении за относительной плотностью мочи в течении ночи
16. выявлении связи диуреза с режимом дня
17. выявлении бактериурии
18. определении клубочковой фильтрации
19. **Основным действием на начальную часть дистальных извитых канальцев обладают**
20. хлортиазид
21. гидрохлортиазид
22. хлорталидон
23. металазон
24. ксипамид
25. **Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает**
26. верапамил
27. нифедипин
28. пропранолол (анаприлин)
29. нитросорбид
30. этацизин.
31. **Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является**
32. слабость
33. приступы сердечной астмы
34. отеки ног
35. венозный застой в большом круге кровообращения
36. гепатомегалия
37. **Односторонние отеки ног характерны для больных с**
38. сердечной недостаточностью
39. заболеваниями вен
40. гипотиреозом
41. поражением лимфатических сосудов
42. **Основными средствами в лечении больных ХСН являются**
43. ингибиторы АПФ
44. бета-адреноблокаторы
45. диуретики
46. сердечные гликозиды
47. все верно
48. **Гипоальбуминемия характерна для**
49. хронического персистирующего гепатита
50. острой атрофии печени
51. гепатомы
52. цирроза печени
53. эхинококкоз печени
54. **Причиной гипоальбуминемии у больных с отеками могут быть**
55. заболевания печени
56. избыточная потеря белка через кишечник
57. избыточная потеря белка через почки
58. длительный голод
59. все верно
60. **Для асцита характерно наличие следующих симптомов**
61. одышки при физической нагрузке
62. снижения суточного диуреза
63. увеличения веса
64. диарея
65. тошнота
66. **У больных с асцитом парацентез применяется для**
67. диагностических целей
68. компенсации дыхательных расстройств
69. быстрого устранения асцита
70. уменьшения портальной гипертензии
71. **При лечении асцита диуретиками у больного циррозом печени осложнением является**
72. гиповолемия
73. гипокалиемия
74. гиперкалиемия
75. азотемия
76. гиперкальциемия
77. **Рациональными мероприятиями при лечении асцита при циррозе печени являются**
78. соблюдение диеты с ограничением поваренной соли до 5 г
79. ограничение суточного потребления жидкости до 1 литра, если
80. содержание натрия в сыворотке больше 130 ммоль/л
81. увеличение суточного диуреза
82. применение внутрь от 100 до 400 мг верошпирона с учетом суточного
83. диуреза
84. все перечисленное верно
85. **Острый нефритический синдром характеризуют**
86. отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия
87. артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия
88. артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия
89. протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия
90. артериальная гипертензия, азотемия, анемия
91. **Синдром Гудпасчера характеризуется**
92. Поражение легких
93. Поражение печени
94. С присоединением гломерулонефрита
95. С присоединением пиелонефрита
96. Поражение сосудов

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

Больной Б. 32 лет отмечает частую заболеваемость ангиной и вирусными инфекциями, 3-4 раза в год, появившуюся в последнее время отечность лица. Накануне выезжал на природу, переохладился. Обратился к врачу с жалобами на тянущие боли в поясничной области, изменение цвета мочи (красноватый оттенок), отеки век, одутловатость лица, отеки ног. Объективно: обнаружена отеки век и лодыжек. АД 130/80 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-85 в мин. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Температура 37 градусов. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 122 г\л, ЦП-1, лейкоцитоз, тромбоциты - в норме, СОЭ 24 мм в час. ОАМ: плотность - 1029, белок – 2,98 г\л, эритроциты 10-12 в поле зрения, лейкоциты 8-9 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-7000 в 1 мл, лейк-3500 в 1 мл.

**Задание:**

1.Предположительный диагноз,

2.распишите план обследования,

3.лечения и прогноз пациента

**Задача № 2**

Больная Л. 27 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры до 38-39 градусов в течении 3-х дней, боли в мелких суставах кистей, покраснение их и припухлость, боли в плечевых суставах. Отмечает на протяжении нескольких дней стойкий румянец на щеках, отеки лица, ног, тяжесть в пояснице. Похожая клиническая картина отмечалась 7 месяцев назад, но без выраженного отечного синдрома. Объективно: обнаружена пастозность век, лодыжек и поясничной области. АД 140/90 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-94 в мин. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 102 г\л, ЦП-0,8, эритроциты – 3,6 в л, лейкоциты – 3,2 в л, тромбоциты 105 в л, СОЭ – 47 мм в час. ОАМ: плотность -1038, белок – 3,66 г\л, эритроциты 8-10 в поле зрения, лейкоциты 12-15 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-6000 в 1 мл, лейк-5000 в 1 мл. Биохимический анализ крови: общий белок – 57 г\л, билирубин – 18,8 мкмоль/л; сахар крови - 4,7 ммоль\ л; холестерин – 7,2 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

**Задание:**

Предположительный диагноз, распишите план обследования, лечения и прогноз пациента

**Задача № 3**.

Больная С. 64 лет поступила в клинику с жалобами на повышение АД, головную боль, периодические боли в сердце, отеки лица, ног, тяжесть и боли в поясничной области. Много лет страдает ИБС, АГ, остеохондрозом. Лечится гипотензивными, принимает ситуационно нитраты и часто принимает анальгетики при головной боли, диклофенак при болях в суставах. Объективно: обнаружена пастозность век, отеки лодыжек и поясничной области. АД 180/100 мм ртст, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-106 в мин. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 136 г\л, ЦП-1, эритроциты – 5,6 в л, лейкоциты – 7,2 в л, тромбоциты 214 в л, СОЭ – 12 мм в час. ОАМ: плотность -1038, белок – 4,06 г\л, эритроциты 5-8 в поле зрения, лейкоциты 10-11 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-4000 в 1 мл, лейк-3000 в 1 мл. Биохимический анализ крови: общий белок – 53 г\л, билирубин – 16,7 мкмоль/л; сахар крови - 5,4 ммоль\ л; холестерин – 8,8 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

**Задание:**

Предположительный диагноз, распишите план обследования, лечения и прогноз пациента.

**Задача № 4**.

Больной К. 58 лет поступил в клинику с жалобами периодические боли в сердце, возникающие при нагрузке, одышку, жажду, сухость во рту, отеки ног, дискомфорт в поясничной области. Страдает ИБС, имеет 10-и летний стаж АГ, 8 летний стаж сахарного диабета, последние 5 лет проводит коррекцию гипергликемии инсулином. Объективно: обнаружена пастозность век, отеки лодыжек, голеней и поясничной области. АД 150/100 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-75 в мин. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 116 г\л, ЦП-0,9, эритроциты – 4,6 в л, лейкоциты – 7,2 в л, тромбоциты 214 в л, СОЭ – 12 мм в час. ОАМ: плотность -1017, белок – 3,06 г\л, эритроциты 5-8 в поле зрения, лейкоциты 10-11 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-3000 в 1 мл, лейк-3500 в 1 мл. Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г\л, билирубин – 15,4 мкмоль/л; сахар крови - 12,3 ммоль\ л; холестерин – 7,5 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

**Задание:**

Предположительный диагноз, распишите план обследования, лечения и прогноз пациента:

**Задача № 5**

Больная Б. 67 лет поступила с жалобами на давящие, сжимающие боли в области сердца, одышку – возникающие в покое и при физической нагрузке, сердцебиение, выраженные отеки голеней и стоп, быструю утомляемость, повышение АД до 180/100 мм рт ст. Из анамнеза больной: много лет страдает ИБС и АГ, 5 лет назад перенесла трансмуральный инфаркт миокарда, лечилась нерегулярно, давление контролировала периодически, ухудшение около 3-х недель, стали нарастать отеки, прибавила в весе на 5 кг, ночью беспокоит кашель, спит на 2-х подушках, отмечает перебои в работе сердца.

На момент поступления на ЭКГ мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, отклонение ЭОС влево, гипертрофия ЛЖ, рубцовые изменения по задней стенки; на ЭХО-КГ увеличена масса миокарда, толщины стенок МЖП и ЗС левого желудочка, зона гипокинеза, ФВ=49%.

**Задание:**

Выделите ведущий клинический синдром?

Какова этиология и патогенез данного отечного синдрома?

**Задача № 6.**

Больная Т. 26 лет находится на стационарном лечение в гинекологическом отделении, 1 беременность сроком 23 недели. Поступила с жалобами на отеки голеней чаще во второй половине дня, прибавку в весе за последнюю неделю на 3,5 кг. Объективно у больной кожные покровы обычной окраски, в нижней трети обеих голеней кожа бледная, теплая, при надавливании образуется ямка, в остальном по органам и системам без патологии. После отдыха в горизонтальном положении отек исчезает.

Лабораторные данные: гемоглобин-115г\л, ЦП-0,9, эритроциты- 5.8 в л, лейкоциты-5,0 в л, тромбоциты-240 в л. ОАМ без особенностей. ЭХО-КГ, УЗИ почек без патологии.

**Задание:**

Чем обусловлено развитие данного отечного синдрома?

Какие заболевания необходимо исключить?

Какова ваша дальнейшая тактика?

**Задача № 7**

Больной К. 54 лет поступил в стационар в тяжелом состояние. У больного жалобы на выраженную слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку в покое, зуд кожи, похудание, плохой аппетит, увеличение живота в объеме, кровотечения из носа и десен, отеки голеней.

Из анамнеза – больной длительное время злоупотреблял алкоголем. При объективном осмотре обнаруживается субиктеричность склер, слизистых оболочек, кожи, «сосудистые звездочки», гинекомастия, асцит, печень уплотнена и увеличена.

Лабораторные данные: анемия, лейкопения, тромбоцитопения; общий билирубин 67 мкмоль/л, прямой билирубин 20 мкмоль/л, непрямой билирубин 47 мкмоль/л, АСАТ- 0,87, мкмоль/л (ч \*мл), АЛАТ- 1,2 мкмоль/л (ч \*мл) , общий белок – 54 г/л, альбумины - 47%.

**Задание:**

Какова этиология и патогенез данного отечного синдрома?

**Задача № 8**

Больная К. 44 лет поступила в стационар в состоянии средней степени тяжести. Жалобы на момент поступления на прогрессирующее пожелтение кожных покровов, слабость, снижение работоспособности, периодические боли в правом подреберье не связанные с приемом пищи, запоры, нарушение менструального цикла, прибавка массы тела, одышка при ходьбе, снижение памяти, выпадение волос. При осмотре больная вялая, апатичная, кожные покровы чистые, сухие, пальцы утолщены, холодные на ощупь, цвет кожи персиковый, пастозность кожи рук, ног, лица, периорбитальная отечность. Из анамнеза – около 3-х лет отмечает длительные тупые головные боли, слабость, повышение температуры тела, снижение работоспособности.

Лабораторные данные: ОАК, ОАМ в пределах нормы.

**Задание:**

Ваша дальнейшая тактика? Какой патогенез данного отечного синдрома?

**Задача № 9**

Больной Б. 29 лет 3 недели назад перенес ангину. Жалобы на тянущие боли в поясничной области, изменение цвета мочи (красноватый оттенок), отеки век, одутловатость лица. Объективно: обнаружена пастозность век и лодыжек. АД 160/100 мм ртст, тоны сердца ритмичные, ЧСС-75 в мин. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 122 г\л, ЦП-1, ретикулоциты, лейкоциты, тромбоциты - в норме. ОАМ: плотность -1018, белок – 0,66 г\л, эритроциты 10-12 в поле зрения, лейкоциты 8-9 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-7000 в 1 мл, лейк-3500 в 1 мл.

**Задание:**

Какова этиология и патогенез данного отечного синдрома?

**Задача № 10**

Больная Н. 51 года обратилась с жалобами на появление отеков голеней и стоп на протяжении недели, периодическую головную боль, колющие боли в области сердца, плохой сон. Из анамнеза: около 2-х лет отмечает повышение давления до 160/100 мм рт.ст, последние 3-и недели отмечает ухудшение самочувствия, АД стало повышаться до 190/100 мм рт. Лечение было скоррегировано участковым врачом: к эналаприлу, эгилоку, гипотиазиду был добавлен коринфар-ретард, на фоне лечения цифры АД стабилизировались, но появились отеки на ногах. Объективно: обнаружены отеки голеней и стоп. АД 130/80 мм рт.ст., тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-75 в мин. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 134 г\л, ЦП-1, ретикулоциты, лейкоциты, тромбоциты - в норме. ОАМ: светло-желтая, плотность -1018, белок – отсут, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 2-4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г\л, билирубин – 18,8 мкмоль/л; сахар крови - 4,7 ммоль\ л; холестерин – 6,2 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

**Задание:**

Какова этиология данного отечного синдрома? Поставьте диагноз больному, назначьте лечения.

**Задача № 11**

Больная Б. 58 лет поступила с жалобами на резкие, распирающие боли в области левой голени, отек голени, симптомы появились внезапно и нарастают в течении суток. Из анамнеза больной: страдает ИБС, АГ, хроническим бронхитом. Объективно: левая голень увеличена в размере, за счет увеличения мышечного объема голени, кожа левой голени слегка цианотичная, пальпация болезненна. Данные по органам и системам без особенностей. АД 120/80 мм рт.ст, PS=89 в мин.

На момент поступления на ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 94 в мин., отклонение ЭОС влево, гипертрофия ЛЖ, нарушены процессы реполяризации по задней стенки ЛЖ; на ЭХО-КГ увеличена масса миокарда, толщины стенок МЖП и ЗС левого желудочка, ФВ=69%. ОАК, ОАМ – без отклонений.

**Задание:**

Какая этиология и патогенез данного отечного синдрома?

Поставьте диагноз больной и распишите план обследования, лечения.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 13 Дифференциальная диагностика при мочевом синдроме**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Диагно­стические критерии заболеваний, проявляющихся преимущественно ге­матурией, пиурией, протеинурией

2.Возможности лабораторно-инструментальных методов исследования при дифференциации мочевого синдрома. показания для пункционной биопсии почек

3.Рассматривается поражение почек при сахарном диабете, системных заболеваниях соединительной ткани, системных васкулитах, миеломной болезни

4..Алгоритм проведения дифференциального диагноза мочевого синдрома и его лечения

5.Осо­бенности терапии основного заболевания при присоединении пораже­ния почек)

**Тестовые задания**

1. **При каких состояниях протеинурия носит функциональный характер:**
2. ортостатическая
3. протеинурия напряжения
4. лихорадочная протеинурия
5. при ожирении
6. все перечисленное
7. **Какое количество выделяемого белка в сутки является физиологической нормой**
8. 10-20 мг/сут
9. 20-30 мг/сут
10. 30-50 мг/сут
11. 50-60 мг/сут
12. до 100 мг/сут
13. **Протеинурия, гипопротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для**
14. цистита
15. пиелонефрита
16. почечно-каменной болезни
17. острого гломерулонефрита
18. амилоидоза почек
19. **Абактериальная лейкоцитурия может быть:**
20. при туберкулезе
21. гломерулонефритах
22. токсико- аллергическом поражении мвп
23. все ответы неверны
24. все ответы верны
25. **Появление в моче белка Бенс- Джонса характерно для**:
26. диабетической нефропатии
27. подагрической нефропатии
28. миеломной нефропатии
29. анальгетической нефропатии
30. все ответы верны
31. **Какие из признаков несут информацию о функциональных способностях почки**:
32. содержание белка в моче
33. изостенурия
34. снижение клубочковой фильтрации
35. повышение мочевины
36. повышение креатинина в плазме
37. **Эритроциты при внепочечной гематурии характеризуются**:
38. правильной формой
39. одинаковыми размерами
40. отсутствием фрагментации и деформации мембраны
41. все ответы верны
42. все ответы неверны
43. **Содержание форменных элементов в пробе Ничепоренко определяется:**
44. в поле зрения микроскопия
45. в суточном количестве мочи
46. в 1 мл мочи
47. все ответы верны
48. все ответы неверны
49. **Цилиндры в моче наблюдаются при всех заболеваниях кроме**:
50. пиелонефрит
51. инфекции нижних мвп
52. острого гломерулонефрита
53. хронического гломерулонефрита
54. тубулоинтерстициальных нефритов
55. **Клубочковая органическая протеинурия связана с :**
56. потерей отрицательного заряда клубочкового фильтра
57. с повреждением клубочкового фильтра лизосомальными ферментами
58. с внутриклубочковой гипертензии
59. все ответы верны
60. все ответны неверны
61. **Преренальная протеинурия наблюдается при всех заболеваниях, кроме**:
62. рабдомиолиза
63. нефротического синдрома
64. миеломной болезни
65. внутрисосудистого гемолиза
66. макроглобулинемии Вальденстренма
67. **Мочевой синдром при гломерулонефрите характеризуется:**
68. гематурия;
69. бактериурия;
70. кристаллурия;
71. лейкоцитурия;
72. протеинурия.
73. **Критериями обострения для больных с изолированным мочевым синдромом являют**ся:
74. увеличение протеинурии в 8-10 раз в разовых анализах мочи;
75. увеличение эритроцитурии в 2-3 раза в разовых анализах мочи;
76. увеличение эритроциурии в 8-10 раз в разовых анализах мочи;
77. суточная потеря белка увеличивается более, чем на 1 г;
78. суточная потеря белка увеличивается в 8-10 раз.
79. **У больного гломерулонефритом используют следующие инструментальные методы обследования:**
80. посев мочи для выявления β-гемолитического стрептококка группы А
81. проба Зимницкого
82. проба Реберга.
83. пункционная биопсия;
84. двухстаканная проба по Нечипоренко
85. **Морфологические изменения, характерные для хронического пиелонефрита**.
86. постепенное уменьшение почки в размере.
87. морфологические изменения обычно симметричны;
88. чашечно-лоханочная система расширяется, деформируется;
89. изменения в паренхиме локализуются в мозговом слое;
90. изменения в паренхиме локализуются в корковом слое.
91. **Урография при пиелонефрите позволяет**
92. определить размеры почек;
93. определить положение почек;
94. выявить инфекцию в мочевыводящих путях;
95. выявить конкременты;
96. выявить начальную почечную недостаточность
97. **Для обострения хронического пиелонефрита характерно**:
98. интенсивные боли в поясничной области;
99. лихорадка;
100. макрогематурия;
101. никтурия
102. ознобы.
103. **Основные синдромы обострения хронического пиелонефрита**:
104. мочевой синдром;
105. дизурический;
106. интоксикационный;
107. нефротический синдром;
108. нефритический синдром.
109. **Для диагностики хронического пиелонефрита используют**:
110. общий анализ мочи;
111. проба Реберга;
112. проба Зимницкого;
113. проба Нечипоренко;
114. УЗИ почек.
115. **Мочевой синдром при пиелонефрите включает в себя**:
116. лейкоцитурия;
117. эритроцитурия;
118. протеинурия ;
119. бактериурия;
120. олигурия.
121. **Обострение хронического пиелонефрита характеризуется**:
122. дизурия или полиурия с повышением температуры
123. массивная протеинурия свыше 3,5 г/сут
124. деформация полостных систем почек и атония мочеточников
125. боли в поясничной области при движении
126. бактериурия более 100000 МТ в 1 мл мочи
127. **Мочевой синдром при хроническом пиелонефрите включает**:
128. гематурия
129. протеинурия
130. бактериурия
131. снижение относительной плотности мочи

1. **Наиболее типичные клинические симптомы при хроническом пиелонефрите**:
2. интоксикационный
3. болевой
4. кардиальный
5. нефротический
6. дизурический
7. **Развитию пиелонефрита способствуют:**
8. нарушения местного иммунитета
9. гормональные нарушения
10. нарушение уродинамики
11. прием нефротоксических препаратов
12. **Методы лечения обострения хронического пиелонефрита**
13. антибактериальная терапия
14. дезинтоксикационная терапия
15. гормональная терапия
16. фитотерапия
17. санаторно-курортное лечение
18. **Горячую ванну применяют при**
19. кишечной колике
20. печоночной колике
21. почечной колике
22. желудочном кровотечении
23. **Какие исследования проводятся при мочекаменной болезни**
24. урография
25. хромоцистоскопия
26. ангиография
27. цистоскопия
28. ирригоскопия
29. **Какое диагностическое исследование проводится при исследовании мочевого пузыря**:
30. цистоскопия
31. ирригоскопия
32. урография
33. хромоцистоскопия
34. **При почечной колике боли иррадиируют**:
35. в левое плечо
36. в правое плечо
37. в паховую область
38. под правую лопатку
39. **Что содержит моча цвета «мясных помоев**»
40. бактерии, желчные пигменты
41. эритроциты, белки
42. цилиндры, соли
43. лейкоциты, эпителий
44. **Для определения функционального состояния почек, какой анализ мочи используется**:
45. общий
46. бактериологический
47. по Нечипоренко
48. по Зимницкому
49. **Что из перечисленного не характерно для мочевого синдрома при хроническом пиелонефрите:**
50. выраженная протеинурия
51. умеренная протеинурия
52. преобладающая лейкоцитурия
53. бактерурия
54. гипостенурия
55. **Что из перечисленного отличает хронический пиелонефрит от хронического гломерулонефрита?**
56. гематурия
57. снижение клубочковой фильтрации
58. симметричное поражение почек
59. нефротический синдром
60. положительные посевы мочи
61. **Относительная плотность мочи при хроническом пиелонефрите**:
62. Снижается
63. Повышается
64. Не изменяется
65. **Для обострения хронического гломерулонефрита характерно**:
66. нарастание протеинурии и гематурии, усиление отёков;
67. нарастание протеинурии, появление хронической почечной недостаточности, гипотензия, пиурия;
68. появление гипертензиоинного синдрома, острая почечная недостаточность, гипохолестеринемия, микрогематурия.
69. **Количество микробных тел при истинной бактериурии**:
70. Менее 106 МТ в 1 мл мочи
71. Более 105 МТ в 1 мл мочи
72. Более 104 МТ в 1 мл мочи
73. **Клинические проявления хронического гломерулонефрита характеризуются сочетанием основных синдромов**
74. мочевого;
75. нефротического;
76. болевого;
77. гипертензионного
78. **Какой вариант помощи при почечной колике наиболее эффективен:**
79. минеральная вода, грелка
80. горячая ванна, пиво
81. горчичники на поясницу, нитрофуран

**Ситуационные задачи**

**Задача№ 1**

Больная 47 лет доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познабливание. 20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышение АД до 180/100 – 200/120 мм рт. ст.

При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии – расширение левой границы относительной тупости сердца кнаружи на 1 см. АД - 190/120 мм рт. ст. Положительный симптом Пастернацкого справа.

Общий анализ мочи: количество – 150,0; плотность – 1007, белок – 0,099 г/л, эпителий – большое количество, лейкоциты – 40-60 в п/зр, эритроциты – 3-4 в п/зр, цилиндры (гиалиновые) – 1-2 в п/зр.

**Задания:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача№ 2**

Больной 49 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы. Выяснено, что около 3-х месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРВИ, появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке. Десять лет назад – открытый перелом бедра слева, неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре.

Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на 3 см короче правой, в средней трети бедра – послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задне-нижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст., пульс – 82 уд. в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, несколько увеличен в размерах. Определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,4 х 1012; Нв – 100 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 5,0 х 109, э-1, п-4, с-61, л-29, м-5, СОЭ-60 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; цвет – светло-желтый, реакция – кислая; плотность – 1020, сахар – нет, белок – 5,3 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 0, гиалиновые цилиндры 3-4 в п/зрения.

Креатин крови – 88 мкмоль/л ( N 40-150), мочевина – 6,8 (3-7) мкмоль/л.

**Задания:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача № 3**

Больной 35 лет. Жалобы на общую слабость, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, постоянные ноющие боли в поясничной области, появление отеков на лице по утрам. Болен в течение 1-1,5 лет, четких сроков начала заболевания указать не может.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы бледные. Отеки на лице, на нижних конечностях отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук, границы легких в пределах нормы, дыхание везикулярное. ЧДД – 15 в мин. Прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, ригидный разлитой. Граница относительной сердечной тупости: левая совпадает с верхушечным толчком, правая – у правого края грудины, верхняя – край 3 ребра. Сердечный ритм правильный, на верхушке короткий систолический шум, акцент II тона во II межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положителен с обеих сторон.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная, плотность – 1010, белок – 0,4 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – 25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры 8-12 в п/зр.Общийанализ крови: эритроциты 4,0 х 1012; Нв – 127 г/л, цв. показ. – 0,9; лейкоциты – 8,9 х 109, э-3, п-7, с-39, л-41, м-10, СОЭ-28 мм/час.

Креатин крови – 86 мкмоль/л, мочевина – 6,6 мкмоль/л.

**Задания:**

1. Выделите основные синдромы.

2. Укажите диффренциально-диагностический ряд заболеваний с учетом выявленных синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача № 4**

Больной С 62 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на выраженные отеки ног, головные боли при повышении АД максимально до 190/110 мм рт. ст., общую слабость.

Из анамнеза стало известно, что АД повышается около 15 лет, но пациент по этому поводу не обследовался, гипотензивные не получал. Отеки появились 3 месяца назад. Обратился по месту жительства, получал фуросемид, энам, эгилок без особого эффекта. Направлен к нефрологу ООКБ.

При поступлении состояние тяжелое. Бледный. Кожные покровы чистые, суховаты на ощупь. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца ритмичны, глухие. ЧСС 90 в мин, АД 180/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, определяется жидкость. Симптом Пастернацкого положит с обеих сторон. Отеки стоп, голеней, бедер, нижней части живота.

Обследование:

OAK: Hb -72 г/л, ЦП 0,88, эритроциты - 2.85 \*1012/л, лейкоциты - 13.4- 8,7\*109/л, тромбоциты- 258 \*109/л, СОЭ-28-61 мм/ч , п/я-1 % с/я-74%, лимфоциты - 20 %, моноциты - 4%, эоз-1%.

БАК: сахар крови-4.51 , ммоль/л; мочевина 24 ммоль/л; креатинин - 519 мкмоль/л, общий белок - 42 г/л; РМП на сифилис, гепатиты отрицат, билирубин общ-8.3 мкмоль/л, холестерин 6,4 ммоль/л. Ревматоидный. фактор-отр, С реакт белок - отр., АЛАТ-6, АСАТ-14, гаммаГТП-16.1, онкомаркеры в норме.

РМП на сифилис отр.

Протромбиновое время-13.1, протромбиновый индекс-104, фибриноген-5.6,

LЕ клетки не обнаружены.

ПСА-0.7 НГ/мл,

Аутоантитела к денатурированной ДНК в крови положит., прямая проба Кумбса отриц.

Ревматоидный фактор 3,5 норма, антитела к модифицированному цитруллинированному виментину не обнаружены.

ОAM : уд.вес-1006 , белок-4,2 ,эпителий поч-0-1 лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты нет в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр,зер-0-1в п\зр

Исследование стернального пунктата: костный мозг содержит повышенное количество ядерных элементов, неравномерно распределённых по препарату. Бласты 1 % ядерного состава Зернистый росток составляет 71 % преобладают молодые формы нейтрофилов (ПСИ 1,02) Лимфоциты 13.0 % ядерного состава. Красный росток сужен, составляет 13,1% ИСАО, 88. Кроветворение по нормобластическому типу. Мегакариоцитарный росток активно функционирует.

Гематолог: В настоящее время данных за заболевание крови нет. Лейкемоидная реакция миелоидного типа.

Патогистологическое исследование полипа сигм. кишки: кусочки железистого полипа толстой кишки. Окраска на амилоид отрицательная.

Посев мочи: Рост бак. флоры не обнаружен.

УЗИ почек : правая 119 х 62 х 22-23 мм, левая 124 х 60 х 22-23 мм, контуры неровные положение типичное, паренхима выражено неоднородна, синусы расширены, пирамидки набухшие.

Узи внутренних органов: признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, признаки гепатомелии, признаки реактивных изменений стенок желчного пузыря, двустороннего гидроторакса.

Рентгеноскопия легких: Эмфизема легких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рентгеноскопия пищевода, желудка: Признаки гастрита, бульбита. Рентгеноскопия органов грудной полости: лёгочные поля без добавочных теней. В пределах синусов сохраняется жидкость. Заключение: эмфизема лёгких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рентгеноскопия желудка, пищевода и 12 п кишки: акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим, контуры его ровные. Ампула формируется, кардия смыкается. Свод и газовый пузырь желудка не изменён. В положении лёжа расположен под куполом диафрагмы. Желудок обычно расположен, содержит слизь и жидкость. Перистальтика обычной глубины, симметричная . Эвакуация своевременная, привратник проходим. Луковица 12п кишки с розовыми контурами. Отмечается с-м воздуха в ловушке: пассаж по 12 п кишке не нарушен.

ЭГДС: без патологии.

УЗИ предстательной железы: Эхографические признаки ДГПЖ небольших размеров, задержки мочи.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 80 в мин., ЭОС горизонтальная, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКС: Склероз аорты. Умеренная концентрическая гипертрофия стенок левого желудочка. Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка по модели аномальной релаксации. Краниограмма: без патологии. Колоноскопия: полип сигмовидной кишки.

Лор: Без видимой патологии.

Окулист: ангиопатия сетчатки.

**Задания**:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Проведите дифференциальный диагноз

3. Назначьте лечение.

**Задача № 5**

У больной Л., 37 лет, внезапно возникла острая боль в правой поясничной области, иррадиирующая в бедро: поведение беспокойное, мочеиспускание учащенное. В анализе мочи свежие эритроциты.  
**Задание**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача № 6**  
Больная И., 30 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в поясничной области, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Больна 2-й день.  
Правильного телосложения. Температура тела 39°С. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Положителен бимануальный симптом острого пиелонефрита. Дизурии нет. Микрогематурия, лейкоцитурия.  
При УЗИ отмечается дилатация чашечно-лоханочной системы слева. Подвижность левой почки ограничена. Ультразвуковая картина правой почки не изменена.  
На обзорном снимке мочевой системы на уровне поперечного отростка L3 слева – тень, подозрительная на конкремент, размерами 9х4 мм. На экскреторных урограммах патологических образований в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелоэктазия. В вышеописанной тени конкремента выявляется расширение мочеточника. Положительный симптом Лихтенберга. При обзорной урографии тень конкремента совпадает с тенью контрастированного мочеточника при экскреторной урографии.  
**Задание**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 14 Дифференциальная диагностика суставного синдрома (ревматоидный артрит, подагра, первично-деформирующий остеоартроз, реактивные артриты и др.)**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация, клинические проявления и диагностические критерии суставного синдрома при системных заболеваниях соединитель­ной ткани, паранеопластических реакциях, подагре и деформирующем остеоартрозе, реактивном артрите.
2. Место рентгенологического исследования в диагностике и дифференциальной диагностике суставного синдрома.
3. Современные лабораторно – инструментальные методы в диагностике и дифференциальной диагностике суставного синдрома.
4. Дифференциально-диагностический алгоритм при суставном синдроме.
5. Алгоритм дифференциального поиска при суставном синдроме .
6. Дифференцированное лечение суставного синдрома.
7. Принципы лечения и основные группы препаратов для лечения суставного синдрома различного генеза (ревматоидного артрита, подагры, острого приступа по­дагры и др.).

**Тестовые задания**

1. **Для какого заболевания характерны узелки Бушара**
2. ревматоидный артрит
3. лайм болезнь
4. подагра
5. остеоартроз
6. узелковом периартериите.
7. **Какое поражение глаз характерно для болезни Рейтера**
8. ирит и иридоциклит;
9. склерит;
10. конъюктивит;
11. блефарит;
12. катаракта.
13. **Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно**
14. генерализованный полиартрит;
15. сосискообразная дефигурация пальцев стоп;
16. сосискообразная дефигурация пальцев рук;
17. артрит суставов 1-го пальца стоп;
18. ассиметричный артрит суставов нижних конечностей.
19. **Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при**
20. гемофилической артропатии;
21. псевдоподагре;
22. псориатическом артрите;
23. ревматоидном артрите;
24. ревматизме.
25. **Укажите наиболее типичные локализации подагрических тофусов**
26. в области крестца;
27. в области разгибательной поверхности локтевого сустава;
28. в области коленных суставов;
29. хрящи носа;
30. ушная раковина.
31. **У Мужчины средних лет возник острый артрит голеностопного сустава с развитием пика боли в первые часы. выберите наиболее важный анамнестический фактор, который позволяет установить диагноз подагры**
32. злоупотребление алкоголем;
33. случай подобного приступа в прошлом с быстрым обратным развитием;
34. случайный половой контакт за неделю до заболевания;
35. склонность к мясной диете;
36. травма.
37. **Для лечения подагры не используется**
38. аллопуринол
39. диклофенак
40. диета
41. препараты золота
42. **Какие суставы преимущественно поражаются при болезни Бехтерева**
43. коленные суставы
44. крупные суставы
45. суставы кистей
46. суставы позвоночника
47. **С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз при остеоартрозе**
48. гнойный артрит
49. паразитарный артрит
50. болезнь Бехтерева
51. ревматоидный артрит
52. **Наиболее целесообразно проводить пункцию сустава при**
53. реактивном артрите
54. ревматоидном артрите
55. паразитарном артрите
56. гнойном артрите
57. **Чаще при гнойном артрите поражаются**
58. мелкие суставы
59. крупные суставы
60. суставы кистей
61. суставы позвоночника
62. **Укажите наиболее важный фактор риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите**
63. длительная воспалительная активность процесса;
64. большая суммарная доза глюкокортикостероидов;
65. длительный прием цитостатиков;
66. длительные периоды без лечения;
67. сопутствующие заболевания почек.
68. **Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний**
    1. ревматизма
    2. системной красной волчанки
    3. дерматомиозита
    4. ревматической полимиалгии
    5. системной склеродермии
69. **Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в**
70. локтевых суставах
71. плечевых суставах
72. проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах
73. коленных суставах
74. голеностопных суставах
75. **За медицинской помощью обратилась женщина 32 лет с явлениями**

**артрита коленного и голеностопного суставов. На передней поверхности**

**голеней определяются болезненные подкожные узлы размером с 3-5 смс**

**цианотичной окраской кожи над ними. Скорость оседания эритроцитов –**

**35 мм/ч.Наиболее вероятный диагноз**

1. ревматоидный артрит
2. острая ревматическая лихорарадка
3. синдром Лефгрена (форма Саркоидоза)
4. вирусный артрит
5. подагрический артрит
6. **Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются**
7. гепатотоксические
8. нефротоксические
9. гематологические
10. кожные
11. желудочно-кишечные
12. **Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является**
13. укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;
14. ульнарная девиация
15. в виде "шеи лебедя"
16. в виде "бутоньерки"
17. в виде "молоткообразного пальца"
18. **Самой частой причиной смерти при ревматоидном артрите является**
19. некротизирующийваскулит с вовлечением жизненноважных органов
20. поражение легких
21. подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга
22. уремия при вторичном амилоидозе почек
23. осложнения лекарственной терапии
24. **Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является**
25. тест муцинового сгустка
26. определение глюкозы в синовиальной жидкости
27. определение комплемента в синовиальной жидкости
28. микроскопическое исследование синовиальной жидкости
29. клинический анализ крови
30. **Из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов цитопению при длительном применении вызывает**
31. напроксен
32. пироксикам
33. бутадион
34. диклофенак-натрия (вольтарен)
35. индометацин
36. **Наиболее типичным для псориатического артрита является**
37. эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах
38. латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике
39. анкилозирование межпозвонковых суставов
40. первые признаки заболевания кожные
41. наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике
42. **При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса**
43. тазобедренные суставы;
44. коленные суставы;
45. дистальные межфаланговые суставы кистей;
46. плечевые суставы;
47. голеностопные суставы.
48. **Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно:**
49. дефигурция суставов, обусловленная скоплением экссудата;
50. поражение крупных суставов;
51. высокие показатели активности ревматического процесса;
52. быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах
53. все вышеперечисленное
54. **Для этиологии и патогенеза гонококкового артрита верны следующие положения:**
55. возбудителем является гонококк;
56. гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага;
57. предрасполагающими факторами у женцин являются менструации и беременность;
58. при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей
59. все вышеперечисленное
60. **К Характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относится:**
61. околосуставной остеопороз;
62. узурация суставных поверхностей эпифиза;
63. кисты в эпифизах;
64. сужение суставной щели
65. все вышеперечисленное
66. **Общим признаком заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, является:**
67. наличие сакроилеита;
68. асимметричный артрит периферических суставов;
69. тендеция к семейной агрегации;
70. преимущественное поражение суставов нижних конечностей
71. все вышеперечисленное
72. **Сакроилеит встречается при:**
73. синдроме Рейтера;
74. псориатическом артрите;
75. болезни Бехтерева;
76. неспецифическом язвенном колите
77. все вышеперечисленное
78. **Диетотерапия подагры включает:**
79. ограничение суточного потребления белков;
80. малокалорийную диету;
81. ограничение потребления бобовых;
82. ограничение спиртных напитков
83. все вышеперечисленное
84. **Характерным признаком двухстороннего коксартроза является:**
85. протрузия вертлужных впадин;
86. укорочение нижних конечностей;
87. сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме;
88. нарушение внутренней и наружной ротации бедер
89. все вышеперечисленное
90. **При остеоартрозе применяются:**
91. нестероидные противовоспалительные препараты;
92. трасилол;
93. поливинилпирролидон;
94. глюкокортикостероиды внутрисуставно
95. все вышеперечисленное
96. **Применение кальцитонина при остеопорозе:**
97. подавляет резорбцию костной ткани;
98. способствует предотвращению переломов костей;
99. увеличивает плотность костной ткани;
100. оказывает аналгезирующее действие
101. все вышеперечисленное
102. **Этиологическим фактором септического артрита может быть:**
103. стафиллококк;
104. стрептококк;
105. клебсиелла;
106. протей
107. все вышеперечисленное
108. **Для болезни Лайма (бореллиоза) характерно:**
109. мигрирующая эритема;
110. артрит, появляющийся через 2 мес. после возникновения эритемы;
111. лимфаденопатия;
112. поражение цнс
113. все вышеперечисленное
114. **На развитие острого подагрического артрита влияет:**
115. носоглоточная инфекция;
116. нарушение режима питания;
117. значительное физическое перенапряжение;
118. голодание
119. все вышеперечисленное
120. **Развитию первичного остеоартроза способствует:**
121. генетические факторы;
122. ожирение;
123. дисплазия суставов, приводящая к изменению конгруэнтности суставных поверхностей;
124. перегрузка суставов в связи с профессией, черезмерным занятием спортом
125. все вышеперечисленное
126. **Характерным рентгенологическим признаком остеоартроза межфаланговых суставов - дистальных (узлы Гебердена) и проксимальных (узлы Бушара) - является:**
127. сужение суставных щелей;
128. субхондральный остеосклероз;
129. узурация суставных поверхностей костей;
130. остеопороз
131. все вышеперечисленное
132. **У больного ревматоидным артритом с высокой активностью воспалительного процесса возникли чувствительные нарушения в дистальных отделах конечностей. наиболее вероятная причина этого явления:**
133. менингоэнцефалит;
134. лекарственная нейропатия;
135. корешковый синдром, сопутствующий ревматоидному артриту;
136. периферическая нейропатия, связанная с основным заболеванием
137. все вышеперечисленное
138. **Рациональная медикаментозная терапия первичного остеартроза включает следующие препараты:**
139. нестероидные противовоспалительные препараты;
140. локальное введение глюкокортикостероидов при рективномсиновите;
141. хондропротекторы;
142. только аналгетики
143. все вышеперечисленное
144. **Морфогическое исследование имеет решающее значение при постановке диагноза:**
145. туберкулез сустава;
146. ревматоидный артрит;
147. саркоидоз;
148. реактивный артрит;
149. виллонодулярный артрит

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Больная 19 лет, беременность 7-8 недель, поступила в клинику с жалобами на боли в мелких суставах кистей, стоп, их отечность. Беспокоит утренняя скованность до 30 минут. Проживает в сельской местности, часто употребляет в пищу речную рыбу. С 11 лет страдает узловатой эритемой. Заболела 5 лет назад, когда впервые появились боли в кистях рук. Затем с течением времени начали болеть другие суставы. При осмотре выявлена отечность кистей рук и нарушение их функции. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 74 уд. в мин, АД – 120/70. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: гемоглобин 100 г/л, СОЭ – 30

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “+”, РФ “-”

Рентгенография суставов – без патологии.

Дуоденальное зондирование – обнаружены описторхии в трех порциях желчи.

**Вопрос:**

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифф. диагноз?
3. Лечебная тактика?

**Задача №2.**

Больной 29 лет поступил в клинику с жалобами на боли в левом голеностопном суставе, отечность сустава, боли при ходьбе. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес гонорею, отец страдает ревматоидным артритом. При осмотре голеностопный сустав отечный, подвижность ограничена из – за болевых ощущений. При ходьбе пациент прихрамывает. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 84 уд. в мин, АД – 110/70. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: незначительный лейкоцитоз, СОЭ – 7.

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “-”, РФ “-”

В мазке гонококки не обнаружены

ПЦР на хламидии “-”

Рентгенография сустава – без патологии.

Конс. лор врача – хронический гайморит, вне обострения

Конс. стоматолога – ротовая полость санирована.

**Вопрос:**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача №3**

Больная 69 лет поступила в клинику с жалобами на боли в коленных, тазобедренных суставов, их деформацию, головные боли. Ходит с помощью костылей. Из анамнеза известно, что 25 лет отмечает боли в суставах, неоднократно лечилась в стационарах и амбулаторно. При осмотре суставы деформированы, отека нет, кожные покровы над суставами обычной окраски. Движения в коленных и тазобедренных суставах невозможны, из – за выраженной деформации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 64 уд. в мин, АД – 150/90. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: СОЭ – 11.

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “-”, РФ “+”

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС – 78, ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка. Блокада правой ножки пучка Гиса.

**Вопрос:**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача №4**

Больной 43 лет поступил в клинику с жалобами на боли в суставах кистей (II и III пястно-фаланговый и проксимальные межфаланговые), а также в плюснефаланговых, коленных, лучезапястных, голеностопных суставах.При осмотре суставы отечные, при движение резкая болезненность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин, АД – 120/70. Живот спокоен. Отеков нет.

ОАК: лейкоцитоз, СОЭ – 20

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “+”, РФ “-”

ИФА на хламидии “+”

Был поставлен диагноз реактивного артрита и назначено лечение. После окончания курса лечения хламидийной инфекции, суставной синдром сохранялся. Был поставлен диагноз ревматоидного артрита и назначено лечение.

При дополнительном обследовании в крови было выявлены

LE-клетки “+”

**Вопрос:**

1. Какой природы суставной синдром у данного больного. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача №5**

Больной 57 лет поступил в клинику с диагнозом гипертонической болезни. На 4 сутки госпитализации появилась температура 38, боли и сильный отек левой голени. Был заподозрен тромбофлебит глубоких вен голени.При осмотре левая голень равномерна отечна. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин, АД – 140/70. Живот спокоен.

ОАК: выраженный лейкоцитоз, СОЭ – 28

ОАМ: без патологии

Биохимия крови: СРБ “++”, РФ “-”

Доплер сосудов нижних конечностей – без патологии.

Пункция левого коленного сустава – получен гной

**Вопрос:**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача№6**  
В поликлинику обратилась женщина 24 лет, у которой через 3 мес. после родов появились артриты мелких суставов кисти, непродолжительная утренняя скованность, слабость, утомляемость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр во 2-й половине дня, усиленное выпадение волос. Давность вышеперечисленных жалоб – около 1 мес. Похудела на 5 кг.   
**Задание:**1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача № 7**

Больная Е., 31 год, почтальон.   
Жалобы при поступлении: на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14–15 ч дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 мес., выраженную общую слабость.  
Из анамнеза: около 7 мес. назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала метамизол натрий без существенного эффекта.  Состояние ухудшилось в последние 4 мес. (скованность, субфебрилитет, похудание), значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы. По совету соседки принимала ацетилсалициловую кислоту, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.  
При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,4ºС. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5х0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы дефигурированы, увеличены в объеме, определяются гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД – 17/мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС – 78/мин. АД – 132 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены.  
В анализах крови: гемоглобин – 99,4 г/л, лейкоциты – 9,1 тыс., тромбоциты – 519 тыс., СОЭ – 46 мл/ч. Электрофорез белков: альбумины – 43,7%, глобулины:   
α1 – 4,9%, α2 – 12,8%, β – 12,4%, γ – 26,2%. С-реактивный белок +++, фибриноген – 4,38 мг/дл, реакция Ваалера – Роуза – 1:1028. Железо – 152 мг/дл.  
Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II–III пястных костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II–IV слева и II–III пястно-фаланговых суставов справа.  
Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка, складки слизистой утолщены. Эрозий и язв не выявлено.  
**Задание:**1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз  
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.  
  
**Задача № 8**  
Больная А., 32 года, домохозяйка, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, «припухание» пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде. Вышеуказанные симптомы появились около 4 нед. назад.  
При осмотре: температура тела 36,7°С. Симметричное увеличение в объеме всех пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся их посинением в тепле. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 уд./мин. ЧСС 76/мин. АД 115 и 75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.   
В анализах крови: гемоглобин – 14,7 мг/дл, лейкоциты – 6,2 тыс., тромбоциты – 210 тыс., СОЭ – 29 мм/час. Креатинин – 1,0 мг/дл, глюкоза – 101 мг/дл, АСТ – 18 ед./л, АЛТ – 20 ед./л. С-реактивный белок – 1,5 мг/дл. АНФ – отрицательно. РФ в реакции Ваалера – Роуза – 1:160.  
**Задание:**1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз  
  
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 15 Дифференциальная диагностика диффузных заболеваний соединительной ткани (СКВ, узелковый периартериит, ревматоидный артрит, дерматомиозит, склеродермия)**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация, клинические проявления и диагностические критерии диффузных заболе­ваний соединительной ткани: гранулематоза Вегенера, системной красной волчанки, системной склеродермии, узелкового периартериита, дерматомиозита, синдрома Гудпасчера.
2. Место рентгенологического исследования в диагностике и дифференциальной диагностике диффузных заболе­ваний соединительной ткани.
3. Лабораторно – инструментальные методы в диагностике и дифференциальной диагностике диффузных заболе­ваний соединительной ткани.
4. Алгоритм дифференциального диагноза при диффузных заболе­ваниях соединительной ткани.
5. Принципы лечения и основные группы препаратов для лечения диффузных заболе­ваний соединительной ткани.
6. Неотложная терапия и профилактика побочного действия лекарств, при­меняемых в ревматологии)

**Тестовые задания**

1. **Какие суставы чаще всего вовлекаются в патологический процесс при РА?**
2. Проксимальные межфаланговые суставы кистей.
3. Дистальные межфаланговые суставы кистей.
4. Коленные суставы.
5. Суставы поясничного отдела позвоночника.
6. Суставы шейного отдела позвоночника.
7. **Выберите рентгенологические изменения, характерные для РА:**
8. Остеофиты.
9. Эрозии суставных поверхностей.
10. Остеосклероз.
11. Околосуставной остеопороз.
12. **Укажите наиболее типичные изменения в клиническом анализе крови больных РА:**
13. Лейкопения.
14. Ускорение СОЭ.
15. Гипохромная анемия.
16. Тромбоцитопения.
17. **Для суставного синдрома при РА характерно:**
18. Симметричный артрит с преимущественным поражением суставов кистей.
19. Одностороннее поражение первого плюснефалангового сустава стопы.
20. Наличие стойких и выраженных деформаций. Г. +Утренняя скованность в суставах.
21. Неэрозивный полиартрит.
22. **Укажите наиболее частые внесуставные (системные) проявления РА:**
23. Ревматоидные узелки.
24. Аутоиммунный гепатит.
25. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит.
26. Полиневропатия.
27. Поражение кожи.
28. **Выберите характерные иммунологические изменения при РА:**
29. Появление антиядерных антител.
30. Определение ревматоидного фактора.
31. Гипокомплементемия.
32. Появление антикардиолипиновых антител.
33. Появление антител к циклическому цитруллинированному пептиду.
34. **К диагностическим критериям РА относят:**
35. Симметричный артрит.
36. Неэрозивный артрит 2-х или более периферических суставов.
37. Одностороннее поражение суставов стопы.
38. Эрозии суставных поверхностей.
39. **Укажите основные варианты течения РА:**
40. Острое.
41. Медленно прогрессирующее.
42. Межприступное.
43. Быстропрогрессирующее.
44. **Основные способы лечения РА:**
45. Хондропротективная терапия.
46. НПВС.
47. Базисная терапия.
48. Антитромботическая терапия. Д. Плазмаферез.
49. **Укажите базисные противовоспалительные препараты:**
50. Метотрексат.
51. Диклофенак.
52. Сульфасалазин.
53. Преднизолон.
54. Внутривенный иммуноглобулин.
55. **Наиболее характерные кожные поражения при СКВ:**
56. Волчаночная «бабочка».
57. Фотодерматит.
58. Папулезно-сквамозные высыпания.
59. Лихенификация.
60. Дискоидные высыпания.
61. **Выберите неверные утверждения относительно СКВ:**
62. Дебют заболевания в возрасте 60-70 лет.
63. Чаще (в 10-20 раз) встречается у женщин, чем у мужчин.
64. Основными видами лечения являются кортикостероидная и цитотоксическая терапия.
65. Вирусная этиология заболевания.
66. Все утверждения неверны.
67. **Обострение СКВ провоцируют чаще всего:**
68. Погрешности в диете.
69. Инсоляция.
70. Физическая нагрузка.
71. Прием оральных контрацептивов.
72. Вакцинация.
73. **Для суставного синдрома при СКВ характерно:**
74. Одностороннее поражение первого плюснефалангового сустава стопы.
75. Наличие стойких и выраженных деформаций.
76. Артралгии, не соответствующие выраженности объективных признаков.
77. Симметричный неэрозивный полиартрит.
78. Поражение коленных и тазобедренных суставов.
79. **Варианты течения СКВ:**
80. Непрерывно-рецидивирующее.
81. Острое.
82. Прогрессирующее.
83. Подострое.
84. Хроническое.
85. **Для поражения почек в рамках СКВ характерно:**
86. Иммунокомплексный механизм развития.
87. Развитие хронической почечной недостаточности - одна из частых причин смерти больных СКВ.
88. Протеинурия.
89. Нефролитиаз.
90. Макрогематурия.
91. **Основные причины смертности больных СКВ:**
92. Поражение почек.
93. Интеркуррентная инфекция.
94. Легочное кровотечение.
95. Атеросклероз сосудов с развитием сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт).
96. Острая почечная недостаточность.
97. **Нехарактерные изменения в клиническом анализе крови больных СКВ:**
98. Гемолитическая анемия.
99. Выраженный тромбоцитоз.
100. Эозинофилия.
101. Лейкопения.
102. Лимфопения.
103. **Для подтверждения диагноза СКВ используют следующие методы диагностики:**
104. Рентгенологическое исследование суставов.
105. Иммунологический анализ крови.
106. Общий анализ крови.
107. Исследование синовиальной жидкости.
108. Общий анализ мочи.
109. **Основные группы препаратов для лечения СКВ:**
110. Кортикостероиды.
111. Препараты золота.
112. Аминохинолиновые препараты.
113. Сульфасалазин.
114. Цитостатики.

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Больная 19 лет, беременность 7-8 недель, поступила в клинику с жалобами на боли в мелких суставах кистей, стоп, их отечность. Беспокоит утренняя скованность до 30 минут.

Проживает в сельской местности, часто употребляет в пищу речную рыбу.

С 11 лет страдает узловатой эритемой. Заболела 5 лет назад, когда впервые появились боли в кистях рук. Затем с течением времени начали болеть другие суставы.

При осмотре кожные покровы чистые, бледно розовые, выявлена отечность кистей рук и нарушение их функции из – за боли. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 74 уд. в мин, АД – 120/70 мм.рт.ст. Живот спокоен. Стул и диурез не изменены.

ОАК: эритроциты 3,5\*10/9, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 12,0\*10/9, тромбоциты 220\*10/9, п/я-2, с/я-68, э-10, л-15, м-5, СОЭ – 30 мм в час.

ОАМ: светлая, желтая, прозрачная, удельный вес – 1016, белок – отр, сахар – отр.

Биохимия крови: СРБ “+”, РФ “-”

Рентгенография суставов – без патологии.

Дуоденальное зондирование – обнаружены описторхии в трех порциях желчи.

**Вопрос:**

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача №2.**

Больной 29 лет поступил в клинику с жалобами на боли в левом голеностопном суставе, отечность сустава, боли при ходьбе.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес гонорею, отец страдает ревматоидным артритом.

При осмотре покровы чистые, бледно розовые, левый голеностопный сустав отечный, подвижность ограничена из – за болевых ощущений. При ходьбе пациент прихрамывает. В легких дыхание везикулярное, ЧДД-18 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 84 уд. в мин, АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот спокоен. Стул и диурез не изменены.

ОАК: эритроциты 4,5\*10/9, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 16,0\*10/9, тромбоциты 220\*10/9, п/я-2, с/я-68, э-0, л-20, м-10, СОЭ – 20 мм в час.

ОАМ: светлая, желтая, прозрачная, удельный вес – 1018, белок – отр, сахар – отр.

Биохимия крови: СРБ “-”, РФ “-”

В мазке гонококки не обнаружены

ПЦР на хламидии “-”

Рентгенография сустава – без патологии.

Осмотр лор врача – хронический гайморит, вне обострения

Осмотр стоматолога – ротовая полость санирована.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача №**3.

Больная 69 лет поступила в клинику с жалобами на боли в коленных, тазобедренных суставов, их деформацию, головные боли. Ходит с помощью костылей.

Из анамнеза известно, что 25 лет отмечает боли в выше описанных суставах, неоднократно лечилась в стационарах и амбулаторно.

При осмотре кожные покровы чистые, бледно розовые, коленные и тазобедренные суставы деформированы, отека нет, кожные покровы над суставами обычной окраски. Движения в коленных и тазобедренных суставах невозможны, из – за выраженной деформации. В легких дыхание везикулярное, ЧДД-16 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 64 уд. в мин, АД – 150/90 мм.рт.ст. Живот спокоен. Стул и диурез не изменены.

ОАК: эритроциты 3,5\*10/9, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 5,0\*10/9, тромбоциты 220\*10/9, п/я-2, с/я-68, э-10, л-15, м-5, СОЭ – 11 мм в час.

ОАМ: светлая, желтая, прозрачная, удельный вес – 1016, белок – отр, сахар – отр.

Биохимия крови: СРБ “-”, РФ “+”

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС – 78, ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка. Блокада правой ножки пучка Гиса.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача №**4.

Больной 43 лет поступил в клинику с жалобами на боли в суставах кистей (II и III пястно-фаланговый и проксимальные межфаланговые), а также в плюснефаланговых, коленных, лучезапястных, голеностопных суставах.

При осмотре кожные покровы чистые, обычной влажности. Суставы кистей (II и III пястно-фаланговый и проксимальные межфаланговые), плюснефаланговые, коленные, лучезапястные, голеностопные отечные; при движение резкая болезненность. В легких дыхание везикулярное, ЧДД-16 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин, АД – 120/70 мм.рт.ст. Живот спокоен. Стул и диурез не изменены.

ОАК: эритроциты 4,5\*10/9, гемоглобин 125 г/л, лейкоциты 14,0\*10/9, тромбоциты 220\*10/9, п/я-2, с/я-68, э-10, л-15, м-5, СОЭ – 20 мм в час.

ОАМ: светлая, желтая, прозрачная, удельный вес – 1016, белок – отр, сахар – отр.

Биохимия крови: СРБ “+”, РФ “-”

ИФА на хламидии “+”

Был поставлен диагноз реактивного артрита и назначено лечение. После окончания курса лечения хламидийной инфекции, суставной синдром сохранялся. Был поставлен диагноз ревматоидного артрита и назначено лечение.

При дополнительном обследовании в крови было выявлены

LE-клетки “+”

**Вопрос:**

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Задача №5.**

Больной 57 лет поступил в клинику с диагнозом гипертонической болезни. На 4 сутки госпитализации появилась температура 38, боли и сильный отек левой голени. Был заподозрен тромбофлебит глубоких вен голени.

При осмотре левая голень равномерна отечна, болезненна при пальпации.

В легких дыхание везикулярное, ЧДД-20 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 96 уд. в мин, АД – 140/70 мм.рт.ст. Живот спокоен.

ОАК: эритроциты 4,5\*10/9, гемоглобин 125 г/л, лейкоциты 22,0\*10/9, тромбоциты 220\*10/9, п/я-10, с/я-60, э-10, л-15, м-5, СОЭ – 28 мм в час.

ОАМ: светлая, желтая, прозрачная, удельный вес–1016, белок–отр,сахар–отр.

Биохимия крови: СРБ “++”, РФ “-”

Доплер сосудов нижних конечностей – без патологии.

Пункция левого коленного сустава – получен гной

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте лечение

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 16 Заболевания кишечника: НЯК, болезнь Крона, болезнь Уиппла.**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,* *проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для усного опроса:**

1.НЯК. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация.

2. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация.

3. Болезнь Уиппла. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация.

**Тестовые задания**

1. **Определите наиболее часто встречающиеся клинические формы неспецифического язвенного колита:**
2. Молниеносная.
3. Острая.
4. Хронического непрерывного течения.
5. Хроническая рецидивирующая.
6. Одинаково часто встречаются все формы.
7. **Ведущими синдромами неспецифического язвенного колита являются:**
8. Нарушение стула.
9. Геморрагический.
10. Болевой.
11. Воспалительно-интоксикационный.
12. Все вышеперечисленные.
13. **Назовите критерии, определяющие степень тяжести неспецифического язвенного колита:**
14. Локализация процесса.
15. Частота стула.
16. Наличие осложнений.
17. Воспалительно-интоксикационный синдром.
18. Степень активности.
19. **Для средней тяжести неспецифического язвенного колита характерно:**
20. Частота стула более 8 раз в сутки.
21. Наличие внекишечных осложнений.
22. Наличие осложнений со стороны толстой кишки.
23. Отсутствие осложнений.
24. Локализация процесса в прямой и сигмовидной кишке.
25. **Перечислите основные симптомы, характерные для тяжелой степени неспецифического язвенного колита:**
26. Кровяная диарея.
27. Частота стула более 10 раз в сутки.
28. Схваткообразные боли в животе, связанные с актом дефекации.
29. Постоянные боли в животе.
30. Боли в области сердца.
31. **Лабораторными показателями тяжелой степени неспецифического язвенного колита являются:**
32. Гипокалиемия.
33. Воспалительные изменения в гемограмме.
34. Анемия.
35. Ретикулоцитоз.
36. Гипоальбуминемия.
37. **Один из признаков, отличающих болезнь Крона от язвенного колита:**
38. Понос
39. боли в животе;
40. кровь в кале;
41. образование наружных и внутренних свищей;
42. лихорадка.
43. **Перечислите внекишечные осложнения неспецифического язвенного колита:**
44. Узловатая эритема.
45. Кольцевидная эритема.
46. Пневмония.
47. Склерозирующий холангит.
48. Артриты.
49. **Перечислите угрожающие жизни осложнения со стороны толстой кишки:**
50. Стриктуры.
51. Кровотечение.
52. Токсическая дилатация.
53. Перфорация.
54. Все перечисленное.
55. **Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить:**
56. Метеоризм.
57. Кровотечение.
58. Перфорацию.
59. Малигнизацию.
60. Токсическую дилатацию.
61. **Перечислите характерные признаки токсической дилатации толстой кишки:**
62. Учащение стула.
63. Урежение стула.
64. Метеоризм.
65. Нарастающий характер интоксикации.
66. Лейкоцитоз.
67. **Рентгенологическими признаками токсической дилатации толстой кишки являются:**
68. Метеоризм.
69. Наличие свободного газа в брюшной полости.
70. Расширение диаметра поперечно-ободочной кишки до 4 см.
71. Расширение диаметра поперечно-ободочной кишки более 4 см.
72. Отсутствие гаустраций.
73. **Для перфорации толстой кишки характерно:**
74. Усиление болей в животе.
75. Уменьшение болей в животе.
76. Тахикардия.
77. Брадикардия.
78. Повышение артериального давления.
79. Понижение артериального давления.
80. **Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита проводится с:**
81. Бактериальной дизентерией.
82. Амебным колитом.
83. Туберкулезным колитом.
84. Болезнью Крона.
85. Синдромом раздраженного кишечника.
86. Дивертикулезом сигмовидной кишки.
87. **Назовите принципы диетотерапии при неспецифическом язвенном колите:**
88. Повышение потребления белков.
89. Ограничение потребления белков.
90. Повышение потребления углеводов.
91. Ограничение потребления углеводов.
92. Повышение потребления жиров.
93. Ограничение потребления жиров.
94. Повышение потребления клетчатки.
95. Исключение молока, цитрусовых.
96. **Для лечения неспецифического язвенного колита используют:**
97. Нестероидные противовоспалительные препараты.
98. Кортикостероиды.
99. Холинолитические препараты.
100. Цитостатические препараты.
101. Препараты 5-аминосалициловой кислоты.
102. **Лечение среднетяжелых форм неспецифического язвенного колита включает:**
103. Пероральное назначение кортикостероидов.
104. Внутривенное назначение кортикостероидов.
105. Внутривенное назначение цитостатических препаратов.
106. Назначение препаратов 5-аминосалициловой кислоты.
107. **Лечение тяжелых форм неспецифического язвенного колита включает:**
108. Парентеральное питание.
109. Внутривенное введение кортикостероидов.
110. Внутривенное введение цитостатических препаратов.
111. Препараты 5-аминосалициловой кислоты.
112. Сердечные гликозиды.
113. **Для лечения неспецифического язвенного колита используются все препараты, кроме:**
114. Преднизолона.
115. Гидрокортизона.
116. Сульфасалазина.
117. Мелоксикама.
118. Циклоспорина.
119. Фамотидина.
120. **Абсолютными показаниями для неотложного хирургического вмешательства являются:**
121. Кровотечения, не купирующиеся в течение 48 ч.
122. Перфорация кишки.
123. Токсическая дилатация.
124. Стриктуруры.
125. Малигнизация.
126. Кишечная непроходимость.
127. **Какие жалобы больной будет высказывать при болезни Крона:**
128. Задержка стула.
129. Диарея.
130. Боли в эпигастрии.
131. Боли в мезогастрии .
132. Нарушение аппетита
133. Нарушение сна.
134. **Наиболее вероятный возбудитель болезни Уиппла**
135. Tropherymawhippelii
136. Escherichia coli
137. Helicobacte rpylori
138. Staphylococcus aureus.
139. **Изменения слизистой при неспецифическом язвенном колите заключаются в:**
140. гиперемии, отеке, повышении контактной кровоточивости;
141. изъязвлении на фоне отечной и гиперемированной слизистой;
142. изменении слизистой оболочки со стертым рисунком, псевдополипами;
143. во всех указанных изменениях;
144. ни одном из указанных признаков.
145. **Какого генеза может быть анемия при неспецифическом язвенном колите:**
146. железодефицитная;
147. гемолитическая;
148. оба вида анемии;
149. ни один из указанных видов анемии.
150. **Какой симптом является ведущим при диагностике неспецифического язвенного колита:**
151. запор;
152. понос
153. наличие крови и слизи в каловых массах.
154. Понос в сочетании с запорами
155. **Изменения слизистой при неспецифическом язвенном колите заключаются в:**
156. гиперемии, отеке, повышении контактной кровоточивости;
157. изъязвлении на фоне отечной и гиперемированной слизистой;
158. изменении слизистой оболочки со стертым рисунком, псевдополипами;
159. во всех указанных изменениях;
160. ни одном из указанных признаков.
161. **Какого генеза может быть анемия при неспецифическом язвенном колите:**
162. железодефицитная;
163. гемолитическая;
164. оба вида анемии;
165. ни один из указанных видов анемии.
166. **С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз неспецифического язвенного колита:**
167. острой дизентерией;
168. раком толстого кишечника;
169. болезнью Крона;
170. со всеми перечисленными заболеваниями;
171. ни с одним из перечисленных заболеваний.
172. **Для лечения псевдомембранозного колита используется**
173. метронидазол
174. цефалексин
175. ацикловир
176. омепразол
177. **Терминальный отдел подвздошной кишки не поражается при**
178. псевдомембранозном колите
179. инфекции, вызванной Yersinia Enterocolitica
180. болезни Крона
181. туберкулезе

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная А., 29 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на: частый (до 12 раз в сутки) жидкий стул с примесью слизи, гноя и крови, повышение Т тела до 39°С, снижение аппетита, похудание. Заболела 4 нед назад, когда стала отмечать примесь крови в кале, стул был 5-8 раз в сутки. Лечилась дома, принимала левомицетин, фталазол. В связи с отсутствием эффекта обратилась к участковому врачу, который направил ее в инфекционное отделение с диагнозом дизентерия, где диагноз дизентерии был снят и больная переведена в Гастроэнтерологичое отделение.

Объективно: общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, патологии со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, мочевыделения не выявлено. Язык сухой обложен коричневым налетом, живот вздут, при пальпации отмечается болезненность в левой половине живота в проекции нисходящей и сигмовидной кишок, а также болезненность в зоне Поргеса. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв - 110 г/л, эритроциты - 3,5 х10 в 12/л, цвет.показ. - 0,9 , лейкоциты 9,6 х10 в 9 /л, лейкоцитарная формула не изменена, тромбоциты - 260 х10 в 9/л, СОЭ 32 мм/час.

Время свертывания крови 4 мин. по Сухареву, ретракция кровяного сгустка 2 часа, длительность кровотечения 2 мин. по Дъюку.

Копрологическое исследование: кал в виде сгустков крови и слизи. Ректороманоскопия: слизистая оболочка прямой и сигмовидной кишок отечная, рыхлая, отмечается контактная кровоточивость, на всем протяжении видны эрозии и язвенные дефекты, покрытые фибрином. В просвете слизь, гной, сгустки крови.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Составьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

**Задача № 2**

Больную 32 лет в течение 1,5х месяца беспокоит неустойчивый стул, вздутие живота, метеоризм, умеренная общая слабость, раздражительность, плохой сон с ранним пробуждением, периодически – наличие в кале слизи. Появление этих симптомов связывает с несколькими курсами антибиотикотерапии, которые проводились гинекологом в связи с обострением хронического аднексита. С детства отмечала плохую переносимость некоторых пищевых продуктов, в частности, цельного молока, грибов, огурцов. В анамнезе также дважды пищевая токсикоинфекция (5 и 2 года назад).

Объективно: пониженного питания, кожные покровы и слизистые бледноваты. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальпируется перешеек и правая доля щитовидной железы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце перкуторно не увеличено, тоны ясные, ритм правильный, убывающий систолический шум на верхушке, небольшой акцент II тона на аорте. Пульс 88 в 1 мин. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, кишечник вздут, чувствителен при пальпации. Сигмовидная кишка урчит.

Показатели периферической крови, ФГДС, ректороманоскопия, исследование желудочной секреции – патологии не выявили. Исследование фекальной флоры на дисбактериоз: содержание кишечной палочки – 120 млн/г, гемолитическая кишечная палочка – 15%, ферментирующая – 5%, содержание бифидобактерий – 106 млн/г. REM нормы живности: киш. палочка 300-400, гемолитической нет, ферментир-не более 10%, бифидо-106 и более.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие факторы риска развития заболевания имеются у этого больного?

4. Назначьте лечение.

5. Профилактика этого заболевания.

**Задача № 3**

Ф.И.О. больной: 1958 г.р., Поступила в стационар с жалобами: на боли в животе по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, периодически с прожилками темной крови, тяжесть и периодически схваткообразные боли в правом подреберье, боли в эпигастрии, отрыжку желчью, плохую переносимость жирной пищи, постоянную слабость.

Из анамнеза: боли в животе и изменение стула около года. 5 лет назад холецистэктомия, после этого появились боли в эпигастрии.

Лабораторные данные:

ОАК: Hb – 100 г/л, эритроциты - 3,70 х 1012/л, ЦП – 0,8 , тромбоциты – 299 х 109/л, лейкоциты – 4,4 х 109/л; п/я – 2%; с/я – 55%; э - 0%; л/ф - 34%; м - 9%; СОЭ 17 мм в час.

ОАМ: Уд. вес 1013, белок – отр., лейкоциты – 1-2 в п/зр.

Амилазный тест: 360,9-194,9-34,9 Е/л

Копрограмма: цвет корич., офор., р-ция на скрытую кровь – отриц; мыш. волокна с исчерч. - 0-1; без исчерченности – 2-3; жир. кислоты – небольшое кол-во, перевар. клетчатка - отр., внеклет. крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Анализ кала на дисбактериоз: Выявлено увеличение роста общего количества кишечной палочки, отсутствие роста кишечной палочки.

Биохимические показатели крови:

Билирубин общ – 17,0 ммоль/л; общий холестерин-5,8 моль/л; бета-ЛП - 5,4 моль/л; АлАт - 73 Ед/л; АсАт – 45Ед/л; диастаза крови- 63 Е/л; глюкоза крови - 4,35 ммоль/л; общий белок – 73 мг/л; щелочная фосфатаза- 134 Е/л; тимоловая проба- 2,7; ГГТ- 63 Е/л; фибриноген - 2,6; ПТВ - 14,3; ПТИ - 92%;

ИФА к описторхиям, токсокарам - отр. ИФА к лямблиям – полож, титр 1:100.

ИФА.к.Helicobacter.pylori – отриц. ВГС+HBsAg-отрицательный.

Анализ желчи: Порция «А» -80,0; желтая, слабо мутная, эпителий плоский небольшое кол-во, лейкоциты 8-10 в п/з, аморфные соли неб кол-во. Порция «В» - удален желчный пузырь. Порция «С» - 7,0; желтая, слабо мутная, аморфные соли неб кол-во. Лямблии и яйца описторха не найдены.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 74 в мин. Полугоризонтальное положение ЭОС. Нарушение в/желудочковой проводимости.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 69 мм, правая доля 167 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно-неоднородная, эхогенность слегка повышена с эффектом затухания эхо-сигнала. Воротная вена 8 мм, холедох-7-8 мм. В паренхиме микрокальцинаты. Желчный пузырь: удален. Поджелудочная железа – 25x15x25 мм, контуры нечеткие, эхоструктура неоднородная, эхогенность повышена. Селезёнка – 96х40мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки – правая 100х53х17 мм, левая 103х53х17 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима обычная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЭГДС: Поверхностный очаговый гастрит.

RRS: (на 20 см). Патологии нет.

Колоноскопия: Просвет кишки свободен, с неизмененной слизистой до селезеночного угла. Начиная с селезеночного угла и на всем протяжении поперечно-ободочной кишки, просвет сужен из-за выраженного отека. Кишка с гиперемированной слизистой с множеством эрозий, изъязвлений, покрыта налетом фибрина серого цвета. При контакте слегка кровоточит. Другие отделы не изменены. Закл: признаки язвенного колита.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Назначьте лечение.

**Задача№ 4**

Больной Д. 47 лет поступил с жалобами на боли в эпигастрии, рвоту «кофейной гущей», изжогу, тошноту, резкую слабость и головокружение, затрудненную и болезненную дефекацию.

Из анамнеза: много лет страдает гастритом, дважды были кратковременные эпизоды рвоты «кофейной гущей» - 3 и 7 лет назад. Последнее ухудшение состояния 2 дня назад после погрешности в диете. Поддерживающей терапии не получал. В течение года отмечается затрудненная дефекация, 3 месяца назад появились боли при дефекации.

Лабораторные данные:

ОАК: Hb - 118 г/л, Эр. - 4,24 х 1012/л, ЦП – 0.83, тромбоциты – 306 х 109/л, лейкоциты – 5,9 х 109/л, п/я –1%, с/я – 54%, э -7 л/ф -31, м-7, СОЭ 17 мм в час.

ОАМ Уд. вес 1016, белок – отр., л – 3-4 в п/зр, эпителий - отр, цилиндры – гиалиновые един.

Биохимические показатели крови:

Билирубин общ – 10,4 ммоль/ ; общ. холестерин - 4,4, в-ЛП – 4,5, АлАт – 17 Ед/л, АсАт – 12 Ед/л, диастаза крови 66 Ед/л.; щелочная фосфатаза - 115 Е/л; глюкоза крови - 4,86; мочевина - 4,6, креатинин - 90, общ. белок – 64, тимоловая проба - 1,3.

ИФА на Heliсobaсter pylori – положит титр 1:80.

Копрограмма: цвет с/кор., офор., р-ция на скрытую кровь – резко положит, мыш. волокна с исчерч. – 0, без исчерченности – 1-2 п/з, жир. кислоты - неб. кол-во, перевар. Клетчатка - отр. внеклет крахмал - 0. Лейкоциты до нескольких десятков, эритроциты 10-15-20 в п/з. Я/глист не найдены.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 61 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушение в/желудочковой проводимости.

УЗИ внутренних органов: Печень лев. доля 76 мм. прав. доля 158 мм, контуры ровные эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность повышена. Воротная вена 14-15 мм, холедох-5. Желчный пузырь 66х40 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 3 мм, содержимое хлопья, конкрементов нет. Поджелудочная железа – 32x22x30 мм, контуры ровные, эхоструктура слегка неоднородная, эхогенность повышена. Селезёнка –100х40мм, контуры ровные, эхоструктура – однородная, эхогенность – не изменена. Почки – пр. 112х52х17 мм, лев. 110х54х18 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима слегка неоднородная, ЧЛС умеренно расширены. Конкрементов нет.

ЭГДС: Желудок с эластичными стенками, слизистая ярко гиперемирована с эрозиями округлой формы до 0,2 см с налетом гематина. Привратник смыкается. Луковица двенадцатиперстной кишки рубцово деформирована, слизистая гиперемирована, отечна. Закл.: Признаки эрозивного антрального гастрита с геморрагическим компонентом. Бульбита.

Колоноскопия: Эндоскоп введен на 25 см от ануса, где просвет кишки значительно сужен за счет инфильтрации и бугристости стенок по всему периметру. Выше уровня сужения эндоскоп не проходит. При биопсии – фрагментация. Закл: Са сигмовидной кишки.

Биопсия: умеренно дифференцированная аденокарцинома кишки.

Цитология: на фоне эритроцитов скопление опухолевых клеток.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз основного и сопутствующего заболеваний.

2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Назначьте лечение.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 17 Функциональные заболевания пищевода и желудка.**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Классификация функциональных заболеваний пищевода и желудка;

2. Этиология, патогенез функциональных заболеваний пищевода и желудка

3. Особенности клинической картины и течения функциональных заболеваний пищевода и желудка

4. Современные методы исследования.

5. Критерии диагностики и дифференциальная диагностика функциональных заболеваний пищевода и желудка.

6. Лечение. Прогноз

**Тестовые задания**

1. **К гипермоторным дискинезиям пищевода относится все, кроме**:
2. Сегментарный эзофагоспазм
3. Ахалазия кардии
4. Диффузный эзофагоспазм
5. Кардиоспазм.
6. **В лечении гипомоторных дискинезий применяют:**
7. Прокинетики
8. Анальгетики
9. Седативные препараты
10. Антагонисты ионов Са.
11. **К функциональным расстройствам желудка по типу нарушения функции относится все, кроме:**
12. Гиперстенический
13. Астенический
14. Диспепсический
15. Нормостенический.
16. **К признакам нейровегетативной неустойчивости при функциональных расстройствах желудка относится:**
17. Психоэмоциональная уравновешенность
18. Лабильность пульса и АД
19. Монотонность движений
20. Брадикардия и тахипноэ
21. **Характерный симптом для ахалазии кардии**
22. Дисфагия при приеме твердой пищи
23. Дисфагия при приеме жидкой пищи
24. Гипермоторная дисфагия
25. Все ответы верны
26. **Руминантный симптом – это**
27. срыгивание
28. ком в горле
29. дисфагия
30. все ответы верны
31. **Гастропарез – это**
32. ослабление моторики антрального отдела желудка
33. усиление моторики антрального отдела желудка
34. нарушение аккомодации желудка
35. все ответы верны.
36. **Виды функциональной диспепсии**
37. язвенный вариант
38. дискинетический вариант
39. неспецифический вариант
40. все ответы верны
41. **Наиболее информативная диагностика ГЭР**
42. Суточная внутирижелудочная PH-метрия
43. ФГДС
44. Эндоскопическое исследование с биопсией пищевода
45. УЗИ
46. **Длительность диспансерного наблюдения за пациентами с ГЭРБ при отсутствии рецидива.**
47. 2 года.
48. не менее 3 лет.
49. 1 год.
50. 6 месяцев.
51. **Поносы с выделением пенистых испражнений с кислым запахом, кислой реакцией, обильной ацидофильной флорой свидетельствует о наличии:**
52. хронического панкреатита;
53. хронического неспецифического язвенного колита;
54. хронического энтерита;
55. бродильной диспепсии.
56. **Чем можно купировать боль, возникающую при синдроме раздраженного кишечника?**
57. Акт дефикации
58. Спазмолитики
59. Приёмом пищи
60. Верно 1 и 2
61. **Чем может провоцироваться боль при синдроме раздраженного кишечника**
62. Прием пищи
63. Физическая нагрузка
64. Приём НПВС
65. Нет верного варианта ответа
66. Все ответы верны
67. **Укажите на симптом, не характерный для бродильной диспепсии:**
68. вздутие и распирание живота;
69. ухудшение после белковой пищи;
70. схваткообразные боли, уменьшающиеся после отхождения газов или стула;
71. поносы.
72. **Особенности боли при функциональной диспепсии:**
73. Локализованная в эпигастрии
74. Иррадиирует в правое подреберье
75. Иррадиирует в левое подреберье
76. Боль при ФД не наблюдается
77. **Какие лекарственные препараты могут вызывать симптомы диспепсии:**
78. Препараты железа
79. Нестероидные противовоспалительные препараты
80. Антибиотики
81. Все ответы правильные
82. Все ответы неправильные
83. **Какие заболевания могут сопровождаться симптомами диспепсии**
84. Сахарный диабет
85. Заболевания щитовидной железы
86. Ишемическая болезнь сердца
87. Все ответы правильные
88. Все ответы неправильные
89. **Назовите основные симптомы функциональной диспепсии:**
90. эпигастральная боль;
91. диарея;
92. тошнота;
93. раннее насыщение
94. **Внекишечные симптомы синдрома раздраженного кишечника**
95. Горечь во рту.
96. Выпадение волос
97. Ломкость ногтей
98. Извращенность вкуса.
99. **Рецидивирующие схваткообразные боли преимущественно в левом квадранте живота, выделение при приступе боли большого количества слизи при неизмененной слизистой оболочке кишечника характерны для:**
100. хронического колита;
101. хронического энтерита;
102. раздраженного кишечника;
103. неспецифического язвенного колита;
104. болезни Крона;
105. **Какой симптом является ведущим при диагностике неспецифического язвенного колита:**
106. запор;
107. понос
108. наличие крови и слизи в каловых массах.
109. **Клинически гастроэзофагальная рефлюксная болезнь в первую очередь проявляется:**
110. Снижение аппетита
111. Изжога, кислая отрыжка
112. Тошнота, рвота
113. Понос
114. **Какие виды кишечных диспепсий выделяют?**
115. Первичная, вторичная
116. Аутоиммунная, токсемическая
117. Бродильная, гнилостная
118. Латентная, острая, хроническая
119. **Наиболее информативным методом исследования при функциональном гастроэзофагальном рефлюксе является:**
120. ОАК
121. ОАМ
122. УЗИ органов брюшной полости
123. ФГДС
124. **Кровь в стуле как специфический признак наблюдается при:**
125. Гастрит**.**
126. Болезнь Крона.
127. Функциональный дуоденогастральный рефлюкс
128. НЯК
129. **Картина ФГДС при функциональном гастроэзофагальном рефлюксе будет:**
130. С явными признаками гастрита
131. Будет видно изменения на слизистой оболочке желудка
132. Морфологически не проявляется
133. Будет наличие остаточного желудочного сока.

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

В больницу поступил больной 60 лет, с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг.

При осмотре больной истощен и ослаблен. В левой надключичной области пальпируется плотный, неподвижный, безболезненный лимфатический узел. Другие лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд в мин, АД 130/80мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 50 мм/ч.  
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.  
**Задание:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Назначьте лечение.

**Задача №2**

Больная А, 45 лет предъявляет жалобы на чередование запоров и поносов, вздутие живота, боли при акте дефекации, ощущении приливов, отсутствие менструации.

Приступы провоцируются психо- эмоциональным напряжением. Кал с примесью слизи. Больная замкнута, депрессивна.

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд в мин, АД 120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - 4,7х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.  
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

**Задание:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Назначьте лечение.

**Задача №3**

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.  
Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 недели до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.  
Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.  
Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешние изменения в суставах не определяются.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 20 мм/ч.  
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.  
Биохимия крови: белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.  
УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

**Задание:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Назначьте лечение.

**Задача №4**

Больной, 30 лет. Обратился с жалобами на изменение характера стула, болезненные спазмы в левой подвздошной области, вздутие, ощущение неполного опорожнения после дефекации.

Из анамнеза: 2 года назад был выставлен ошибочный диагноз гепатит С, состоял на учете. После дополнительного обследования с учета был снят. В связи с перенесенным стрессом у пациента развился истерический невроз, по поводу данного диагноза пребывал на амбулаторном лечении в психиатрической больнице. Выписан через 2 месяца.

Пациент отмечает, что кишечные симптомы появились после перенесенного невроза. Больной угнетен, выглядит подавлено. Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 74 уд в мин, АД 120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 134 г/л, эритроциты - 4,7х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.  
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

**Задание:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Назначьте лечение.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 18** **Дифференциальная диагностика и лечение при заболеваниях желчевыводящих путей и поджелудочной железы**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Дифференциальный диагноз при заболеваниях поджелудочной железы – хроническом панкреатите, раке поджелудочной железы, кистах и псевдокистах поджелудочной железы, нарушении экзокринной функции поджелудочной железы
2. Возможности своевременного распознавания хронических заболеваниях поджелудочной железы: РХПГ, УЗИ, компьютерная томография, ЯМР, исследование каловых масс, исследование пота.
3. Оптимальные схемы лечения заболеваний поджелудочной железы
4. Дифференциальная диагностика заболеваний желчных путей: желчнокаменной болезни, хроническо­го холецистита, дискинезии желчных путей.
5. [Лабораторные методы исследования больных с заболеваниями ЖВП](http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?id=2396&rid=47#5) и их информативность Значение дуоденального зондирования (в том числе микроскопического, [бактериологического и биохимического исследования содержимого ДПК)](http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?id=2396&rid=47#55)  при патологии системы желчевыделения
6. [Инструментальные методы исследования больных с заболеваниями ЖВП](http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?id=2396&rid=47#5) и их информативность при заболеваниях желчевыводящей системы
7. Информативность [ультразвуковых методов исследования](http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?id=2396&rid=47#59)  при различной патологии ЖВП
8. Принципы лечения заболеваний желчевыводящих путей
9. Неот­ложная помощь при желчной колике

**Тестовые задания**

1. **В норме емкость желчного пузыря составляет:**
2. Около 5 мл.
3. До 50 мл.
4. 70-100 мл.
5. 300-500 мл.
6. **В норме толщина стенки желчного пузыря (измеренная при узи) составляет:**
7. До 0,5 мм.
8. До 3 мм.
9. 5-10мм
10. **В пузырной желчи не содержатся:**
11. Желчные кислоты.
12. Фосфолипиды.
13. Белки (иммуноглобулины)
14. Холестерин.
15. Бактерии, паразиты
16. **Основными функциями желчи являются:**
17. Активизация моторной функции ЖКТ
18. Стимуляция выделения гастроинстициальных гормонов (холецистокинина, секретина)
19. Стимуляция секреции слизи
20. Бактериостатический эффект
21. Все перечисленное
22. **Наиболее часто боли при заболеваниях желчевыводящих путей иррадиируют:**
23. в область пупка.
24. в спину на уровне Т6-Т9справа.
25. в левую лопатку
26. в левое подреберье
27. **Не характерна иррадиация боли для:**
28. хронического некалькулезного холецистита.
29. дискинезии ЖВП
30. ЖКБ.
31. Все перечисленные заболевания.
32. Ничего из перечисленного
33. **Лихорадка чаще всего свидетельствует о:**
34. остром холецистите.
35. обострении хронического холецистита.
36. приступа желчнокаменной болезни.
37. Все перечисленное
38. **Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:**
39. подпеченочной желтухи;
40. надпеченочной (гемолитической) желтухи;
41. печеночной желтухи;
42. застойной почки;
43. инфаркта почки.
44. **Выраженная билирубинурия характерна для:**
45. подпеченочной желтухи;
46. надпеченочной (гемолитической) желтухи;
47. почечно-каменной болезни;
48. застойной почки;
49. хронического нефрита.
50. **Характерные признаки функциональных расстройств моторики желчевыводящей системы - это:**
51. кратковременность, периодичность боли.
52. незначительная выраженность пальпаторной болезненности области желчного пузыря в период обострения и отсутствие боли в период ремиссии
53. отсутствие изменений со стороны крови (лейкоцитоза, ускорения СОЭ).
54. отсутствие признаков органического поражения желчного пузыря
55. все вышеперечисленное
56. **В лечении гиперкинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:**
57. Н2-блокаторы гистамина;
58. сукралфат и его аналоги;
59. спазмолитические средства;
60. беззондовые тюбажи;
61. хирургическое лечение.
62. **В лечении гипокинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:**
63. холекинетики;
64. спазмолитики;
65. хирургическое лечение;
66. антациды;
67. ферменты.
68. **При обострении хронического холецистита не характерны симптомы:**
69. симптом Ортнера(Грекова) .
70. Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом).
71. Симптом Казенбека
72. симптом Захарьина (Лепена)
73. симптом Керра
74. **В качестве противовоспалительной терапии при холециститах чаще используют:**
75. антибиотики широкого спектра действия;
76. препараты фурадонинового ряда;
77. препараты налидиксовой кислоты;
78. сульфаниламидные препараты;
79. аминогликозиды.
80. **Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют:**
81. левомицетин;
82. фуразолидон;
83. канамицин;
84. невиграмон;
85. энтеросептол.
86. **Желчные камни чаще всего состоят из:**
87. солей желчных кислот;
88. холестерина;
89. оксалатов;
90. мочевой кислоты;
91. цистина.
92. **При желчнокаменной болезни имеет место:**
93. снижение соотношения желчных кислот и холестерина;
94. снижение уровня билирубина желчи;
95. повышение уровня желчных кислот;
96. повышение уровня лецитина;
97. снижение уровня белков желчи.
98. **Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью:**
99. растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре;
100. снижения уровня холестерина в сыворотке крови;
101. улучшения утилизации жиров в кишечнике;
102. улучшения утилизации углеводов в кишечнике;
103. повышения тонуса желчного пузыря.
104. **При лечении желчнокаменной болезни применяют:**
105. холевую кислоту;
106. хенодезоксихолевую кислоту;
107. литохолевую кислоту;
108. граурохолевую кислоту;
109. дегидрохолевую кислоту.
110. **Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью:**
111. растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре;
112. снижения уровня холестерина в сыворотке крови;
113. улучшения утилизации жиров в кишечнике;
114. улучшения утилизации углеводов в кишечнике;
115. повышения тонуса желчного пузыря.
116. **Для диагностики постхолецистэктомического синдрома наиболее предпочтительно:**
117. рентгенологический метод исследования;
118. эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография;
119. эхография;
120. фракционное дуоденальное зондирование;
121. радиорентгенохромодиагностика.
122. **Застою желчи в желчном пузыре способствуют**
123. беременность
124. малоподвижный образ жизни и) частые приемы пищи
125. опущение внутренних органов
126. ожирение
127. все вышеперечисленное
128. **Причиной застоя желчи в желчном пузыре могут быть**
129. сдавления и перегибы желчных протоков
130. дискинезии
131. все перечисленное
132. анатомические особенности строения желчного пузыря и проток
133. **Этиологические факторы хронического холецистита**
134. бактерии
135. лямблии
136. вирусы
137. токсические факторы
138. все перечисленное
139. **Диагноз: хронический холецистит, обострение. Укажите необходимые назначения**
140. диета №5
141. индометацин
142. тетрациклин
143. но-шпа
144. верно а,в,г
145. **Диагноз: хронический холецистит, фаза ремиссии. Необходимое амбулаторное лечение**
146. ограничение растительной пищи
147. тетрациклин
148. аллохол
149. атропин
150. платифиллин
151. **Диагноз: гипермоторная дискинезия ЖВП. Необходимые назначения**
152. оксафенамид
153. но-шпа
154. олететрин
155. дехолин
156. **Обострение бескаменного хронического холецистита подтверждают все данные, кроме**
157. лейкоциты б,5х10/л
158. лейкоциты -18.5х10/л
159. УЗИ — утолщение стенок желчного пузыря
160. наличие болей в правом подреберье
161. **Характерные признаки функциональных расстройств моторики желчевыводящей системы - это:**
162. связь болевого синдрома со стрессами, эмоциональными перегрузками.
163. отсутствие лихорадки во время появления болевого синдрома.
164. отсутствие воспалительных элементов в желчи (лейкоцитов, слизи, эпителия).
165. лабильность пузырного рефлекса,
166. все вышеперечисленное
167. **При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень**
168. амилазы
169. липазы
170. глюкозы
171. щелочной фосфатазы
172. **Риск развития острого панкреатита велик при значительном повышении в плазме крови:**
173. ЛПВП
174. ЛПОНП
175. ЛП(а)
176. ЛПНП
177. **В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:**
178. H2-блокаторы гистамина
179. сукралфат и его аналоги
180. спазмолитические средства
181. ингибиторы протоновой помпы
182. **В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:**
183. холекинетики
184. антациды
185. спазмолитики
186. ингибиторы протоновой помпы
187. **К ранним проявлениям внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы относят:**
188. полифекалию
189. сахарный диабет
190. кахексию
191. «панкреатическую холеру»
192. **О наличии синдрома холестаза свидетельствует:**
193. повышение уровней аминотрансфераз
194. повышение уровня гамма-глобулинов
195. снижение уровня липопротеидов
196. повышение щелочной фосфатазы
197. **В схеме лечения хронического панкреатита отсутствуют:**.
198. прокинетики
199. желчегонные
200. ингибиторы протоновой помпы
201. ферменты
202. **Препаратом, купирующим кожный зуд при холестазе, является:**
203. холестирамин
204. гептрал
205. эссенциале-форте
206. омепразол
207. **При лечении хронического панкреатита для коррекции внешнесекреторной недостаточности показаны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ферментные препараты:**
208. высокодозные таблетированные
209. высокодозные микрогранулированные
210. Внизкодозные микрогранулированные
211. низкодозные таблетированные
212. **При хроническом панкреатите с внешнесекреторной недостаточностью характер стула**
213. обильный, кашицеобразный, блестящий
214. скудный, фрагментированный
215. водянистый с хлопьями
216. жидкий, с примесью алой крови
217. **При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести:**
218. дуоденальное зондирование
219. обзорную рентгенографию органов брюшной полости
220. ЭГДС
221. УЗИ органов брюшной полости
222. **Препаратом выбора при лечении билиарного сладжа (первой стадии желчнокаменной болезни) является:**
223. урсодезоксихолевая кислота
224. аминометилбензойная кислота
225. аминодигидрофталазиндион натрия
226. протеинсукцинилат железа
227. **Основным клиническим признаком холестаза является:**
228. спленомегалия
229. асцит
230. кожный зуд
231. гепатомегалия
232. **Лабораторные проявления холестатического синдрома включают повышение уровня:**
233. гамма-ГТ и щелочной фосфатазы
234. АЛТ
235. АСТ
236. АЛТ и АСТ
237. **Из нижеперечисленных ситуаций назначение препаратов хенодезоксихолевой или урсодезоксихолевой кислот показано при:**
238. камнях диаметром более 20 мм
239. рентгеномалоконтрастных холестериновых камнях
240. наличии рентгенопозитивных карбонатных камней
241. некалькулезном холецистите
242. **Частым побочным эффектом препаратов урсодезоксихолевой кислоты является:**
243. понос
244. головная боль
245. задержка стула
246. сухость во рту
247. **Наиболее достоверным подтверждением панкреатита является:**
248. высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)
249. боль опоясывающего характера
250. гипергликемия
251. стеаторея
252. **Этиологическими факторами развития холецистита являются:**
253. количественные и качественные отклонения в режиме питания
254. моторно-секреторные нарушения в системе желчного пузыря и желчных путей
255. инфекция
256. все перечисленное
257. **Приступ желчной колики не сопровождается:**
258. острой болью
259. рвотой
260. лихорадкой
261. диареей

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Женщина 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадиирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 170 см, вес – 72 кг; ИМТ – 24,9 кг/м2 . Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – 4,6×1012/л; лейкоциты – 11,2×109 /л; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Нb – 141г/л; тромбоциты – 215×109 /л; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция. Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. При повторном обращении к врачу-терапевту участковому через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула. Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови - в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

**Задача №2.**

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль в правом подреберье приступообразного характера, сухость и горечь во рту, повышение температуры до 37,2 °С. Из анамнеза: страдает хроническим холециститом, наблюдается у врача-терапевта участкового. Пять лет назад прошла курс лечения в стационаре. В эпикризе по данным УЗИ – мелкие конкременты в желчном пузыре, стенка утолщена до 4 мм. Отмечает периодические приступообразные боли в правом подреберье после погрешности в диете. Последнее ухудшение в течение двух дней, связывает с употреблением жирной пищи. Наследственность отягощена - мать страдала ЖКБ. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД - 18 ударов в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 92 удара в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык сухой, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, симптомы Мерфи и Керра положительные, печень пальпируется по краю реберной дуги, обычной консистенции, безболезненная, селезенка не пальпируется. Дизурий нет. Стул регулярный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациентки. Назовите УЗИ-признаки острого холецистита.
4. Какова тактика лечения пациентки? Обоснуйте.
5. Какое немедикаментозное лечение показано пациентке?

**Задача №3.**

Больная К., 46 лет, в течение нескольких лет отмечала боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту. В последний год дважды после приема жирной пищи были приступы интенсивной боли в правом подреберье, которые купировались введением платифиллина и спазмалгона. При очередной погрешности в диете появились схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую половину грудной клетки и правое плечо. После приема 4 таб. но-шпы боли уменьшились, но через 40 мин. возобновились, появилась рвота с примесью желчи. Рвота облегчения не принесла. Приступ сопровождался общей слабостью, повышенным потоотделением, чувством дурноты, субфебрильной температурой.

Больная машиной «скорой помощи» доставлена в стационар. При поступлении выявлено, что больная повышенного питания, кожные покровы, слизистая мягкого неба субиктеричны. АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС - 86 в 1 минуту. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Пальпация живота болезненна в правом подреберье. Определяются положительные симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера-Грекова.

**Вопросы:**

1. Какие клинические синдромы Вы можете выделить?

2. Какие дополнительные исследования следует сделать?

3. Какие изменения могут быть обнаружены при инструментальном обследовании больного?

4. Поставьте диагноз, определите осложнения, имеющие место в данном случае.

5. Какую неотложную помощь следует назначить данной больной?

**Задача №4.**

Больная В., 42 лет, доставлена «скорой помощью» в приемное отделение с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку. Была однократная рвота. Приступ возник вечером после приема пищи – была в гостях, ела жареную утку, принимала охлажденную газированную воду. Подобный приступ возник впервые.

Из анамнеза установлено, что пациентка часто употребляет жирную, жареную пищу. Приемы пищи обильные, ест 2-3 раза в день. Основной объем приходится на вечернее время, после работы. Страдает более 10 лет избыточным весом – вес стал прибавляться после вторых родов. Вес пыталась снижать самостоятельно – голодание по 2-3 дня, но безуспешно. В акушерском анамнезе – двое родов, абортов не было. Предохраняется пероральными контрацептивами.

При осмотре – больная повышенного питания, температура тела 37,40С. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 90 уд в мин., Ад 140/80 мм.рт.ст. Язык обложен коричневатым налетом. При пальпации живота определяется местная болезненность в правом подреберье, зоны гиперестезии у правой реберной дуги и справа от Th Ix – Тh XI. Стула не было два дня. Мочилась без болей, моча интенсивно окрашена.

**Вопросы:**

1. Какое неотложное состояние имеет место?

2. При каких заболеваниях может возникнуть подобный приступ?

3. С какими заболеваниями можно дифференцировать данную патологию?

4. Какова неотложная помощь при приступе?

5.Назовите возможные осложнения, требующие хирургического вмешательства?

**Задача №5.**

Мужчина 46 лет, водитель, поступил в приемное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - 9,6×109 /л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счет гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения.

**Задача №6.**

В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 55 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 3 часов, усиливающиеся в положении лежа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперед, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приема пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира. Отмечает снижение массы тела.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

3.Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?

4. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?

5.Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного

**Задача №7.**

Мужчина 36 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на резкие боли в левом подреберье, иррадиирующие в поясницу, больше слева, метеоризм. Со слов больного, боль усиливается в положении лежа на спине и уменьшается в положении сидя с небольшим наклоном вперед. Из анамнеза: накануне был на дне рождения у друга, употреблял жирную пищу и алкоголь. Отмечает, что боли в левом подреберье после употребления жирной, жареной пищи, алкоголя появлялись и ранее (в течение примерно 3 лет). За медицинской помощью не обращался. При осмотре общее состояние ближе к удовлетворительному. Температура - 37,1°С. Правильного телосложения, слегка пониженного питания, ИМТ = 17,8 кг/м2 . Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс - 78 ударов в минуту, ритмичный. АД - 115/75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Живот при пальпации болезненный в области проекции поджелудочной железы. Симптомы Мерфи и Кера, Щеткина-Блюмберга отрицательны. Печень +2 см из-под края реберной дуги, край безболезненный. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул неоформленный до 3 раз в сутки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента для уточнения диагноза.

4. Назначьте лечение. 5. Проведите экспертизу трудоспособности

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 19 Дифференциальная диагностика коматозных состояний (комы при сахарном диабете, уремическая и печеночная комы).**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Степени угнетения сознания. Определение коматозного состояния.
2. Классификация коматозных состояний
3. Патогенетические основы комы
4. Этиология коматозного состояния
5. Общая оценка состояния больного в коме и элементы клинического обследования
6. Особенности клиники и диагностики ком при сахарном диабете, уремической и печеночной комы
7. Алгоритм дифференциальной диагностики коматозных состояний
8. Общие принципы лечения пациентов в коматозных состояниях
9. Особенности дифференцированного неотложного лечения ком при сахарном диабете, уремической и печеночной комы

**Тестовые задания**

**1. Кома – это:**

1. состояние глубокого повреждения ЦНС, сопровождающееся угнетением сознания, реакций на внешние раздражители и нарушением регуляции жизненно важных функций организма.
2. глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывание глаз в ответ на болевые, звуковые и др. раздражители, отсутствием словесного контакта.
3. угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной активности.

**2. Сопор – это:**

1. состояние глубокого повреждения ЦНС, сопровождающееся угнетением сознания, реакций на внешние раздражители и нарушением регуляции жизненно важных функций организма.
2. глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывание глаз в ответ на болевые, звуковые и др. раздражители, отсутствием словесного контакта.
3. угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной активности.

**3. Оглушение – это:**

1. состояние глубокого повреждения ЦНС, сопровождающееся угнетением сознания, реакций на внешние раздражители и нарушением регуляции жизненно важных функций организма.
2. глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывание глаз в ответ на болевые, звуковые и др. раздражители, отсутствием словесного контакта.
3. угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной активности.

**4. Первично-цереброгенная кома развивается вследствие**

1. первичного поражения головного мозга
2. при нарушении метаболизма
3. при остром отравлении
4. при гипоксии

**5. Вторично-цереброгенная кома развивается вследствие**

1. нарушения метаболизма
2. первичного поражения головного мозга
3. при острой сердечной недостаточности
4. при гипоксии

**6. Нарушению уровня сознания - кома, по шкале Глазго соответствует\_\_\_\_\_\_\_ баллов**

1. 15
2. 13−14
3. 9−12
4. 4−8

**7. В патогенезе печеночной комы ведущую роль играет**

1. аммиак
2. прямой билирубин
3. непрямой билирубин
4. желчные кислоты

**8. Отсутствие каких-либо реакций на внешние болевые раздражители, включая очень сильные; полное отсутствие спонтанных движений; изменения мышечного тонуса от децеребрационной регидности до мышечной гипотонии; сохранность спонтанного дыхания и сердечно-сосудистой деятельности при выраженных их нарушениях характерно для**

1. комы 1 степени
2. комы 2 степени
3. комы 3 степени
4. сопора

**9. Двухсторонний запредельный мидриаз, глазные яблоки неподвижны, тотальная арефлексия, диффузная мышечная атония; грубейшие нарушения жизненно важных органов характерно для**

1. комы 1 степени
2. комы 2 степени
3. комы 3 степени
4. оглушения

**10. К первично-цереброгенным комам относится**

1. кома при ЧМТ
2. наркотическая кома
3. алкогольная кома
4. кетоацидотическая **кома**

**11. К вторично - цереброгенным комам относится**

1. кома при ЧМТ
2. кома при ишемическом инсульте
3. кома при геморрагическом инсульте
4. наркотическая кома

**12. К специфическим методам обследования больного в коме относят**

1. ЭКГ
2. КТ
3. рентгенография органов грудной клетки
4. УЗИ внутренних органов

**13. Первый этап неотложной помощи при коматозном состоянии**

1. инсулинотерапия
2. коррекция нарушений гемодинамики
3. снижение внутричерепного давления
4. обеспечение проходимости верхних дыхательных путей

**14. Дыхание Куссмауля наиболее характерно для**

1. гипогликемической комы
2. кетоацидотической комы
3. уремической комы
4. коме при ЧМТ

**15. В приемный покой поступил пациент в коматозном состоянии. При осмотре: кожный покров и слизистые оболочки желтушные, видны следы расчесов, пальмарная эритема и малиновый язык. Выраженный сладковатый запах от больного. Ваш предположительный диагноз**

1. уремическая кома
2. печеночная кома
3. наркотическая кома
4. алкогольная **к**ома

**16. В приемный покой поступил пациент в коматозном состоянии. при осмотре на себя обратило внимание сухость роговицы, глубокое, редкое, шумное дыхание и стойкий запах ацетона. Для какого коматозного состояния характерно все вышеперечисленное**

1. гипогликемическая кома
2. печеночная кома
3. кетоацидотическая кома
4. уремическая кома

**17. Лечение больных в коматозном состоянии должно производиться в отделении**

1. травматологии
2. терапии
3. кардиологии
4. реанимации

**18. Кома, возникшая в результате очагового поражения головного мозга считается**

1. первичной
2. вторичной
3. третичной
4. идиопатической

**19. Кома, чаще всего возникающая вследствие повешения, удушения, отравления угарным газом, продуктами горения на пожаре - это**

1. токсическая кома
2. гипоксическая кома
3. алкогольная кома
4. кетоацидотическая кома

**20. Кома, чаще всего являющаяся следствием острых отравлений лекарственными препаратами - это**

1. токсическая кома
2. гипоксическая кома
3. алкогольная кома
4. кетоацидотическая кома

**21. Характерный запах при уремической коме:**

1. ацетона
2. тухлых яиц
3. аммиака
4. алкоголь

**22. Медленное развитие характерно для комы**

1. гипогликемической
2. апоплектической
3. диабетической

**23. Запах ацетона изо рта, дыхание Куссмауля характерно для комы**

1. уремической
2. гипогликемической
3. печеночной
4. диабетической

**24. Введение инсулина необходимо для выведения пациента из**

1. диабетической комы
2. уремической комы
3. гипогликемической комы
4. апоплектической комы

**25. При гипергликемической коме кожные покровы больного**

1. сухие, тургор понижен
2. влажные, обычной окраски
3. обычной влажности с высыпаниями в виде крапивницы
4. сухие, горячие на ощупь

**26. К токсическим комам относится**

1. гипертермическая
2. гипергликемическая
3. алкогольная
4. апоплектическая

**27. При диабетической коме**

1. кожа гиперемированная, сухая, зрачки расширены, глазные яблоки твердые
2. кожа бледная, сухая, глазные яблоки размягчены, тургор кожи снижен
3. кожа цианотичная, сухая, глаза запавшие, тризм жевательной мускулатуры
4. кожа бледная, влажная, глазные яблоки твердые

**28. При гипогликемической коме у больного**

1. кожа обычного цвета, влажная, глазные яблоки твердые, тонус мышц повышен
2. кожа бледная, покрыта холодным потом, глазные яблоки мягкие
3. кожа гиперемированная, влажная, зрачки резко расширены, тонус мышц снижен

**29. Основным осложнением коматозных состояний является**

1. аспирация желудочного содержимого
2. тромбоэмболия легочной артерии
3. острая задержка мочи
4. острый инфаркт миокарда

**30. Быстрое развитие комы характерно для**

1. уремической
2. гипогликемической
3. печеночной
4. диабетической

**31. Быстрое развитие комы у больного сахарным диабетом после введения инсулина говорит о развитии**

1. гипогликемической комы
2. диабетической комы
3. гиперосмолярной комы

**32. Быстрое развитие комы у больного с высоким давлением, сопровождающееся гиперемией лица, односторонней гемиплегией, характерно для**

1. геморрагического инсульта
2. ишемического инсульта
3. менингита
4. алкогольной интоксикации

**33. Для купирования диабетической комы используют инсулины**

1. короткого действия
2. среднего действия
3. длительного действия
4. пролонгированного действия

**34. К первичной или церебральной коме относится**

1. апоплектическая
2. печеночная
3. диабетическая
4. алкогольная

**35. Основные признаки печеночной комы**

1. иктеричная кожа, сладковатый запах, подкожные кровоизлияния, судороги
2. бледность, отечность, диспепсия, синяки
3. алкогольный запах, гипертермия, дыхание Чейн-Стокса
4. судороги, гипертензия, сухость кожи

**36. Для уремической комы характерно**

1. запах аммиака при дыхании, сужение зрачков
2. гипотония, сладковатый запах при дыхании
3. желтуха, геморрагический синдром
4. расширение зрачков, повышенное потоотделение

**37. Введение 40% глюкозы необходимо для выведения пациента из комы**

1. диабетической комы
2. уремической комы
3. гипогликемической комы
4. апоплектической комы

**38. Неотложная помощь при гипогликемической коме состоит в введении**

1. инсулина внутривенно
2. инсулина подкожно
3. глюкозы внутривенно
4. актрапида внутривенно

**39. Внезапное начало, повышение тонуса глазных яблок, отсутствие запаха ацетона, повышение рефлексов, быстрый эффект от введения глюкозы – признаки**

1. гипогликемической комы
2. диабетической комы
3. гипотиреоидной комы
4. уремической комы

**40. Укажите признаки уремической комы**

1. патологический тип дыхания
2. сухость, расчесы кожи
3. цианоз, гнилостный запах изо рта
4. сухость, расчесы кожи, судороги, запах аммиака

**41. Дыхание при диабетической коме**

1. не нарушено
2. поверхностное, не ритмичное
3. частое, глубокое
4. редкое**, с** длительным апноэ

**42. Резкое сужение зрачков характерно для комы**

1. гипогликемической
2. мозговой
3. наркотической
4. печеночной

**43. Предвестниками гипогликемической комы являются**

1. головная боль, повышение АД
2. повышенная жажда, полиурия
3. тошнота, рвота
4. чувство голода, дрожь в теле

**44. Развитие комы на фоне желтухи, хронического заболевания печени, геморрагического синдрома, энцефалопатии характерно для**

1. печеночной комы
2. уремической комы
3. гипогликемической комы
4. апоплектической комы

**45. Промыванию желудка у больных в коматозном состоянии должно предшествовать**

1. введение воздуховода
2. интубация трахеи
3. ингаляция кислорода
4. в/м введение раствора кордиамина и кофеина

**46. При гипогликемической коме кожные покровы больного**

1. сухие, со следами расчесов
2. влажные, обычной окраски
3. обычной влажности с высыпаниями в виде крапивницы
4. сухие, горячие на ощупь

**47. Назовите заболевание, которое никогда не сопровождается развитием комы**

1. черепно-мозговая травма
2. сахарный диабет
3. почечная недостаточность
4. ишемическая болезнь сердца

**48. Основное осложнение коматозных состояний**

1. аспирация желудочного содержимого
2. тромбоэмболия легочной артерии
3. острый инфаркт миокарда

**49. Постепенное начало характерно для комы**

1. печеночной
2. гипогликемической
3. мозговой
4. диабетической

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

Больной 52 лет, 8 лет назад перенес вирусный гепатит В. В последующем диету не соблюдал, злоупотреблял алкоголем. Периодически отмечал быструю утомляемость, общую слабость, чувство тяжести в правом подреберье, темную мочу. Неоднократно было носовое кровотечение. Не обследовался и не лечился по этому поводу. При поступлении состояние тяжелое. Заторможен.Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Умеренная желтушность склер. На коже сосудистые «звездочки». На передней брюшной стенке виден сосудистый рисунок, отмечается асцит, пастозность голеней. Пальпируется плотная печень на 4 см ниже реберной дуги.

В крови анемия, увеличение СОЭ. Биохимические показатели: билирубин общий 30,3, связанный – 25,8 ммоль/л, АЛАТ – 60 ммоль/л, белок 52, альбумин – 40%, гамма-глобулин – 32,4.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз.

2. На что указывают лабораторные данные?

3. Какие исследования необходимо провести?

4. Рекомендовать неотложные терапевтические мероприятия.

**Задача № 2.**

Больной С., 45 лет, доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» без сознания. Со слов соседей, пациент страдал каким - то заболеванием печени, по поводу которого имеет 2 группу инвалидности. Злоупотребляет алкоголем с 20 лет. , При общеклиническом физическом обследовании больной без сознания. t-35,8°C. Склеры и кожные покровы желтушные, печеночный запах изо рта. На коже груди " сосудистые Звездочки", геморрагии. Тоны сердца приглушены. Ps 100 в мин, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст., чдд 40 в 1 мин. В нижних отделах легких влажные хрипы. Живот увеличен в объеме, в отлогих местах перкуторно выявлена " тупость ". Печень выступает из - под края реберной дуги на 8-10 см, плотная, край острый, ровный, размеры печени 16 х 14 х 15 см. Пальпируется край селезенки.

**Вопросы:**

1.Ваш предварительный диагноз, обоснуйте его.

2. Назовите наиболее частые разрещающие (провоцирующие) факторы ПСЭ. Присутствуют ли они у больного?

3.Назовите стадии развития данного патологического состояния. Какая из них у больного? Какие Вы знаете критерии для определения стадии?

4. Какие антибиотики можно назначать при печеночной недостаточности?

5. Ваша лечебная тактика

**Задача № 3**

Больной М. 18 лет играл с друзьями в футбол. Через 1 час от начала игры стал менее активным, бледным, пожаловался на головную боль и дрожь в теле, затем появилась потливость, стал бессвязно разговаривать, после чего потерял сознание.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 месяцев страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулинотерапию 32 ЕД в сутки.

Объективно: питания удовлетворительного, рост - 174 см, вес - 68 кг. Сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, холодные, диффузный гипергидроз. На передней брюшной стенке следы инъекций. Отеков нет. Тонус мышц повышен. Тонус глазных яблок повышен. Сухожильные рефлексы повышены. В легких ясный легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительных качеств, 100 ударов в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×7 см, пузырные симптомы отрицательные, селезенка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,5×1012/л, гемоглобин -146 г/л, лейкоциты - 6,9×109/л, эозинофилы - 2%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 55 %, лимфоциты - 31%, моноциты - 6%, СОЭ - 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жѐлтый, удельный вес - 1017, белок – 0,067 г/л, сахар - отр, ацетон - отр, эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-3 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин – 16,9, общ. белок – 69 г/л, сахар – 2,2 ммоль/л, АСТ - 17 Ед/л, АЛТ - 23 Ед/л, Na+ - 141,65 ммоль/л, K+ - 4,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 100 в минуту. ЭОС - горизонтальная. Признаки метаболических изменений миокарда.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.

Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения

**Задача № 4.**

Больная П. 24 лет дома потеряла сознание, родственники вызвали бригаду скорой помощи.

Анамнез заболевания: известно, что месяц назад появились сухость во рту, жажда (выпивала до 8,0 л/сут), полиурия, слабость, похудела на 10 кг. К врачам не обращалась. Последние 3 дня стали беспокоить постепенно нарастающие тянущие боли в животе, разлитого характера, отсутствие аппетита, тошнота, накануне была 2-кратная рвота. Сегодня утром стала безучастной к происходящему вокруг, с затруднением отвечала на вопросы. Постепенно начала терять сознание, дыхание стало учащенным, глубоким, шумным.

Объективно: состояние тяжелое. Положение пассивное (лежа на кровати), сознание отсутствует. Питание пониженное, гипотрофия подкожно-жирового, мышечного слоя. Рост - 154 кг, вес - 33 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные, сухие, тургор снижен, цианоз губ. Черты лица заострившиеся. Стрий, гирсутизма нет. В легких при перкуссии - ясный легочной звук. Дыхание глубокое, шумное, резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе, ЧД – 32 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии, ЧСС - 110 ударов в минуту. Тоны ритмичные, приглушены, шумов нет, 110 в минуту. Пульс ритмичный, малого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, красный. Живот подвздут, в акте дыхания не участвует, напряжен при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, печень +2 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется, почки не пальпируются, синдром поколачивания - отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, эластичная, узловые образования не определяются. Лактореи нет.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,7×1012/л, гемоглобин - 124 г/л, лейкоциты - 10,2×109/л, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 17%, моноциты - 8%, СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1032, белок – 0,376 г/л, сахар - 10%, ацетон - 4++++, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты - 3-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 67 г/л, креатинин – 135 мкмоль/л, мочевина - 12,7 ммоль/л, сахар – 35,6 ммоль/л, АСТ - 24 Ед/л, АЛТ - 28 Ед/л, Na+ - 131,3 ммоль/л, K+ - 3,2 ммоль/л, Fe2+ - 17,3 мкмоль/л. КЩС: рН - 7,23, ВЕ - 8,3. ЭКГ: ритм - синусовый, ЧСС - 110 в минуту, предсердные экстрасистолы (3). ЭОС – вправо. Метаболические изменения миокарда.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.

Оцените прогноз для пациента. Выберите тактику дальнейшего наблюдения.

**Задача № 5**

Вызов в класс к пациенту 17 лет, страдающему инсулинозависимой формой сахарного диабета. Со слов одноклассников несколько минут назад пожаловался на чувство голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание. Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц. Судороги. Зрачки расширенные. Дыхание нормальное. Пульс 100уд./мин. АД 130/90 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Определите неотложное состояние.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Задача № 6.**

Больной М., 72 лет стал предъявлять жалобы на слабость, утомляемость, появились расстройства сознания (периодически не узнавал близких). В течение 2-х недель обследовался в поликлинике. Соматической патологии не выявили. Рекомендовали обследование у психиатра. Состояние пациента прогрессивно ухудшалось, появилась сонливость, перестал отвечать не вопросы и с диагнозом печеночной комы был доставлен в реанимационное отделение. При обследовании был выявлен уровень гликемии 45 ммоль/л, ацетон в моче отрицательный, осмолярность плазмы 400 м/осм.

**Вопросы:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента

2.Патогенез этого острого осложнения СД.

3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап

**Задача № 7.**

Больная Е. 34 года поступила на 5 день болезни, без сознания. На болевые раздражители не реагирует. Корнеальные рефлексы сохранены. Выраженная желтуха. Печеночный запах изо рта. Печень перкуторно выше реберной дуги. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной произвели медицинский аборт, по показаниям – переливание крови.

**Вопросы:**

1.Ваш диагноз, его обоснование.

2.Дифференциальный диагноз.

3.Срочные лабораторные исследования.

4.Лечебные мероприятия.

**Задача № 8**

Больной 55 лет поступил в реанимационное отделение в бессознательном состоянии. Со слов родственников страдает врожденной почечной патологией, на протяжении 3 лет наблюдается у нефролога по поводу хронической почечной недостаточности. Неоднократно лечился в стационаре, последняя госпитализация 2 недели назад с незначительной положительной динамикой. Ухудшение самочувствия отмечает около недели. Нарастала общая слабость, потерял аппетит, появилась тошнота, неоднократно была рвота. Трижды за неделю было носовое кровотечение. В течение последних суток появилась сонливость, стал заговариваться, не узнавал окружающих. Родственниками была вызвана бригада скорой помощи, во время транспортировки потерял сознание.

Объективно общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, лицо бледное, отечное, отеки более выражены в области век, зрачки узкие. Кожные покровы бледные, сухие со следами расчесов. Отмечаются фибриллярные подергивания мышц, сухожильные рефлексы повышены. Дыхание типа Чейна-Стокса. Пульс напряжен, АД 180/110 мм.рт.ст. Рот сухой, слизистая с кровоизлияниями. Изо рта ощущается запах аммиака.

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

**Вопросы**

1. Какое нарушение сознания наблюдается у пациента?

2. Назовите возможные причины возникновения такого состояния.

3. Охарактеризуйте ясное сознание.

**Задача № 9**

Вызов к пациенту 75 лет, находящемуся в бессознательном состоянии. Со слов родственников несколько дней отмечал бессонницу, был раздражителен, суетлив. В течение 10 последних лет страдает хронической печеночной недостаточностью после перенесенной в детстве болезни Боткина. Объективно: без сознания, иктеричность кожи и склер, на коже следы расчесов. Дыхание шумное, АД 90/60 мм рт. ст, пуль 80 уд./мин.

**Вопросы:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Задача № 10**

На вечернем обходе медсестра заметила, что пациент, находящийся на лечении в отделении по поводу ожогов 3-4 степени груди и живота не вступает в контакт. Объективно: сознание отсутствует, периодически отмечаются тонико-клонические судороги конечностей, на -коже, свободной от лечебных повязок следы расчесов. Зрачки сужены, вяло реагируют на свет. От пациента аммиачный запах.

**Вопросы:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Задача № 11**

Больная К., 24 года заболела 4 августа. Постепенно отмечались снижение аппетита, тошнота, тупая боль в надчревной области. В контакте с инфекционными больными не была, 2 года тому назад операция по поводу внематочной беременности. В момент госпитализации на 6-й день болезни общее состояние больной удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки умеренно желтушные. При исследовании органов дыхания патологии не обнаружено. Тоны сердца приглушены, чистые. Пульс - 80 уд. в мин., удовлетворительного наполнения. АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, эластична, безболезненна, верхняя граница перкуторно определяется на уровне VI ребра. Селезенка не увеличена. Неврологических нарушений нет.

На 7 день болезни состояние резко ухудшилось. При умеренном нарастании желтухи значительно усилилась интоксикация, рвота. Сознание спутанное, на вопросы отвечает невпопад, с большими паузами. Дезориентирована в месте и времени. Температура тела повысилась до 38С. Нарастал лейкоцитоз с 9,7 возрос до 21,8х109/л. Появилась одышка-28 в минуту. На 8 день болезни больная резко возбуждена, вскакивает. На коже геморрагическая сыпь. Печеночный запах изо рта, тахикардия. Печень пальпировать не удается. Рвотные массы цвета кофей-ной гущи, стул-дегтеобразный.

*Биохимический анализ крови:* билирубин крови общий - 104,31 мкмоль/л, прямой - 80,77 мкмоль/л, холестерин - 3,1 ммоль/л, сулемовая проба - 1,15 мл, АЛТ - 120 ЕД, АСТ - 80 ЕД.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз.

2. На что указывают лабораторные данные?

3. Какие исследования необходимо провести?

4. Какие стороны эпидемиологического анамнеза следует уточнить?

5. Рекомендовать неотложные терапевтические мероприятия.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 20 Аллергозы. Защита истории болезни**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Распространённость и этиология аллергических болезней.

2.Патогенез аллергических процессов

3.Типы аллергиче­ских процессов. Типы аллергических реак­ций.

4.Общие принципы диагностика и лечения аллергозов

5.Анафилактический шок как крайняя степень выраженности анафилаксии.

6.Сывороточная болезнь и другие по­ствакцинальные аллергические осложнения

7.Проблема лекарственной аллергии.

8.Крапив­ница. Отёк Квинке)

**Тестовые задания**

1. **Анафилактический шок является:**
2. острой системной реакцией организма на повторный контакт с аллергеном;
3. острой системной реакцией на первичный контакт с антигеном;
4. проявлением хронического вирусного заболевания;
5. эквивалентом гипофункции контррегуляторных систем организма;
6. ярким примером реакций гиперчувствительности замедленного типа.
7. **В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет:**
8. либераторы гистамина;
9. наличие IgE;
10. наличие IgA;
11. гипофункция реснитчатого эпителия;
12. наличие гиперчувствительности замедленного типа.
13. **Для I степени анафилактического шока характерно:**
14. стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия;
15. медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
16. незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
17. нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
18. непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.мт, тахикардия.
19. **Для II степени анафилактического шока характерно:**
20. стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия;
21. медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
22. незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
23. нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
24. непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст, тахикардия.
25. **Для III степени анафилактического шока характерно:**
26. стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия;
27. медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
28. незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
29. нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
30. непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст, тахикардия.
31. **Для IV степени анафилактического шока характерно:**
32. стремительное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
33. медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
34. незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
35. нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
36. непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст, тахикардия.
37. **Лабораторный маркер, отражющий наличие и степень анафилаксии при анафилактическом шоке:**
38. трипсин;
39. ГМ-КСФ;
40. альдолаза;
41. триптаза;
42. АСЛ-О.
43. **При наличии асфиксии, обусловленной отеком гортани, показано проведение:**
44. интубации;
45. катетеризации периферической вены;
46. катетеризации мочевого пузыря;
47. трахеостомии;
48. плевральной пункции под УЗИ-контролем.
49. **Формами анафилактического шока являются:**
50. асфиксическая;
51. гемодинамическая;
52. церебральная;
53. абдоминальная;
54. инфекционная.
55. **Осложнениями анафилактического шока могут быть:**
56. тромбоэмболии различных локализаций;
57. тепловой шок;
58. болевой шок;
59. маниакально-депрессивный синдром;
60. гипервитаминоз Д.
61. **Какова доза подкожно вводимого эпинефрина при анафилактическом шоке:**
62. 0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина;
63. 2,5 мл 1% раствора эпинефрина;
64. 0,5 мл 0,001% раствора эпинефрина;
65. 50 мл 0,1% раствора эпинефрина;
66. 0,5 мл 0,01% раствора эпинефрина.
67. **Аллергологическое обследование (уточнение сенсибилизации) пациента с анафилактическим шоком проводят:**
68. параллельно противошоковым мероприятиям;
69. через 7 суток после перевода из реанимационного отделения;
70. через 12 месяцев после развития анафилактического шока;
71. сразу после стабилизации состояния больного;
72. через 6 недель после выписки из стационара.
73. **Какой препарат необходимо использовать в случае развития анафилактического шока вследствие применения пенициллинов?**
74. бициллин-3;
75. пенициллиназа;
76. эритромицин;
77. цефтриаксон;
78. альдолаза.
79. **После перенесенного анафилактического шока может развиться следующее осложнение:**
80. парапроктит;
81. делирий;
82. миокардит;
83. остеомиелит;
84. синдром Ди-Джорджи.
85. **К антибактериальным препаратам выбора у больного острым тонзиллитом с аллергией немедленного типа на пенициллин в анамнезе относятся**
86. макролиды
87. антрациклины
88. аминопенициллины
89. фторхинолоны
90. **У пациентов с нарушениями функции почек рекомендовано применять по поводу сопутствующих аллергических заболеваний антигистаминные препараты**
91. лоратадин, хифенадин
92. цетиризин, акривастин
93. дезлоратадин, левоцетиризин
94. сехифенадин, фексофенадин
95. **При легком фермера в качестве аллергена выступают**
96. актиномицеты
97. пылевые аллергены
98. эпидермальные аллергены
99. кандиды
100. **При наличии аллергии на пенициллин у больного пневмонией можно использовать**
101. линкомицин
102. цефалексин
103. эритромицин
104. доксициклин
105. **После использования крема для рук на тыле кистей появились участки покраснения, отечности, мелкие пузырьки, а также эрозии с обильным выделением серозной жидкости, что характерно для**
106. аллергического дерматита
107. микробной экземы
108. простого дерматита
109. токсидермии
110. **Стартовым препаратом при анафилактическом шоке является**
111. адреналин
112. дексаметазон
113. преднизолон
114. супрастин
115. **Наибольшей нефротоксичностью характеризуются**
116. аминогликозиды
117. макролиды
118. нитрофураны
119. β-лактамы
120. **При острой крапивнице показано назначение**
121. антигистаминных препаратов второго поколения
122. топических антигистаминных средств
123. системных глюкокортикостероидов
124. иммунодепрессантов (циклоспорин А, метотрексат)
125. **Анафилактическим шоком, согласно всемирной организации аллергологов, называют анафилаксию сопровождающуюся снижением**
126. систолического АД ниже 90 мм рт.ст. или на 30% от исходного
127. среднего АД ниже 100 мм рт.ст. или на 25% от исходного
128. систолического АД ниже 70 мм рт.ст.
129. среднего АД на 50% от исходного
130. **При анафилактическом шоке**
131. могут отсутствовать симптомы со стороны кожных покровов
132. всегда имеются уртикарные высыпания
133. всегда имеются ангиотеки
134. всегда имеется гиперемия кожи лица

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

К больному Л., 35 лет, вызвана бригада скорой медицинской помощи. Около 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, кожные высыпания по всему телу с зудом. Установлено, что за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи больному по поводу двусторонней мелкоочаговой пневмонии была сделана первая инъекция ампициллина внутримышечно. В возрасте 20 лет при лечении антибиотиками по поводу острого гнойного отита была реакция в виде кратковременной сыпи. Объективно: больной заторможен, на коже лица, туловища и конечностей - волдыри различного размера, сливного характера, на гиперемированном основании. Холодный, липкий пот. Частота дыхания 56 в мин, выдох удлинен, выслушиваются свистящие хрипы. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД 60/20 мм рт. ст., пульс 160 в мин, нитевидный.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание можно предполагать у данного больного?

2. Какие меры первой помощи необходимы в данной ситуации.

**Задача 2**

Пациенту М., 45 лет, с диагностической целью ввели урографин. Ранее урографин и другие йодсодержащие препараты не назначались. Аллергологический анамнез не отягощен. Через несколько минут после введения препарата внезапно возник дискомфорт, ощущение тревоги, страх смерти. На фоне внезапно наступившей общей слабости возникло чувство жара, тяжесть и стеснение грудной клетке, боль в области сердца, затрудненное дыхание, головокружение, головная боль. Затем появились тошнота, рвота. Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, ЧСС - 130 в мин, АД 70/30 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание можно предполагать у данного больного?

2. Какие меры первой помощи необходимы в данной ситуации, чем они будут отличаться от помощи при анафилактическом шоке?

**Задача 3.**

Мать ребенка, 1,5 лет, обратилась к соседке-медсестре по поводу высокой температуры у ребенка: 39º С. Медсестра сделала внутримышечно инъекцию пенициллина 200 тыс. ЕД (ранее ребенок антибиотиков не получал). Через несколько минут на месте инъекции появились: гиперемия кожи, на груди выступила сыпь типа крапивницы.

**Вопросы:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

**Задача 4**

Ребенку 4-х месяцев в процедурном кабинете детской поликлиники сделали вторую прививку АКДС-вакциной. Внезапно ребенок стал беспокойным, резко побледнел, появилась одышка, высыпания на коже типа крапивницы, потерял сознание.

**Вопросы:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи

**Задача 5.**

Девочка 7 лет лечится по поводу обострения хронического тонзиллита. Получает бисептол. Врачом было назначено внутримышечное введение пенициллина по 500 тыс. 2 раза в день. Через минуту после введения пенициллина в поликлинике появилась резкая бледность лица, цианоз слизистой оболочки губ, рвота, одышка, судороги, пульс нитевидный. Конечности холодные.

**Вопросы:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Задача 6.**

Ребенка 10 лет на улице укусила оса в левую щеку. Через 3-5 минут, пострадавшему стало трудно дышать, появился отек шеи, лица. Была вызвана СМП.

**Вопросы:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

**Задача №7**

У больной Л., 32 лет, работающей ткачихой, в течение последних двух месяцев появились приступы удушья экспираторного характера, чаще в ночное время, сопровождающиеся кашлем с выделением небольшого количества мокроты слизистого характера, отделяющейся с трудом. В анамнезе: часто болела пневмониями.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение ортопное. Выражен акроцианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС - 96 в 1 мин. Пульс - 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД - 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости без особенностей.

*Результаты дополнительного обследования* Рентгенограмма - вне приступа в пределах нормы.

1. ФВД после купирования приступа удушья в пределах нормы.

2. ЭКГ - вне приступа в пределах нормы.

3. Кожные аллергические пробы: положительная реакция на пробу с хлопковой пылью.

4. Анализ крови: эр. - 5,3х10^12 ; Нв - 136 г/л, ц.п. - 0,8 ; л - 5,5х10^9, э - 15%, п - 2%, с - 58%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 5 мм/час.

5. Анализ мокроты: лейкоциты - 3-5 в п/зр., эозинофилы - 5-7 в п/зр. , спирали Куршмана +, кристаллы Шарко-Лейдена +.

**Вопросы:**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного дообследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

**Задача №8**

Больная В., 19 лет, студентка, доставлена в приемный покой бригадой «скорой помощи». Около часа назад пациентке под местной анестезией новокаином выполнялась экстракция зуба. Через 5-7 минут после введения препарата пациентка почувствовала затруднение дыхания, появление отека в области лица, чувства внутренней тревоги, слабости. Пациентке незамедлительно в стоматологическом кабинете был введен 0,5 мл 0,1% раствора адреналина и 16 мг дексаметазона внутривенно, однако у больной сохранялось затрудненное дыхание, беспокойство, слабость. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции в виде кожной сыпи при контакте с животными - кошка, собака, лошадь, и реакция в виде аллергического ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. Для выявления аллергии проводились аллергические пробы (выявлена сенсибилизация к эпидермальным аллергенам кошки(++), собаки(+++), клещам домашней пыли(+++)). С возрастом интенсивность аллергических проявлений при контакте с аллергеном уменьшилась, и больная перестала наблюдаться у врачей, не лечилась; 3 месяца назад больная устроилась на новую работу продавцом магазин бытовой химии. Через месяц у больной появился сухой кашель, который постепенно усиливался, пятнистые высыпания на коже. Самостоятельно принимала антигистаминные препараты в течение 7 дней – с некоторым положительным эффектом в виде регресса кожной сыпи. Семейный анамнез: у отца больной - бронхиальная астма, мать страдает хронической крапивницей. При осмотре: состояние больной средней тяжести, возбуждена. Беспокоит чувство жара в теле, шум в ушах, непродуктивный кашель. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы с элементами уртикарных высыпаний в области спины, груди, плеч, отек в области губ, лица, незначительный акроцианоз. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. При пальпации грудная клетка безболезненна; ЧД - 26 уд/мин. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких - выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих, рассеянных, хрипов. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, не разлитой. Границы относительной тупости сердца: правая на 1 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 130 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 90/60 мм рт. ст. (исходное АД до экстракции зуба – 120/80 мм.рт.ст.) Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания; при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10 х 9 х 8 см. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, лейкоциты - 7800, эозинофилы - 10%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 5 мм/ч. Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 114 в 1 минуту. PQ 0,12 мс, QRS 0,08 мс.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Каковы механизмы развития патологических реакций при анафилактическом шоке?

3.Перечислите признаки, характерные для данной степени тяжести анафилактического шока.

4.Составьте план противошоковых мероприятий.

5.Какова цель назначения глюкокортикостероидов при анафилактическом шоке?

**Задача №9**

Больной М., 45 лет, доставлен в приемное отделение 17 июня бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии. Со слов знакомых, в парке у пациента через минуту после укуса осы появились резкая слабость, бледность, судороги, а затем потеря сознания. Бригадой «скорой помощи» был введен двухкратно подкожно 0,5 мл 0,1% адреналина, 16 мг дексаметазона внутривенно. Пациент в сознание не приходил, АД 40/0 мм.рт.ст., пульс нитевидный. Сбор анамнеза, в том числе аллергологическо невозможен в виду тяжести состояния больного. При осмотре состояние крайне тяжелое. Больной в бессознательном состоянии. Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, влажные. Дыхание частое, поверхностное, ЧД - 30 в 1 мин. При аускультации легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье, по среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены, аритмичны. Пульс аритмичный, 150 уд/мин, нитевидный; АД - 30/0 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах. В области шеи слева след от укуса насекомого. Анализ крови: НЬ - 160 г/л, лейкоциты - 8000, эозинофилы - 6%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч. Газовый состав крови р02 - 55 мм; рС02 - 45 мм.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Дайте характеристику степени тяжести анафилактического шока.

3.Перечислите план необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Каков прогноз? 4.Составьте дифференциально-диагностический ряд.

5.Каков механизм развития анафилактического шока? Перечислите основные звенья патогенеза

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Учебная история болезни** курируемого больного, выполненная студентом в течение цикла.

**Осенний семестр (9с)**

**Тема 21 Плевриты. Дифференциальная диагностика выпотов в плевральную полость**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Плевриты: определение, этиология, патогенез, классификация;
2. Клинические проявления плевритов;
3. Основные подходы к диагностике и дифференциальной диагностике выпотов в плевральную полость: лабораторные, биохимические, инструментальные;
4. Дифференциальный диагноз между транссудатом и экссудатом.
5. Алгоритм дифференциально-диагностического поиска при выпотах в плевральную полость различного генеза.
6. Лечение выпотов в плевральную полость: принципы медикаментозной терапии, плевральные пункции, хирургическое лечение.

**Тестовые задания**

1. **Признаки наличия плеврального выпота:**
2. укорочение легочного тона
3. ослабление голосового дрожания
4. ослабление дыхания
5. все перечисленное
6. **Какая локализация плеврального выпота чаще встречается при застойных выпотах:**
7. двухсторонняя
8. правосторонняя
9. левосторонняя
10. нет закономерности
11. **Если при R-логическом исследовании выявлено смещение средостения в сторону выпота то это указывает на поражение какого легкого:**
12. где выпот
13. где нет выпота
14. с двух сторон
15. нельзя предположить
16. **Где может осумковаться жидкость:**
17. в базальных отделах
18. в междолевых щелях
19. в любом месте между листками плевры
20. в любом месте между висцеральной и париетальной плеврой и в междолевых щелях
21. **Какое количество эозинофилов в плевральном выпоте достаточно для диагностики эозинофильного выпота:**
22. 1-2 %
23. 2-3 %
24. 4-5 %
25. 10% и более
26. **При каком проценте лимфоцитов в плевральном выпоте можно предположить наличие у больного туберкулеза или злокачественного заболевания:**
27. менее 10 %
28. 10-20 %
29. 30-40 %
30. 50 и более %
31. **Выявление, каких клеток в плевральной жидкости не имеет диагностического значения:**
32. нейтрофилов, плазматических клеток
33. макрофагов, базофилов, плазматических клеток
34. мезотелиальных клеток, нейтрофилов
35. эритроцитов, лимфоцитов
36. **В плевральном выпоте выявлено большое количество мезотелиальных клеток. Для каких заболеваний это характерно:**
37. пневмония, туберкулез
38. заболевания соединительной ткани, глистных инвазиях
39. инфаркт легкого, сердечная или почечная недостаточность
40. грибковых заболеваниях, опухолях
41. **Какие виды биопсии проводят больным с целью диагностики:**
42. торакоскопическую
43. операционную
44. пункционную
45. все выше перечисленные
46. **Что способствует появлению горизонтального уровня жидкости при плевральном выпоте:**
47. образовалось большое количество жидкости
48. проникновение воздуха в плевральную полость
49. положение больного при исследовании
50. жидкость в плевральной полости убавляется
51. **О чем говорит преобладания в клеточном составе плевральной жидкости мононуклеозов?**
52. туберкулез
53. уменьшение количества жидкости в плевральной полости
54. увеличение количества жидкости в плевральной полости
55. стабильное количество плевральной жидкости
56. **При преобладании полиморфоядерных лейкоцитов в плевральной полости, о чем можно сделать заключение?**
57. острый процесс
58. ТЭЛА
59. вирусные инфекции, туберкулез
60. все перечисленное в п.1,2,3.
61. **При каких состояниях количество белка в плевральной жидкости при транссудатах в динамике увеличивается?**
62. при длительном нахождении жидкости в плевральной полости
63. туберкулез
64. пневмония
65. застойная сердечная недостаточность
66. **Висцеральная плевра покрывает:**
67. внутреннюю поверхность грудной клетки
68. паренхиму легких в местах прилегания к грудной стенке, диафрагме, средостению, междолевым щелям
69. паренхиму легких в местах прилегания к средостению
70. паренхиму легких в местах прилегания к грудной стенке
71. **Выраженный геморрагический характер плевральной жидкости обычно встречается, при каких заболеваниях?**
72. туберкулез, пневмония, грибковая инфекция
73. злокачественные новообразования, ТЭЛА с инфарктом легкого
74. миксидема, застойная сердечная недостаточность
75. нефротический синдром, грибковая инфекция, ревматоидный артрит
76. **Какие особенности выявляются в плевральном выпоте при ТЭЛА?**
77. плевральный выпот при ТЭЛА не имеет характерных особенностей
78. увеличивается содержание гиалуроновой кислоты
79. уменьшается количество глюкозы
80. увеличено количество белка
81. **Перкуторно плевральный экссудат определяется при его объеме не менее\_\_\_\_\_\_мл**
82. 500
83. 100
84. 50
85. 1000
86. **Аускультативным признаком выпота в плевральную полость является**
87. резкое ослабление дыхания
88. амфорическое дыхание
89. крепитация
90. шум трения плевры
91. **При подозрении на осумкованный плеврит перед плевральной пункцией нужно провести**
92. УЗИ
93. бронхоскопию
94. рентгеноскопию
95. микроскопию мокроты
96. **При физикальном обследовании больного наличие плеврального выпота может проявляться**
97. ослаблением голосового дрожания
98. усилением бронхофонии
99. сухими хрипами
100. усилением голосового дрожания

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Больной 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38° последнюю неделю, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гнойной мокротой. Самостоятельно принимал ампициллин. При R- графии грудной клетки выявлен левосторонний плевральный выпот. При пункции получен сливкообразный густой гной с гнилостным запахом.

**Вопросы:**

1.О каком синдроме можно думать в данном случае

2. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

3. Какие методы исследования необходимы **в данном случае?**

4.. Тактика дальнейшего ведения больного.

**Задача №2**

Больной 38 лет жалуется на повышение температуры тела до 38°, тяжесть в правой половине грудной клетке, одышку при обычной физической нагрузке, редкий сухой кашель, головокружение. Десять дней отмечал слабость, недомогание, только последние два дня появились указанные выше жалобы.

При осмотре больного правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание в нижней половине грудной клетки справа ослаблено.

При перкуссии в задне-нижнем отделе правой половины грудной клетки притупление. Подвижность нижнего края правого легкого не определяется. При аускультации здесь резко ослаблено дыхание. Голосовое дыхание не определяется.

При R- графии грудной клетки определяется гомогенное затемнение справа до IV ребра.

ОА крови лейкоцитов 20х10 л. СОЭ 22 мм/час

**Вопросы:**

**1**.О каком синдроме можно думать в данном случае

2.Какие методы исследования необходимо назначить в данном случае ?

3. Ближайшая тактика ведения больного.

4. Если при аспирации плевральной жидкости будет получен экссудат, о каких заболеваниях будете думать?

**Задача №3**

У больного 35 лет при R- графии грудной клетки, слева выявлено веретенообразное затемнение по ходу междолевой плевры, на фоне относительного благополучия.

**Вопросы:**

1.Какая предположительно этиология плеврального выпота?

2. Составьте план дополнительного обследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболевания

3. Показано ли диагностическая пункция плевральной полости и если показано, то кто должен ее проводить?

**Задача №4**

У больного с пороками сердца массивными отеками нижних конечностей, явлениями асцита появились признаки накопления небольшого количества жидкости в плевральных полостях.

**Вопросы:**

1.Выделите клинические синдромы

2. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз

3. Каков механизм образования плеврального выпота в данном случае

4. Какая медикаментозная терапия показана данному больному

5. Решите вопрос о показаниях к проведению диагностической пункции

**Задача № 5**

Мужчина 36 лет, после ушиба грудной клетки в ДТП, отмечает боль справа под лопаткой и там же чувство тяжести, умеренная одышка. Объективно: кожные покровы бледно-розовые. Положение ортопноэ. Температура тела в норме. Отставание при дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД 21 в мин. При пальпации грудной клетки справа ослабленное голосовое дрожание. Перкуторно над легкими притупление легочного звука справа от уровня VII ребра. Аускультативно дыхание везикулярное, резко ослабленное справа в области нижней доле легкого. ЧСС 90 в мин. АД 95/70 мм рт.ст. Выполнена рентгенография ОГП : в проекции нижних отделов правого легкого определяется гомогенное затемнение с нечеткой, скошенной книзу и кнутри верхней границей, находящейся на уровне переднего отрезка VII-го ребра.

**Вопросы:**

1.О каком синдроме можно думать в данном случае

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.

2. Составьте план обследования, укажите ожидаемые результаты..

3. Что предположительно является причиной развития данного синдрома.

4. Проведите диф.диагностику.

**Задача № 6**

Мужчина 40 лет обратился с жалобами на боль в левой половине грудной клетки при дыхании, усиливающаяся при кашле и глубоком вдохе. Болевые ощущения уменьшаются в положении на пораженном боку. Боль появилась два дня назад. Четкую причину указать не может. Объективно: t=37,4°, кожные покровы розовые. Грудная клетка обычной формы. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими - ясный легочной звук, слева притупление в области нижней доли легкого. При аускультации слева дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

3. Назовите принципы лечения данного заболевания.

**Задача № 7**

Женщина 35 лет обратилась с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больна 2-ю неделю. Объективно: температура 37,80С. Состояние средней тяжести. Кожа бледно-розового цвета. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по среднеподмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента и план лечения.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 22 Дифференциальная диагностика и лечение при бронхообструктивном синдроме**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Определение бронхообструктивного синдрома
2. Патофизиологические механизмы бронхиальной обструкции (обратимые, необратимые. Локальные, диффузные). Факторы риска и заболевания, приводящие к ним.
3. Клиническая картина БОС.
4. Место рентгенологического исследования в диагностике БОС.
5. Лабораторно – инструментальные методы в дифференциальной диагностике синдрома бронхиальной обструкции: общепринятые методы функциональной диагностики БОС, роль бронходилатационных тестов в диагностике БОС, препараты, используемые при их проведении, интерпретация. Бронхоконстрикторные тесты в диагностике БОС.
6. Основные дифференциально-диагностические критерии БОС. Отличие БОС при ХОБЛ и БА. Дифференциальная диагностика бронхиальной обструкции и особенности лечения в рамках хронических обструктивных заболеваний легких.
7. Характеристика синдрома обратимой бронхиальной обструкции при бронхиальной астме и отличие его от необратимой бронхиальной обструкции при ХОБЛ. Клинико–патогенетические особенности различных вариантов бронхиальной астмы Классификация бронхиальной астмы. Особенности лечения бронхиальной астмы. Астматический статус. Неотложная терапия.
8. Дифференциация бронхиальной обструкции от заболеваний сердечно – сосудистой системы, ТЭЛА, первичной легочной гипертензии, легочных васкулитов, психоневротических заболеваний, онкологических процессов.
9. Основные группы препаратов для лечения БОС. Классификация лекарственных средств, используемых при БОС.)

**Тестовые задания**

1. **К первичным механизмам патогенеза бос при хобл относятся:**
2. увеличение проницаемости сосудистой стенки
3. дефекты слизеобразования
4. колонизация микрофлоры
5. местный иммунодефицит
6. инфильтрация клетками-эффекторами
7. **Составляющие, формирующие кривую поток-объем являются:**
8. скоростные показатели потока воздуха
9. диффузионная способность легких
10. эластическая тяга легких
11. показатели давления в малом круге кровообращения
12. **Для оценки сопротивления дыхательных путей используют следующие показатели**:
13. величины максимальных объемных скоростей в разные моменты форсированного выдоха
14. индекс Тиффно
15. максимальная вентиляция легких
16. **Для больных с бос пик объема скорости выдоха смещен:**
17. к середине выдоха
18. к концу выдоха
19. к началу выдоха
20. **Для проведения бронходилатационных тестов используются:**
21. антихолинергические препараты
22. бета-блокаторы
23. бета-агонисты
24. гормональные препараты
25. альфа-агонисты
26. **Бронхоконстрикторный тест используется для дифференциального диагноза:**
27. бронхоэктатической болезни и хронического обструктивного
28. бронхита
29. хронического бронхита и эмфиземы легких
30. бронхиальной астмы и хронического бронхита
31. бронхиальной астмы и эмфиземы легких
32. **Для проведения бронхоконстрикторного теста используют следующие препараты:**
33. гистамин
34. беродуал
35. беротек
36. метахолин
37. **ХОБЛ- это заболевание характеризующееся**
38. резким снижением диффузионной способности легких
39. нарушением кровоснабжения по малому кругу
40. нарушением перфузионно-диффузионного соотношения
41. необратимыми или частично обратимыми вентиляционными нарушениями
42. сниженным по сравнению с бронхиальной астмой ответом на бронхолитики
43. прогрессивно нарастающей бронхиальной обструкцией
44. **Недостаток рентгеновской компьютерной томографии при диагностике ХОБЛ**:
45. не выявляет в большинстве случаев патологических признаков
46. не визуализирует мелкие бронхиальные структуры
47. значительные дозы облучения
48. не распознает изменения в бронхах в доклинической стадии ХОБЛ
49. **Бронхоспазмолитики в лечении БОС являются средствами:**
50. патогенетической терапии
51. симптоматической терапии
52. этиологической терапии
53. **При каком заболевании наблюдается гиперосмолярный тип бронхиальной обструкции:**
54. хронический обструктивный бронхит
55. астма физического усилия
56. муковисцидоз
57. эмфизема легких
58. внебольничная пневмония
59. **Ирритативную форму БОС вызывают:**
60. карциноидные опухоли
61. сывороточная болезнь
62. термические и химические ожоги бронхов
63. паразитозы
64. введение ацетилхолина
65. **Что относится к генетическим факторам риска развития БОС**:
66. недостаточность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
67. недостаточность ацетилтрансферазы
68. недостаточность α1-антитрипсина
69. недостаточность каталазы
70. врожденная метгемоглобинемия
71. **Бронходилатационный тест является положительным, если прирост ОФВ1 составляет:**
72. 10%
73. 12%
74. 15%
75. 18%
76. 20%
77. **Бронхиальная обструкция констатируется при снижении ОФВ1 менее:**
78. 50%
79. 60%
80. 70%
81. 80%
82. 90%
83. **Для ХОБЛ характерны следующие признаки:**
84. постоянный кашель разной интенсивности
85. суточное изменение ОФВ1 менее 10% от должного
86. отсутствие эозинофилии крови и мокроты
87. хороший ответ на ГКС
88. прогрессивное ухудшение функции легких
89. **Для БА характерны следующие признаки:**
90. приступообразный кашель
91. поражение проксимальных дыхательных путей
92. фиброз мелких бронхов
93. хороший ответ на бронхолитики
94. обратимость бронхиальной обструкции
95. **В патогенезе ХОБЛ имеют значение следующие воспалительные клетки:**
96. эозинофилы
97. макрофаги
98. нейтрофилы
99. CD8 Т-лимфоциты
100. CD4 Т-лимфоциты
101. **Патогенез БОС при муковисцидозе связан с:**
102. аномалией строения ворсинок дыхательных путей
103. нарушением мукоцилиарного клиренса
104. недостаточностью α1-антитрипсина
105. нарушениями гемодинамики малого круга кровообращения
106. **К β2-агонистам длительного действия относят:**
107. формотерол
108. монтелукаст
109. сальметерол
110. фенотерол
111. сальбутамол
112. **Перечислите ингаляционные ГКС:**
113. будесонид
114. преднизолон
115. флутиказона пропионат
116. эуфиллин
117. беклометазонадипропионат
118. **К м-холиноблокаторам длительного действия относят:**
119. ипратропия бромид (атровент)
120. тиотропия бромид (спирива)
121. тровентол
122. серетид
123. монтелукаст
124. **К комбинированным препаратам (ИГКС+ β-миметик длительного действия) относят:**
125. серетид
126. пульмикорт
127. симбикорт
128. беклоджет
129. беродуал
130. **К побочным эффектам, требующим абсолютной отмены ИГКС относят:**

развитие кандидоза полости рта

1. дисфония
2. спорадический кашель после ингаляции
3. бронхоспазм
4. все перечисленное
5. **Какой ингаляционный бронхолитик начинает действовать через 15-25 минут:**
6. атровент
7. беротек
8. сальбутамол
9. беклазон
10. будесонид
11. **Для какого препарата характерен бронхоспазм, дисфония и осиплость голоса**:
12. атровент
13. беротек
14. беродуал
15. сальбутамол
16. беклазон
17. **Универсальным стимулятором адренергической системы является:**
18. эуфиллин
19. беротек
20. адреналин
21. сальбутамол
22. формотерол
23. **Значительно уменьшает выработку бронхиального секрета:**
24. эуфиллин
25. преднизолон
26. амброксол
27. атропин
28. атровент
29. **Безопасность применения ИГКС зависит от:**
30. афинности к кортикостероидным рецепторам
31. интенсивности пресистемного метаболизма
32. объема распределения препарата
33. кратности назначения
34. всего вышеперечисленного
35. **К комбинированным препаратам (холинолитик+ β-миметик короткого действия) относят:**
36. серетид
37. беродуал
38. форадил комби
39. ипрамолстери-неб
40. симбикорт

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная С. 38 лет жалуется на мучительный, приступообразный, малопродуктивный кашель, сопровождающийся внезапным усилением экспираторной одышки, цианозом, набуханием шейных вен. При объективном исследовании грудная клетка гиперстеническая, межреберные промежутки не расширены, эластичность грудной клетки не нарушена, при перкуссии ясный легочный звук, сухие рассеянные хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе.

**Задание**:

1. О каком синдроме можно думать в данном случае и при каких заболеваниях этот синдром встречается?

2. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

**Задача № 2**

Больной П., 69 лет заядлый курильщик, жалуется на кашель с отхождением мокроты в течение многих лет. Около 5-7 лет беспокоит одышка, вначале появляющаяся при физических нагрузках. Около 2-3 лет наблюдаются отеки ног, что и появилось поводом обращения к врачу. При обследовании определяется диффузный цианоз, периферические отеки, заторможенность. Перкуторно звук над грудной клеткой не изменен. При аускультации определяются сухие хрипы разного тембра, меняющиеся по локализации и интенсивности, после покашливания и при глубоком дыхании. Перкуторно определяется смещение границ сердечной тупости влево, набухание шейных вен. Газовый состав артериальной крови нарушен с повышенным содержанием углекислоты (50 ммртст) и сниженным содержанием кислорода. Общая емкость легких в норме, остаточный объем умеренно повышен, ЖЕЛ снижена, ОФВ1 резко снижен. Наблюдается эритроцитоз.

**Задание**:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

**Задача № 3**

Больной Д. 63 лет жалуется на одышку в течение 7-8 лет, усилившуюся в последние 1 -2 года, испытывает одышку даже при малейшей физической нагрузке. Часто одышка сопровождается кашлем со скудной слизистой мокротой. В момент осмотра больной сидит с наклоненным вперед туловищем, опершись руками о край кровати. В акт дыхания вовлечена вспомогательная мускулатура. Выдох удлинен, дыхание шумное. Грудная клетка бочкообразной формы, выбухают надключичные пространства. Шейные вены, на выдохе набухшие, спадаются в период вдоха. Грудина искривлена кпереди, выражен торакальный кифоз, ребра находятся в горизонтальном положении, а межреберные промежутки расширены. Подвижность ребер при дыхании ограничена, межреберья во время вдоха втягиваются. Перкуторный тон над грудной клеткой коробочный, аускультативно прослушивается ослабленное дыхание с высокочастотными сухими хрипами незвучного тембра в конце выдоха. В области мечевидного отростка - видимая пульсация. Размеры сердечной тупости не определяются. При пальпации эпигастрия-пульсация правого желудочка. При исследовании газового состава артериальной крови умеренное снижение кислорода (75 ммртст). Содержание углекислоты на уровне нормы. Минутный объем дыхания, общая емкость легких, остаточный объем повышены. ЖЕЛ, ОФВ1 снижены. На рентгенограмме грудной клетки выявляется низкое стояние диафрагмы, уплощение ее купола, ослабление легочного рисунка на периферии, сужение и удлинение сердечной тени с увеличением ретростернального пространства.

**Задание**:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

6. Объясните, почему у больного отсутствует цианоз.

**Задача № 4**

Больной М. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение. Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. Одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать за последний год. В течение последнего месяца, после перенесѐнного ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жѐлто-зелѐный цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенѐс крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат). Объективно: общее состояние средней тяжести. Лѐгкий акроцианоз. Больной пониженного питания, грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - лѐгочный звук с коробочным оттенком. При аускультации лѐгких - дыхание ослабленное, в нижних отделах лѐгких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинѐн. При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. На ЭКГ: рубцовые изменения на боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тифно - 57,2. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза лѐгких. Общий анализ мокроты: лейкоциты – до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз. Определите индекс курильщика у больного.

3. Составьте и обоснуйте план дообследования больного.

4. Какая базисная терапия необходима больному в соответствии с его диагнозом?

5. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте почему.

**Задача № 5**

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжѐлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лѐгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жѐсткое, сухие хрипы по всем лѐгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезѐнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, лейкоциты - 9,5×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевина - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Ro-графия грудной клетки: повышена прозрачность лѐгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лѐгочный рисунок усилен. Корни лѐгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

**Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

**Задача № 6**

Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8 °С. Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъѐме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жѐлто-зелѐного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объѐм, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приѐмный покой городской больницы. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лѐгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отѐков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния мMRSquestoinnaire - 4 балла. Общий анализ крови: эритроциты - 4,42×1012/л, Нв -165 г/л, Нt - 50%, лейкоциты - 8,4×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелѐного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы ∆ ОФВ1 – 2,12%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.

5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача № 7**

Мужчина 43 лет обратился к участковому врачу с жалобами на слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38, 7 озноб, обильное потоотделение, снижение работоспособности, одышку. Из анамнеза: частые острые респираторно-вирусные заболевания. В последнее время после ОРВИ сохраняется длительный продуктивный кашель с гнойной мокротой, особенно после физической нагрузке и к вечеру. Курит около 20 лет. Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные, температура тела 37,8. При аускультации определяется жесткое везикулярное дыхание, особенно в межлопаточном пространстве, рассеянные, сухие, свистящие хрипы.

**Задание**:

1.Назначьте обследование больному.

2.Какой диагноз можно предполагать у данного больного?

3.План лечения

**Задача № 8**

Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затрудненное дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал Преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад Преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. Объективно: состояние тяжелое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бедрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбужден. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук по всем легочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 - 85%. В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?

3. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?

4. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния?

5. Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному?

**Задача № 9.**

Больной Б., поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой, преимущественно в утренние часы, одышку экспираторного характера, усиливающуюся при кашле, и при обычной физической нагрузке, потливость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом много лет, обострения преимущественно в холодное время года, неоднократно госпитализировался. Из анамнеза жизни - курит около 20 лет.

Об-но: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые - акроцианоз, влажные. Больной пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии ясный лёгочный звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, сухие басовые хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 22 в 1'. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС  
92в мин. Живот без/о. данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 96 в Г. Перегрузка правых отделов сердца - с уч. клиники.

OAK: ЛЦ 9,2, ЭЦ 3,2, НЬ 106, СОЭ 19, п/я 6, с/я 62, Э 1, М 3, ЛФ 28.

ОАМ: ж, прозрачная, 1015, белок 0,033%, сахар отрицательный, ЛЦ 2-3 в п/зрения, пл. эпителий 1-3 в п/зрения.

Общий анализ мокроты: зеленоватая, вязкая, ЛЦ - в большом количестве, пл. эпителий 10-15 в п/зрения.  
ФВД: ЖЕЛ = 3,04(100%), ОФВ1 = 1,52 (61%), инд. Тиффно = 50%

R графия: лёгочная ткань без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёг/рисунок обогащен, деформирован за счёт явлений пневмосклероза. Корни лёгких структурны, не расширены, синусы свободны, срединная тень не смещена.  
**Задание**:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов)?

**Задача № 10.**

Больной Г., 17 лет поступил с жалобами на заложенность в грудной клетке, кашель с трудноотделяемой мокротой, приступы удушья до 3 раз за сутки, ночные приступы 1 -2 раза в неделю, купирует салбутамолом. Из анамнеза заболевания: страдает бронхиальной астмой около 5 лет, возникновению астмы предшествовал хронический обструктивный бронхит. Обострения заболевания каждые 3 мес, госпитализирован на обследование от  
военкомата. Из анамнеза жизни - имеются аллергические реакции на бытовые аллергены, пыльцу растений, резкие запахи.

Об-но: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Грудная клетка цилиндрической формы. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. Экскурсия лёгочной края 4 см с обеих сторон. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы, преимущественно на выдохе, ЧДД 20 в Г. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в Г, АД 120/70 мм рт. ст. Живот без/о. Данные лабора-  
торных и инструментальных исследований:  
ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 88 в Г. ЭОС не отклонена.  
ФВД: ЖЕЛ 3,13(108%) колебания ПСВ в течение суток 25%,ФЖЕЛ-2,08 (71%),ОФВ, = 1,87 (78%), Инд. Тиффно 59,7% Заключение: умеренно обострённые нарушения бронхиальной проходимости на фоне N ЖЕЛ.

Общий анализ мокроты: вязкая, серая. ЛЦ 10-15, пл. эпителий 8-10.

OAK, ОАМ без патологии.

R графия грудной клетки - лёгкие без очаговых и инфильтративных затемнений. Лёгочный рисунок диффузно обогащен, деформирован, в основном за счёт сосудистого компонента.  
Корни лёгких несколько расширены, структурны. Синусы свободны. Диафрагма не деформирована. Синусы - без/о.  
**Задание**:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

**Задача №11**

К врачу-терапевту участковому обратился больной 52 лет с жалобами на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела. Курит с 20 лет (30 сигарет в день), работает наборщиком в типографии. В течение предшествующих 5 лет беспокоит хронический кашель, в последние 2 года присоединились прогрессирующая одышка при ходьбе, которая значительно ограничивает физическую работоспособность и снижение массы тела. Два месяца назад перенѐс простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал Азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось. Перенесѐнные заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте, аппендэктомия в детском возрасте. Аллергоанамнез не отягощѐн. Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост - 178 см, вес - 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, отѐков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лѐгких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту, SpO2 - 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс - 88 в минуту, акцент II тона над лѐгочной артерией. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 4 см.

**Задание**:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

4. Назначьте и обоснуйте лечение.

5. Составьте план диспансерного наблюдения

**Задача №12**

Больная Р., 47 лет, в течение 20 лет больна бронхиальной астмой. В связи с тяжелым течением заболевания последние 6 лет постоянно принимает таблетки преднизолона (15 мг утром). Изредка пользуется беротеком для купирования приступов (неежедневно). Неоднократные попытки снизить дозу ГКС, заменить препарат на ингаляционные ГКС или применить альтернирующую схему оказались безуспешными. Последние полгода у больной появились боли в области спины, усиливающиеся при движениях. Кроме того, больная страдает гипертензией с тах АД 190/100 мм рт. ст., и уже 3 года подряд обостряется язва желудка. Объективно: рост 160 см, вес 91 кг, гирсутизм, кушингоидная внешность, АД 150/100, сахар крови - 6,9 ммоль\л.

**Задание:**

1. Как расценить комплекс заболеваний пациентки?
2. Каковы возможные причины появления болей в спине? Какие мероприятия необходимы для уточнения диагноза?
3. Можно ли помочь больной?
4. Какие препараты выбрать для лечения гипертензии у такой больной?
5. Чем проводить профилактику возникновения язвы?

**Задача №13**

Больная Е., 54 года, страдает бронхиальной астмой 12 лет (смешанная форма астмы, средняя степень тяжести). Из анамнеза известна непереносимость цитрамона, анальгина в виде крапивницы, заложенности носа, приступов удушья. Последние 3 года постоянно ингалируетбеклазон в дозе 1000 мкг в сутки.

Поступила с жалобами на частые (до 8 за сутки) приступы удушья, плохо купируемые беротеком. Обострение астмы связывает с простудой (3 дня назад поднялась температура до 38,6°С, появился насморк, першение в носоглотке). Больная принимала раствор колдрекса, чай с малиновым вареньем. Доставлена в стационар бригадой «скорой помощи» с длительно некупирующимся приступом удушья, после многократного использования беротека.

**Задание:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Что спровоцировало обострение астмы?

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов). Какие рекомендации по приему продуктов питания необходимо дать такой больной?

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема № 23: Дифференциальная диагностика и лечение при очаговых и диффузных поражениях легких.**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Определение синдрома очагового образования в легких.

2. Отличительные клинические признаки синдрома легочного инфильтрата при пневмониях, инфильтративном туберкулезе, синдроме Дреслера, ТЭЛА, раке легкого, эозинофильном инфильтрате легкого Дифференциальный диагноз очаговых заболеваний легких.

3. Особенности рентгенологической картины при очаговых заболеваниях легких. Диагностические критерии указанных заболеваний.

4. Критерии диагностики и дифференциальной диагностики очаговых заболеваний легких (очагового туберкулеза легких, очаговой пневмонии, долевой пневмонии, казеозной пневмонии, параканкрозного инфильтрата. периферического рака легких, инфаркт пневмонии, абсцесса легкого, эозинофильного инфильтрата легких).

5. Критерии диагностики пневмоний, вызванных различными возбудителями (пневмококком, клебсиеллой, стафилококком, микоплазмой, легионеллой, хламидийной, пневмоцистной, кишечной палочкой, синегнойной палочкой). Дифференциальный диагноз.

6. Особенности лечения пневмоний, вызванных различными заболеваниями.

7. Основы антибактериальной терапии.

8. Диффузные заболевания легких (Альвеолиты: Экзогенный аллергический альвеолит, Идиопатический фиброзирующий альвеолит -болезнь Хаммена-Рича, Экзогенный токсический альвеолит-болезнь фермера; Гранулематозы: Саркоидоз, Гистиоцитоз Х легких, Диссеминированный туберкулез, Пневмокониозы;, Интерстициальные фиброзы легких: при ДЗСТ, Диссеминации опухолевой природы: Лучевой пневмонит. Респираторный дистресс-синдром взрослых.). Понятие. Этиология, патогенез.

9. Общие и отличительные клинические признаки диффузных заболеваний легких .

10. Диагностическое значение современных методов обследования: функциональных исследований легких, иммунологических, микробиологических , бронхологических методов, исследования биопсийного материала и инвазивных исследований.

11. Особенности рентгенологической картины при диффузных (диссеминированных) заболеваниях легких. Диагностические критерии.

12. Дифференциальный диагноз диффузных заболеваний легких. Алгоритм дифференциальной диагностики диффузных заболеваний легких.

13. Основные принципы лечения диффузных заболеваний легких.

**Тестовые задания**

1. **В морфологическую классификацию диффузных (диссеминированных) процессов легких входят все перечисленные группы заболеваний, кроме**
2. альвеолиты
3. гранулематозы
4. опухолевые
5. инфекционные
6. **Каков наиболее характерный физикальный симптом идиопатического фиброзирующего альвеолита**
7. цианоз
8. снижение эластичности грудной клетки
9. притупление перкуторного звука
10. двусторонняя крепитация в нижних отделах легких, напоминающая треск целлофана
11. **Для диссеминированных заболеваний легких характерны все признаки кроме одного**
12. прогрессирующая одышка
13. двухсторонняя диссеминация на рентгенограмме
14. обструктивные изменения на спирограмме
15. рестриктивные изменения на спирограмме
16. **Как называется один из вариантов острого начала саркоидоза**
17. синдром Горнера
18. синдром Чарджа-Стросса
19. синдром Лефгрена
20. синдром Дресслера
21. **Характерными лабортарными признаками саркоидоза являются**
22. гиперурикемия
23. диспротеинемия
24. повышение активности АПФ и гиперкальциемия
25. гиперхолестеринемия
26. **К клиническим формам острого диссеминированного туберкулеза**
27. **относятся все перечисленные, кроме**
28. тифоидная
29. легочная
30. внелегочная
31. менингеальная

острейший туберкулезный сепсис

1. **Какой рентгенологический симптом характерен для пневмокониозов**
2. «сотовое легкое»
3. симптом «рассыпанных монет»
4. симптом «снежной бури»
5. симптом «матового стекла»
6. **Наиболее частыми источниками метастатического поржения легких являются все перечисленные опухоли, кроме:**
7. молочной железы
8. желудка
9. матки
10. щитовидной железы
11. **Синдром легочного инфильтрата – это**
12. рентгенологический синдром, характеризующийся затемнением легочной ткани различного размера и формы
13. клинико-рентгенологический синдром, характеризующийся признаками уплотнения
14. легочной ткани: при перкуссии легких – укорочением перкуторного тона, при рентгенологическом исследовании – инфильтративным затемнением различной величины и формы
15. синдром при котором выявляется укорочение прекуторного звука или ослабление дыхания в зоне уплотнения легочной ткани
16. **Какова возможная природа инфильтратов**
17. инфекционно-воспалительная
18. аллергическая
19. опухолевая
20. геморрагическая
21. **Пневмония – это**
22. острое или хроническое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной
23. этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких,
24. наличием внутриальвеолярной экссудации, выявляемой при физикальном и/или рентгенологическом исследовании, выраженными в различной степени лихорадочной реакцией и интоксикацией
25. острое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся поражением респираторных отделов легких, наличием внутриальвеолярной экссудации, выявляемой при физикальном и/или рентгенологическом исследовании, выраженными в различной степени лихорадочной реакцией и интоксикацией
26. инфекционное заболевание, при котором поражается респираторный отдел и бронхиальное дерево выявляемой при физикальном и/или рентгенологическом исследовании, выраженными в различной степени лихорадочной реакцией и интоксикацией
27. **Клиническими критериями пневмонии тяжелого течения являются**
28. общее тяжелое состояние больного
29. признаки сердечно-сосудистой недостаточности
30. частота дыхательных движений > 30 в 1 мин
31. наличие осложнений
32. **Развернутый диагноз у больного с пневмонией должен отражать**
33. этиологию, локализацию процесса, степень тяжести, сопутствующие заболевания
34. этиологию, локализацию процесса, степень тяжести, характер течения, осложнения,
35. степень дыхательной недостаточности
36. этиологию, локализацию процесса, степень тяжести, характер течения, осложнения
37. этиологию, локализацию процесса, степень тяжести, характер течения, степень дыхательной недостаточности
38. **Самыми частыми возбудителями внебольничной пневмонии являются**
39. Chlamidia pneumonie, Legionella, Staphylococcus aureus pneumonie
40. Klebsiella pneumonie; Pseudomonas aeruginosa; Staphylococcus spp.
41. Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Micoplasma pneumonie
42. Streptococcus pneumoniae, Chlamidia pneumonie, Legionella
43. **Объективными критериями диагностики пневмонии являются**
44. инфильтрация легочной ткани, выявляемая при рентгенографии грудной клетки в 2-х
45. проекциях, микробиологическое исследование мокроты
46. наличие лихорадки, интоксикации
47. усиление голосового дрожания, локальное притупление перкуторного тона, наличие
48. влажных мелкопузырчатых хрипов или крепитации
49. боли за грудиной, не связанные с дыханием
50. **Какая пневмония называется госпитальной**
51. пневмония, развившаяся в первые 48-72 часа от момента госпитализации
52. пневмония, развившаяся в течение первых четырех суток от момента госпитализации
53. пневмония, развившаяся не ранее чем через 48-72 часа от момента госпитализации
54. пневмония, которая была диагностирована в стационаре
55. **К легочным осложнениям пневмонии относятся**
56. парапневмонический плеврит, эмпиема плевры
57. абсцесс и гангрена легких
58. бронхиальная обструкция
59. острая дыхательная недостаточность (дистресс-синдром)
60. **Какой из перечисленных критериев указывает на тяжелое течение пневмонии:**
61. лейкоцитоз (> 20 Г/л) или лейкопения (< 4 Г/л)
62. инфильтрат, занимающий более 1 сегмента
63. SpO2 < 95%
64. частота дыхательных движений 25-30 в 1 мин
65. **Наиболее частые клинические симптомы при пневмонии:**
66. кашель
67. боли в грудной клетке
68. лихорадка
69. кровохарканье
70. удушье экспираторного характера
71. **Деструкция легочной ткани чаще развивается при пневмонии, вызванной:**
72. бациллой Фридлендера
73. стафилококком
74. стрептококком
75. микоплазмой
76. пневмококком
77. **Возбудителем пневмонии чаще всего является**
78. пневмококк
79. стрептококк
80. стафилококк
81. кишечная палочка
82. клебсиелла
83. **Решающее значение в дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза, очаговой и параканкрозной пневмонии принадлежит**
84. клинической симптоматике
85. данным рентгенологического исследования легких
86. обнаружению микобактерий туберкулеза в мокроте
87. результатам пробного лечения
88. данным бронхоскопии
89. **Образование полостей деструкции в легких наиболее характерно для пневмонии, вызванной**
90. Стафилококком
91. Пневмококком
92. Хламидией
93. Энтерококком

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Пациент К., 36 лет, работающий шлифовщиком камня, обратился к участковому терапевту с жалобами на малопродуктивный кашель, одышку при значительной физической нагрузке, повышенную утомляемость, снижение работоспособности и аппетита, повышение температуры тела до 37,2-37,6ºС. Больным себя считает на протяжении 1,5-2 месяцев. За медицинской помощью ранее не обращался, принимал парацетамол, лазолван без значительного эффекта. Флюорографическое обследование – 6 месяцев назад, изменений в легких не обнаружено. При объективном обследовании общее состояние больного удовлетворительное, кожные и слизистые покровы чистые, бледно-розовые. ИМТ = 24,5. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 4-х группах, единичные, безболезненные, размерами до 1,0 см. Грудная клетка нормостеническая, симметрично участвует в акте дыхания, число дыханий 19 в мин. При сравнительной перкуссии притупление звука слева в I-II межреберьях, при аускультации дыхание в этой зоне бронхиальное, выслушиваются немночисленные среднепузырчатые влажные хрипы после покашливания. Над остальными отделами легких перкуторный звук легочный, дыхание ослабленное везикулярное. Пульс – 92 удара в мин., ритмичный. АД – 130/65 мм рт.ст. Ритм сердечных сокращений нормальный, тоны нормальной звучности, дополнительные шумы отсутствуют. Живот обычной конфигурации, мягкий и безболезненный при пальпации. Размеры печени и селезенки не увеличены. Периферических отеков нет.

Анализ крови общий эритроциты – 3,5 т/л, Нв – 120 г/л, лейкоциты – 11,4 Г/л, э – 1%, п – 16%, с – 50%, м – 17%, л – 16%, СОЭ – 36 мм/час; Исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии в одном образце из 3-х обнаружены КУМ (10 в 100 полях зрения; Анализ мочи общий реакция – слабо кислая, относительная плотность – 1017, белок и сахар не обнаружены, лейкоциты – 3-4 в зр., эритроциты – 0-1 в п/зр; Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: В легких с обеих сторон множественные рассеянные очаговые тени размерами 3-5 мм, средней интенсивности, без четких контуров, с тенденцией к слиянию. Слева в S1-2 определяется кольцевидная тень размерами 3 см с нечетким внутренним и наружным контуром

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

3. Составьте план дополнительных методов исследования.

4. Оцените результаты дополнительного обследования.

5. Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификацией.

6. Определите тактику дальнейшего ведения пациента

**Задача № 2.**

Больная Н., 52 лет, библиотекарь, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на кашель, с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку в покое, общую слабость, потливость, отсутствие аппетита. Заболела остро, 5 дней назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 37,8°, появился сухой кашель и боли в горле. Самостоятельно принимала жаропонижающие средства без эффекта. Антибактериальную терапию не получала. Ухудшение самочувствия в течение последних суток: повысилась температура до 39°С, появилась одышка и слабость. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 2, роды – 1, выкидыш – 1. Менопауза с 46 лет. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Отмечается диффузный цианоз кожи. Пальпируемые лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные) не увеличены. Рост 158 см, вес 75 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Пастозность тыла стоп, голеней. Грудная клетка гиперстеническая, тип дыхания грудной. ЧД 25 в мин. Дыхательные движения симметричны, одышка смешанного характера. Пальпация грудной клетки безболезненна, грудная клетка эластична. Отмечается усиление голосового дрожания ниже угла лопатки и по боковой поверхности справа. В легких справа укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания и влажные мелкопузырчатые хрипы ниже уровня VI ребра. Слева перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаковый на обеих руках, 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, пальпируется край печени, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9–8–7 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Анализ крови общий Эритроциты – 5,5 Т/л, Hb - 158 г/л, лейкоциты - 15,0 Г/л, эозинофилы - 0%, нейтрофилы: палочкоядерные - 10%, сегментоядерные -50%, лимфоциты - 32%, моноциты - 8%, СОЭ – 47 мм/ч. Анализ мочи общий Соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1019, белок - следы, лейкоциты 2-3 в п/зрения. Анализ мокроты общий: Слизисто-гнойная, зеленоватая, вязкая, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 0 – 1 – 5 в поле зрения, ВК-. Анализ мокроты на КУМ в 3 образцах – отрицательный. ЭКГ: синусовая тахикардия, дисметаболические изменения в миокарде. Пульсоксиметрия: SpO2 – 92%. Рентгенография Легочные поля слева позрачные, справа – интенсивное негомогенное затемнение от уровня VI ребра с участком просветления округло формы диаметром 2 см с уровнем жидкости

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Оцените результаты дополнительных методов обследования. 5. Сформулируйте клинический диагноз.

6. Определите тактику ведения и назначьте лечение

**Задача № 3.**

Больной 32 лет жалуется на кашель с мокротой ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение температуры до 39°, одышку при ходьбе. Заболел остро, 5 дней назад, после переохлаждения. При поступлении состояние тяжелое, температура 38,8°, ЧСС 25 в 1 мин. При перкуссии справа сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука, усиленная бронхофония, выслушиваются инспираторные влажные хрипы в аксилярной области и у угла лопатки справа. ЧСС 96 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?

2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. Тактика лечения?

4. Профилактика данного заболевания?

**Задача № 4.**

Больной, 62 лет, доставлен в клинику с жалобами на кашель с примесью крови. В последние 2 месяца беспокоила слабость. Температура не повышалась, похудел на 4 кг. Стал беспокоить сухой кашель, в день поступления появились боли в грудной клетке слева и сгустки крови в отделяемой мокроте при кашле. Жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта никогда не было. Тромбофлебитом не страдал. Объективно: бледен. Слева на шее над ключицей прощупывается плотный безболезненный узел, малоподвижный, безболезненный. ЧД 28 в минуту. При перкуссии слева сзади на уровне нижней трети лопатки у позвоночника определяется укорочение перкуторного звука, дыхание здесь же ослабленное с бронхиальным оттенком. Пульс ритмичный 100 уд/мин. Тоны сердца ясные, границы сердца в пределах нормы. Язык обложен светлым налетом, влажный. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

**Вопросы:**

1.Проведите дифференциальный диагноз легочного и желудочного кровотечения.

2.Предполагаемый диагноз и причина кровотечения у больного.

3.Неотложные лечебные мероприятия при кровотечении.

4.Какие дополнительные исследования необходимы больному для уточнения диагноза?

5. Выпишите рецепт на эуфиллин.

**Задача № 5**

В приемный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над легкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого легкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отеков нет. Анализ крови: лейкоциты - 21×109 /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час., ACT - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: PH - 7,5; Р СО2 - 20; Р О2 - 50; ВЕ - 10.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

терапия (реополиглюкин). Оксигенотерапия. ИВЛ.

**Задача № 6**

Больной Н. 49 лет поступил с приема врача-терапевта участкового в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,2 °С с ознобом, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку при глубоком дыхании. Болен в течение 5 дней. Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ, кожные покровы бледные. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, под лопаткой слева укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс – 100 ударов в минуту, артериальное давление (АД) – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. На рентгенограмме в области нижней доли левого легкого выявлена инфильтрация. В гемограмме: гемоглобин – 126 г/л; лейкоциты – 12 тысяч, палочкоядерные – 11%, сегментоядерные – 46%, СОЭ – 38 мм/час. Больному был назначен Ампициллин 1000000 ЕД в/м 6 раз в сутки. На 5 день лечения состояние больного ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1 °С, появилась обильная гнойная мокрота, наросли признаки интоксикации. На компьютерной томографии легких в нижней доле слева выявлена полость до 1,2 см в диаметре.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Задача № 7**

Больной 44 лет жалуется на боль в левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, усиливающуюся при глубоком дыхании, тошноту, рвоту с примесью желчи, кашель с мокротой. Около 6 часов назад появился озноб. Затем боль в левом подреберье, рвота съеденной пищей. Вызванной бригадой скорой медицинской помощи диагностирован острый гастрит, введены анальгетики и спазмолитики. После некоторого облегчения боли возобновились (2 часа назад), была повторная рвота. При осмотре врачом вновь вызванной скорой медицинской помощи больной лежит на левом боку. Состояние средней тяжести, слева над проекцией нижней доли определяется крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, 96 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Температура тела 39,4 °С. На ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. При рентгенографии – затемнение над диафрагмой и в нижней доле слева.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Задача № 8**

Больной 35 лет госпитализирован в стационар после осмотра на дому врачом терапевтом участковым. Жалобы на мучительный сухой кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, одышку, боль в левом боку при глубоком дыхании и кашле, резкую общую слабость. Заболел 3 дня назад. Днем переохладился, вечером внезапно почувствовал озноб, общую слабость. Температура тела повысилась до 39,6 °С, ознобы не повторялись, температура оставалась на высоких цифрах, присоединился кашель, одышка и затем боль в боку при дыхании. Объективно: состояние тяжелое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щек, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, в верхних отделах ее усиление голосового дрожания. При перкуссии притупление слева в верхних отделах, здесь же определяется бронхиальное дыхание высокого тембра, шум трения плевры спереди, хрипов не слышно. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 32 в минуту. Над остальной поверхностью легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 112 в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Задача № 9**

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание. Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на легочной артерии. ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной ⅓ зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента SТ и отрицательный зубец Т в V1–V3 отведениях, высокие зубцы Р в стандартных отведениях.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**Задача № 10**

Больной Ю. 28 лет заболел остро с подъема температуры тела до 38°С. Жалуется на боль в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, кашель со скудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, слабость, потливость. В течение двух месяцев отмечает нарастание слабости, снижение аппетита, покашливание. При обследовании в стационарных условиях кожные покровы обычной окраски и влажности. Аускультативно: везикулярное дыхание, в нижних отделах правого легкого выслушиваются влажные хрипы. Перкуторно: притупление легочного звука в области нижней доли правого легкого. Рентгенологически определяется затемнение в нижней доле правого легкого с нечеткими контурами, негомогенное, средней интенсивности, в котором отмечаются участки просветления. В окружающей легочной ткани имеются множественные очаги бронхогенного обсеменения. Туберкулиновая проба: реакция Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. Методом люминесцентной микроскопии КУМ в мокроте не найдены. Больному была произведена диагностическая фибробронхоскопия: слева – бронхи в норме, справа – в просвете нижнедолевого бронха отделяемое слизисто-гнойного характера в умеренном количестве. Слизистая умеренно гиперемирована. В промывных водах бронхов методом посева обнаружены МБТ.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. Обоснуйте факт бактериовыделения в данном случае.

5. Какое лечение должно быть назначено в данном случае?

**Задача № 11**

Больной Ш. 33 лет при поступлении в стационар жаловался на повышение температуры тела до 38,5°С, резкую слабость, потливость в ночное время, отсутствие аппетита, снижение веса на 10 кг, кашель с мокротой гнойного характера, одышку при небольшой физической нагрузке. Ранее туберкулезом не болел. Контакты с туберкулезными больными имел в местах лишения свободы. После освобождения в течение года отмечал нарастание слабости, стал терять в весе. При осмотре состояние тяжелое, больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Перкуторно: притупление легочного звука над правыми отделами грудной клетки. Аускультативно: справа выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы. Рентгено-томографически: в правом легком определяется субтотальная инфильтрация легочной ткани средней и высокой интенсивности, крупные каверны в S6 и S2, множество средних и мелких каверн с инфильтрированной стенкой по всему правому легкому, очаги и фокусы отсева в S1+2 левого легкого. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?

4. Какие рентгенологические изменения характерны для данного заболевания?

5. Какое лечение должно быть назначено в данном случае?

**Задача № 12**

Больной К. 34 лет заболел остро с подъема температуры тела до 37,5°С. Жалуется на потливость, кашель с мокротой серозного характера, слабость, недомогание, похудел на 4 кг. Контакт с больными туберкулезом имел в местах лишения свободы. Освободился 3 месяца назад. Перкуторно: незначительное притупление легочного звука в верхних отделах. Аускультативно: в верхних отделах – дыхание жесткое, в нижних отделах – ослабленное везикулярное. Микроскопически в мокроте - КУМ+++. Рентгенологически: во всех легочных полях определяются очаговые тени размером 5-7 мм в диаметре с размытыми контурами, в верхних отделах очаги имеют тенденцию к слиянию и распаду. В крови обнаружены маркеры гепатита С.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какое лечение должно быть назначено в данном случае?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Сформулируйте прогноз диссеминированный либо фиброзно-кавернозный туберкулез.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 24 Легочное сердце.**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Легочное сердце (ЛС) – определение, историческая справка
2. Классификация ЛС
3. Этиология ЛС, Основные звенья патогенеза
4. Клиническая картина: острого, подострого, хронического, декомпенсированного ЛС
5. Информативность современных методов исследования в диагностике ЛС
6. Понятие о пер­вичной (идиопатической) легочной гипертонии.
7. Гипертония малого круга кровообращения при тромбоэмболии легочной артерии, инфаркте легкого. Патогенез гемодинамических расстройств. Лечение тромбоэмболии легочной артерии (антикоагулянты, тромболитики).
8. Принципы лечения больных легочным сердцем: лечение основного заболевания, восстановление нарушенной вентиляции легких, снижение легочной гипертензии, ликвидация правожелудочковой недостаточности. Основные группы препаратов. Первичная и вторичная профилактика.

**Тестовые задания**

**1. Назовите клинические признаки декомпенсированного ХЛС:**

а. Диффузный цианоз.

б. Периферические отеки.

в. Положительный венный пульс.

г. Снижение венозного давления.

д. Систолический шум на верхушке сердца.

**2. Выберите верные утверждения относительно легочной гипертонии:**

а. Часто развивается у больных ХОБЛ.

б. Наиболее информативным методом диагностики служит рентгенологическое исследование грудной клетки.

в. Основной патогенетический механизм - альвеолярная гипоксия. Основной клинический признак - набухание шейных вен на вдохе.

г. Все вышеперечисленные утверждения верны.

3. **При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у больных с ХЛС выявляют:**

1. Увеличение конуса легочной артерии.
2. Аортальную конфигурацию сердца.
3. Митральную конфигурацию сердца.
4. Линии Керли.
5. Все вышеперечисленное.

4. **В формировании легочной гипертензии у больных ХОБЛ принимают участие:**

а. Спазм легочных артериол.

б. Полицитемия.

в. Декомпенсация правого желудочка.

г. Вазоактивные вещества, блокирующие синтез оксида азота. Д. Лечение ингаляционными кортикостероидами.

5. **Назовите клинические признаки гипертрофии правого желудочка:**

а. Расширение границ сердца вправо.

б. Акроцианоз.

в. Эпигастральная пульсация.

г. Пульсация печени.

д. Систолический шум у мечевидного отростка.

6. **Для постановки диагноза «хроническое легочное сердце» необходимо наличие всего нижеперечисленного, кроме:**

а. Наличия у больного хронического легочного заболевания.

б. Выявления легочной гипертензии при ЭхоКГ.

в. Дефекта МЖП.

г. ЭКГ-признаков гипертрофии правого желудочка. Д. Наличия высоких остроконечных зубцов Р во II и III стандартных отведениях.

7. **В прогрессировании легочной гипертензии у больных ХОБЛ имеет значение:**

а. Лечение ингаляционными кортикостероидами в сочетании с длительно действующими а-блокаторами.

б. Повторные обострения бронхолегочной инфекции.

в. Тромбоз мелких ветвей легочной артерии.

г. Повышение внутригрудного давления.

д. Вторичный эритроцитоз.

8. **Лечение пациента с хроническим декомпенсированным легочным сердцем включает**:

а. Диуретики.

б. Ингибиторы АПФ.

в. Сердечные гликозиды.

г. Антагонисты альдостерона.

д. Антагонисты кальция.

9. **В клиническом анализе крови у пациентов с ХЛС обнаруживают:**

а. Тромбоцитоз.

б. Эритроцитоз

в. Лейкоцитоз.

г. Повышение СОЭ.

д. Увеличение содержания гемоглобина.

10. **Выберите неверные утверждения:**

а. Гипертрофия правого желудочка приводит к повышению давления в легочной артерии.

б. Уменьшение содержания углекислого газа в альвеолярном воздухе приводит к повышению тонуса мелких артерий и артериол легких.

в. ХЛС никогда не развивается при рестриктивных заболеваниях легких.

г. Частое осложнение ХЛС - мерцание предсердий.

д. Все утверждения неверны.

11. **Какие лекарственные препараты снижают давление в легочной артерии?**

а. Нитроглицерин.

б. Теофиллин.

в. Дигоксин.

г. Верапамил.

д. Ипратропиума бромид.

12. **Причинами декомпенсации ХЛС у больных ХОБЛ могут быть все нижеперечисленные, кроме:**

а. Инфекционных обострений ХОБЛ.

б. Неинфекционных обострений ХОБЛ.

в. Тромбоэмболии ветвей легочной артерии.

г. Назначения препаратов теофиллина.

д. Пароксизмов фибрилляции предсердий.

13. **Причиной развития ХЛС может быть:**

а. Вентильный пневмоторакс.

б. Ожирение.

в. Рецидивирующая тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии.

г. Бронхиальная астма, леченная ингаляционными кортикостероидами.

д. Кифосколиоз.

14. **ЭхоКГ-признаками ХЛС являются все нижеперечисленные, кроме:**

а. Толщина передней стенки правого желудочка превышает 0,5 см.

б. Конечный диастолический размер правого желудочка более 2,5 см.

в. Митральная регургитация.

г. Трикуспидальная регургитация.

д. Дилатация правого предсердия.

15. **Назовите характерные электрокардиографические признаки ХЛС:**

а. Амплитуды SV1 + RV5 более 38 мм.

б. Отклонение ЭОС вправо.

в. Полная или неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

г. Высокий зубец Р во II и III стандартных отведениях.

д. Широкий зубец Р в I и II стандартных отведениях.

16. **Аускультативная картина ХЛС включает в себя:**

а. Мягкий систолический шум на верхушке.

б. Систолический шум над мечевидным отростком.

в. Ослабление I тона в проекции трехстворчатого клапана.

г. Акцент II тона над легочной артерией.

д. Дополнительный тон на верхушке.

17. **У 62-летнего больного, страдающего ХОБЛ, хронической дыхательной недостаточностью, вторичным эритроцитозом, декомпенсированным легочным сердцем, развился сильный приступ загрудинных болей. Объективно: выраженный акроцианоз, число дыханий - 18 в минуту, ЧСС - 100 в минуту, АД - 120/80 мм рт.ст. До снятия ЭКГ необходимо купировать болевой приступ. Назначение какого препарата следует считать ошибочным?**

а. Нитроглицерин под язык.

б. Морфин подкожно.

в. Анальгин внутривенно.

г. Новокаин внутривенно.

д. Гепарин внутривенно.

18. **Для больных с хроническим декомпенсированным легочным сердцем характерно**:

а. Повышение системного АД.

б. Повышение центрального венозного давления.

в. Тахикардия.

г. Брадикардия.

д. Снижение пульсового давления.

**Ситуационные задачи**

**Задача №**1.

Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно: считает себя больным в течение 1,5 мес, когда на фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке, а также увеличение отеков нижних конечностей. Данные объективного осмотра. При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочным стволом. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней

|  |
| --- |
|  |

Клинический анализ крови: эритроциты - 6,0х1011/л, Hb - 170 г/л, лейкоциты - 12,2х109/л, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч. Электрокардиография: синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный P во II, III, avF отведениях, преобладающий R в V1, V2, глубокий S в левых грудных отведениях. Данные эхокардиографического исследования: аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм. При допплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 38,5 мм рт.ст.).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения больного

|  |
| --- |
|  |

**Задача №**2.

Пациент Л., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на сильную прибавку в весе в течение 7 лет, утомляемость, выраженную сонливость, эпизоды внезапного засыпания, храп во сне, одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при физической нагрузке. Объективный осмотр. Рост - 173 см. Вес - 110 кг. Кифоз грудного отдела. Отеки стоп, голеней. Теплый диффузный цианоз. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 19 в минуту. Тоны сердца ритмичны, глухие, ЧСС - 96 в минуту. АД - 140/88 мм рт.ст.

Общий анализ крови: Hb - 174 г/л, лейкоциты - 5,5 х109/л, эритроциты - 6,7х1011/л, тромбоциты - 350 000. СОЭ - 4 мм/ч. Увеличение протромбиновой активности плазмы, снижение фибринолитической активности плазмы, усиление адгезии тромбоцитов. Исследование газов крови: PO2 - 92 мм рт.ст., PCO2 - 46 мм рт.ст. Рентгенография органов грудной клетки: высокое стояние диафрагмы, обеднение сосудистого рисунка. Относительное увеличение дуги ПЖ в левом косом положении. Дилатация общего ствола ЛА в правом косом положении. В боковой проекции определяется усиленный кифоз грудного отдела позвоночника. Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ снижена, ФЖЕЛ1 снижена, индекс Тифно - выше 70 %.На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение ЭОС резко вправо, блокада левой задней ветви пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса. Амплитуды RV1 + SV5 - более 10,5. Слабоотрицательные зубцы Т в V1-V2.ЭхоКГ. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 12 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 13 мм. ФВ левого желудочка - 60 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 54 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 49 мм в диаметре, по вертикали - 53 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 10 мм.При допплерографии определяется легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 42,8 мм рт.ст.).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез нарушения дыхания при ожирении.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного.

**Задача №** 3.

Больной В. 56 лет поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении (из-за одышки больной не мог выходить из дома), кашель с гнойной мокротой, отеки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенес пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышениях температуры до 37-39°С принимал антибиотики и сульфаниламиды. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния наступило в последние 4 месяца, когда после простуды и повышения температуры (до 38°С) впервые появились отеки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. Анамнез жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает на вредном производстве – в литейном цехе. Туберкулезом ранее не болел, контакт с больными туберкулезом отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей. Состояние тяжелое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь теплые, отеки голеней, бедер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. При перкуссии над легкими - коробочный звук и опущение нижних границ легких. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД - 36 в минуту. Границы сердца в норме. Эпигастральная пульсация, тоны сердца глухие, акцент II тона на легочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД - 100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объеме из-за асцита. Печень выступает из-под реберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации. Рентгенограмма – диффузное усиление легочного рисунка, горизонтальный ход ребер, признаки эмфиземы легких, уплощение купола диафрагмы и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях. ЭКГ: синусовая тахикардия, правограмма. Признаки перегрузки правого предсердия и правого желудочка. Смещение переходной зоны влево до V4. Анализ крови: эритроциты - 5,4×1012/л, гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель - 1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты - 3%, лейкоциты - 12,5×109/л, базофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты – 33×109/л, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Назовите критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

**Задача № 4.**

Больной Г. 55 лет поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с желтой вязкой мокротой до 150 мл/сутки, сердцебиение, слабость, потливость. В течение 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500 метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает Эуфиллин внутрь. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты. Работает водителем. Курит. Индекс курения - 120 пачко-лет. Алкоголь употребляет 2 раза в месяц понемногу. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Состояние тяжелое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - 36,8°С. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на легочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови: эритроциты - 5,4×1012/л; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - 10,6×109/л; эозинофилы - 0%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты -20%; моноциты - 5 %. СОЭ - 22 мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Легочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол легочной артерии. Спирограмма: индекс Тиффно – 65; ОФВ1 после БДТ - 29%. КЩС: рО2 - 46 мм рт. ст., SаO2 - 78%.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы вы бы рекомендовали в качестве неотложной помощи и в качестве базисной терапии для лечения ХОБЛ? Обоснуйте свой выбор.

**Задача №5.**

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки смешанного характера, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью. В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа одышки у больной появились мягкий отек правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия. Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведет малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы. Объективно: состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отек правой нижней конечности, мягкий и теплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохраненной пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/65 мм рт. ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана легочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный. Индекс массы тела более 31 кг/м2. Субфебрилитет. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,1×1012/л, лейкоциты - 5,7×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1010, эпителий – 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не определяются. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, креатинин - 0,093 ммоль/л, глюкоза – 6,9 ммоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, фибриноген – 8,2 г/л, СРБ – 25 мг/л.

ЭКГ: Ритм синусовый, тахикардия, острая перегрузка правых отделов сердца, симптом SI-QIII-TIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

**Вопросы:**

1. Выделите синдромы, определите ведущий.

2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.

3. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его...

4. Составьте план дополнительных обследований.

5. Назначьте лечение.

**Задача № 6.**

Больной 64 года поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, утомляемость, общую слабость, недомогание, раздражительность, нарушение сна (бессонницу по ночам, сонливость в дневное время), отеки голеней.

Выкуривает 20 сигарет в сутки на протяжении более 45 лет. В течение многих лет отмечал кашель по утрам со слизистой мокротой. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и в дневное время, а также по ночам. Увеличилось количество отделяемой мокроты, она приобрела слизисто-гнойный характер. Обострения заболевания повторяются 2-3 раза в году, Около 9 лет назад к указанным симптомам присоединилась одышка при физической нагрузке. В течение последнего года отмечает усиление одышки, которая стала возникать при незначительной физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах.

При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести, число дыханий 28 в минуту. Теплый диффузный цианоз, отечность голеней. Набухание шейных вен сохраняется в положении стоя. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, на фоне ослабленного везикулярного дыхания, единичные сухие свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум у основания грудины, ЧСС 92 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, положительный симптом Плеша. (симптом Плеша - набухание шейных вен при надавливании ладонью на увеличенную печень - Недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу).

Анализ крови: Эритроциты 5,5 х 1012 /л, Hb 187 г/л, лейкоциты - 7, 6 х 109 /л, СОЭ - 2 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей, выбухание conus pulmonale.

Показатели ФВД: ЖЕЛ - 87% от должного, ОФВ1 38% от должного, индекс Тиффно 52 % от должного.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Оцените данные гемограммы и показатели функции внешнего дыхания.

3. Назовите ЭКГ-признаки, характерные для данного состояния.

4. Перечислите клинические признаки правожелудочковой недостаточности.

5.Составьте план лечения больного.

**Задача № 7.**

В приемное отделение поступил мужчина 37 лет с жалобами на острую боль в грудной клетке колющего характера, одышку, которая быстро прогрессирует, переходящая в удушье инспираторного характера, общую слабость. Ухудшение состояния ни с чем не связывает, боль появилась после игры на духовом инструменте. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианотичные. Расширение межреберных промежутков. Учащенное, поверхностное дыхание. ЧДД 30 в мин. Отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Пальпаторно: голосовое дрожание справа отсутствует. Аускультативно в легких дыхание справа ослабленное везикулярное, прослушиваются влажные, разнокалиберные хрипы особенно в нижних отделах легких. ЧСС 120 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Периферические отеки голеней и стоп. Абдоминальной патологии нет.

**Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз основной и его осложнение.

2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза? Какое инструментальное исследование необходимо сделать в первую очередь

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. Какое лечение следует назначить данному больному? Обоснуйте

**Задача № 8**

Мужчина 68 лет жалуется на одышку при незначительной при физической нагрузке, затрудненный выдох, снижение толерантности к физическим нагрузкам, тяжесть в ногах, частое сердцебиение, общая слабость. Давно страдает ХОБЛ, принимает Симбикорт 160/4,5 мкг по 2 вдоха 2 раза в день, Спирива 18 мкг по 2 вдоха 1 раз в день, Сальбутамол по 2 доха по требованию, в последние 4 месяца состояние ухудшилось. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Набухание шейных вен. Утолщение концевых фаланг (―барабанные палочки‖) и ногтей (―часовые стекла‖), пульсация в эпигастрии, не исчезающая на вдохе. Расширение правой границы сердца, глухость тонов сердца, акцент II тона над легочной артерии. При перкуссии легких – коробочный звук, ограничение дыхательной подвижности легочного края, при аускультации –дыхание с жестким оттенком и удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. Печень у края реберной дуги. Периферические отеки голеней и стоп.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его...

2. Составьте план обследования.

3. Основные направления лечебной программы при ХЛС.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 25 Геморрагические диатезы**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, демонстрация практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Геморрагические диатезы: определение, классификация, этиология и патогенез.

2. Общие признаки геморрагических диатезов, типы кровоточивости.

3. Программы обследования при геморрагических диатезах. Диагностические возможности современных лабораторных методов исследования свертывающей системы крови.

4.Гемофилии: этиология, патогенез, основные клинические проявления, диагностика, лечебная тактика

5. Тромбоцитопении: классификация, этиология, патогенез, основные клинические проявления, диагностика, лечебная тактика

6. Геморрагический васкулит: этиология, патогенез, основные клинические проявления, диагностика, лечебная тактика.

7. Геморрагическая телеангиэктазия: этиология, патогенез, основные клинические проявления, диагностика, лечебная тактика

**Тестовые задания**

1. **Больная В., 35 лет, в течение нескольких лет отмечает спонтанно возникающие петехиально-геморрагические высыпания на теле и слизистых оболочках. Симптом щипка отрицательный. Количество тромбоцитов 196х109/л крови. Внутренний и внешний механизмы свертывания крови в пределах нормы. Определите вероятный диагноз:**
2. гемофилия;
3. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура;
4. тромбоцитопатия;
5. геморрагический васкулит.
6. **Больной С., 16 лет, с детства страдает кровоточивостью. Неоднократно были носовые кровотечения, гематомы после ушибов. Год назад были болезненные кровоизлияния в коленные и голеностопные суставы. При обследовании выявлено удлинение АЧТВ при нормальном времени кровотечения и нормальных показателях ПВ. Определите вероятный диагноз:**
7. тромбоцитопатия;
8. гемофилия;
9. хроническая форма ДВС-синдрома;
10. геморрагический васкулит.
11. **Тромбоцитопения потребления или разрушения развивается при всех состояниях, кроме:**
12. иммунная тромбоцитопеническая пурпура;
13. ДВС-синдром;
14. системные аутоиммунные заболевании;
15. приобретенная гипоплазия костного мозга.
16. **К сосудистым заболеваниям, протекающим с геморрагическими явлениями относят все, кроме:**
17. болезнь Ослера-Рандю-Вебера;
18. болезнь Шенлейна-Геноха;
19. болезнь Виллебранда;
20. артериит Такаясу.
21. **Основные виды патогенетической терапии аутоиммунной тромбоцитопении:**
22. глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты, спленэктомия;
23. глюкокортикостероиды, антибиотики, спленэктомия;
24. иммуноглобулины, антибиотики, спленэктомия;
25. иммуноглобулины, иммунодепрессанты, гемостатики.
26. **Для геморрагической телеангиэктазии (болезнь Ослера-Рандю-Вебера) характерно:**
27. наследование по аутосомно-доминантному типу, отсутствие мышечного слоя в стенке сосудов, частые кровотечения из телеангиэктазий;
28. наследование по аутосомно-рецессивному типу, отсутствие мышечного слоя в стенке сосудов, частые кровотечения из телеангиэктазий;
29. наследование по аутосомно-доминантному типу, отсутствие внешней оболочки (адвентиции) стенки сосудов, гематомы;
30. наследование по аутосомно-рецессивному типу, отсутствие внешней оболочки (адвентиции) стенки сосудов, частые кровотечения из телеангиэктазий.
31. **Нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза можно выявить:**
32. при определении времени свертываемости;
33. при определении времени кровотечения;
34. при определении тромбинового времени;
35. при определении фибринолиза;
36. при определении плазминогена.
37. **Лабораторно-диагностические признаки гемофилии:**
38. снижение фибриногена;
39. удлинение времени кровотечения;
40. удлинение времени свертывания крови;
41. снижение протромбинового показателя;
42. нарушение ретракции кровяного сгустка.
43. **Патологическое состояние, характеризующееся избыточным внутрисосудистым свертыванием крови, развитием коагулопатии потребления и нарушением функций отдельных органов – это:**
44. ДВС-синдром
45. болезньРандю-Ослера
46. болезнь Маркиафавы Микели
47. **Группа заболеваний, проявляющихся качественной неполноценностью тромбоцитов при сохранности их количества называется:**
48. Тромбоцитопатии
49. Анемии
50. миелодиспластическом синдроме
51. **Основным патогенетическим механизмом в развитии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры является**
52. выработка аутоантитромбоцитарных антител
53. образование патологических иммунных комплексов
54. дефицит плазменных факторов свертывания
55. активация тканевого тромбопластина
56. **Множественные травмы, обширные хирургические вмешательства, септические состояния, злокачественные опухоли могут быть причиной развития**
57. ДВС-синдрома
58. геморрагического васкулита
59. гемолитической анемии
60. болезни Рандю-Ослера
61. **Лекарственная тромбоцитопатия может быть связана с приемом**
62. нестероидных противовоспалительных препаратов
63. антибиотиков широкого спектра действия
64. противовирусных препаратов
65. гипотензивных лекарственных средств
66. **Болезнь виллебранда проявляется**
67. тромбоцитопатией
68. тромбозами и геморрагиями
69. васкулитно-пурпурной кровоточивостью
70. тромбоцитопенией
71. **Больные в ремиссии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры должны**
72. иметь нормальный режим труда и отдыха
73. исключить физические нагрузки, занятия спортом
74. избегать массовых скоплений людей
75. питаться с применением гипоаллергенных диет
76. **Профилактика кровотечений при гемофилии проводится**
77. путем регулярного введения расчетных доз препаратов факторов свертывания крови
78. ведением нужного количества препаратов факторов свертывания в самом начале кровотечения
79. применением препаратов активированного седьмого фактора крови
80. ежедневным введением препаратов протромбинового комплекса
81. **К наследственным геморрагическим диатезам относится**
82. болезнь Виллебранда
83. ДВС синдром
84. болезнь Вальденстрема
85. болезнь Маркиафавы Микели
86. **Геморрагический синдром при гемофилии а обусловлен дефицитом**
87. VIII фактора
88. антитромбина III
89. протеина С
90. образования тромбоцитов
91. **При гемофилии наблюдается повышение значения**
92. АЧТВ
93. протеина
94. протеина С
95. плазминогена
96. **Для больных гемофилией характерен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тип кровоточивости**
97. гематомный
98. пятнисто-петехиальный
99. васкулитно-пурпурный
100. смешанный
101. **Для тромбоцитопении характерным является \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тип кровоточивости**
102. пятнисто-петехиальный
103. гематомный
104. васкулитно-пурпурный
105. ангиоматозный
106. **При иммунной тромбоцитопенической пурпуре в костном мозге диагностируется**
107. гиперплазия мегакариоцитарного ростка
108. повышенный процент плазматических клеток
109. угнетение мегакариоцитарного ростка
110. бластоз
111. **При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре**
112. число мегакариоцитов в костном мозге увеличено
113. число мегакариоцитов в костном мозге снижено
114. не возникают кровоизлияния в мозг
115. характерно увеличение печени
116. **Для диагностики гемофилии применяется определение**
117. времени свертываемости
118. времени кровотечения
119. плазминогена
120. фибриногена
121. **Для лечения тромбоцитопении целесообразно проведение спленэктомии при**
122. идиопатической тромбоцитопенической пурпуре
123. миелодиспластическом синдроме
124. болезни Маркиафава
125. начальной стадии эритремии
126. **Гематомный тип кровоточивости характерен для одного из следующих заболеваний**
127. гемофилия
128. дефицит факторов протромбинового комплекса
129. тромбоцитопатия
130. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
131. **Наиболее вероятным лабораторным показателем у больного геморрагическим синдромом, развившегося на фоне нарастающей желтухи, кожного зуда, обесцвеченного стула, является**
132. удлинение протромбинового времени (снижение протромбинового индекса)
133. снижение концентрации фибриногена в крови
134. снижение концентрации VIII фактора
135. снижение количества тромбоцитов в крови

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, меноррагию, носовые кровотечения.

Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре.

Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы. В других органах и системах патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, лейкоциты - 6,5х109/л, эритроциты - 4,5х1012/л, тромбоциты - 50х109/л. Биохимический анализ крови без патологии. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - 4,5 мин.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Определите тип кровоточивости у данной больной.

3.Проведите дифференциальный диагноз

4. Составьте последовательный план лечения этой пациентки.

**Задача №2.**

Больная С., 25 лет. В течение четырех дней беспокоят кашель с мокротой, насморк, температура до 38,2. Принимала парацетамол. На пятый день появлись кровоизлияния на коже груди, конечностях, были повторные носовые кровотечения. Объективно: множественные петехиальные подкожные кровозлияния. Положительный симптом щипка и жгута, в остальном без особенностей. В ОАК: Hb - 115 г/л, лейкоциты - 6,6х109/л, тромбоциты - 80х109/л.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте предположительный диагноз.

2.Какие ожидаются изменения в показателях свертывающей системы крови?

3.Лечебная тактика.

**Задача №3.**

Больной К., 20 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 38,8 °С, геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность коленных и голеностопных суставов, болезненность при движении

Из истории заболевания известно, что 3 нед. назад заболел ОРВИ, лечился самостоятельно доксициклином и аспирином. На фоне приема лекарственных препаратов появилась мелкопятнистая сыпь на коже голеней, отечность коленных суставов, болезненность в них при движении. Вызванный из поликлиники врач-терапевт расценила симптомы как аллергическую реакцию на лекарственную терапию. Больному было рекомендовано прекратить прием противовоспалительных средств. Назначены антигистаминные препараты. Через 2-3 дня исчезли высыпания и отечность суставов, прекратилась артралгия. Неделю назад в связи с ринитом и субфебрильной температурой (37,2 °С) пациент самостоятельно возобновил прием аспирина. Однако состояние ухудшилось: повысилась температура тела до 38,8 °С, появились геморрагические высыпания на нижних конечностях, бедрах, ягодицах, отеки и болезненность в коленных и голеностопных суставах при движении, усилились головная боль, слабость. Через 2 дня после госпитализации внезапно появились схваткообразные боли в животе, тошнота, повторная рвота и диарея с кровью.

Объективно: состояние больного тяжелое, температура тела - 38 °С. Кожные покровы бледные, сухие. На коже разгибательных поверхностей стоп, голеней, бедер геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны. Острая схваткообразная боль в животе каждые 5-7 мин, во время которой больной мечется и стонет. В легких дыхание везикулярное, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, тахикардия - 100 в минуту, ритм правильный, АД - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при поверхностной пальпации болезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Стул до 15 раз в сутки с примесью крови, почти без каловых масс; повторная рвота цвета «кофейной гущи».

Клинический анализ крови: Hb - 90 г/л, лейкоциты - 12,6х109/л, палочкоядерные лейкоциты - 12 %, СОЭ - 34 мм/ч, тромбоциты - 180х109/л.

Клинический анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - 0,33 мг/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - норма.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Определите тип кровоточивости у данного больного.

3. Какие провоцирующие факторы могли быть у больного.

4. Назначение какой группы препаратов показано в данной ситуации.

**Задача №4.**

Пациент К., 16 лет предъявляет жалобы на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах, а также появление обширных экхимозов после незначительных травм. Подобные жалобы есть и у родного брата. Объективно: температура 36,80С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах ‑ темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

При лабораторном обследовании обнаружено удлинение времени свёртывания крови до 30 минут, время кровотечения по Дьюку, протромбиновое время, количество тромбоцитов, содержание протромбина, фибриногена и антитромбина III в пределах нормы.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Перечислите наиболее частые осложнения данного заболевания.

3. Определите лечебную тактику.

**Задача №5.**

Больная Д., 20 лет, поступила в клинику с профузным кровотечением из раны после удаления зуба, произведенного 5 часов назад. В анамнезе – частые носовые кровотечения, длительно не останавливающиеся кровотечения при поверхностных повреждениях кожных покровов, меноррагии.

Объективно: кожные покровы бледные, на ногах – петехиальные высыпания. ЧСС- 120 в мин; АД - 100/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабо­раторного исследования: Нb - 80 г/л, эритроциты - 3,6х1012/л; цветовой показатель 0,62; тромбоциты - 40х109/л. Многие тромбоциты имеют атипичную форму (грушевидную, хвостатую), срок их жизни сокращен до нескольких часов. Время свертывания крови - 8 мин, длительность кровотечения (проба Дьюка) -15 мин, симптом жгута (+), ретракция кровяного сгустка резко замедлена. В крови повышен титр IgG.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте предположительный диагноз.

2.Каковы причины данного заболевания?

3.Укажите тип кровоточивости.

4. Составьте план лечения.

**Задача №6.**

Больной В., 30 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в суставах, мелкоточечные высыпания по всему телу, повышение температуры тела до 38ºС. Заболел 2 недели назад после ангины, по поводу которой не лечился и продолжал работать.

Объективно: голени и коленные суставы припухшие. На коже туловища, рук, ног мелкоточечные геморрагические высыпания, симметричные, несколько приподнимающиеся над поверхностью. В анализе крови СОЭ 40 мм/ч, в остальном без патологии. В общем анализе мочи – белок 1,15 г/л, множество эритроцитов.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.Составьте план лечения.

**Задача №7.**

Больной В., 25 лет, поступил в клинику с жалобами на головокружение, шум в ушах, жидкий дегтеобразный стул, боли в коленных суставах и припухлость в них. Болен с детства: периодически бывают носовые кровотечения, гематурия, боли в коленных и локтевых суставах. Родители клинически здоровы. Объективно: кожа и видимые слизисты бледные. Коленные суставы увеличены в объеме, левый заметно напряжен. Систолический шум над всеми точками аускультации сердца.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.Составьте план лечения.

**Задача № 8**

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на припухлость и резкую болезненность при движении в области правого коленного сустава в течение 2 дней. Ребёнок второй в семье, старшая дочь – здорова. Дядя по линии матери страдает повышенной кровоточивостью (межмышечные гематомы, гемартрозы, кровотечения из ран). Мальчик 2 дня назад упал, после чего появились припухлость и резкая болезненность при движении в области правого коленного сустава. Из анамнеза жизни известно: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания 1 половины, вторых родов. Роды в срок, самостоятельные, масса при рождении - 3250 г, длина тела - 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родовом зале, сосал активно, не срыгивал. Выписан из роддома на 5 сутки с чистой кожей, из пупочной ранки необильное кровянистое отделяемое в течение 2 недель. На грудном вскармливании до года. Прикормы введены в срок. Привит по возрасту, в местах внутримышечного введения вакцин отмечались небольшие гематомы. В 11 месяцев сел на игрушку, после чего в области ягодицы появилась обширная гематома, которую по рекомендации врача-педиатра участкового смазывали гепариновой мазью. Объективно: мальчик возбуждён, негативен при осмотре, занимает вынужденное положение. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Рост - 79 см, вес - 11 кг. Кожа бледная, на нижних конечностях различной степени давности гематомы до 3 см в диаметре. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределён равномерно. Правый коленный сустав увеличен в объёме, кожа над ним блестит, горячая на ощупь, движения невозможны из-за резкой болезненности. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Область сердца внешне не изменена. АД - 80/50 мм рт. ст. Гемодинамика стабильная. Живот правильной конфигурации, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной и глубокой пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края рёберной дуги, край гладкий, эластичный. Селезёнка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Дизурических расстройств нет. Моча – жёлтая. Общий анализ крови: RBC - 4,2×1012/л, Hb - 111 г/л, Ret - 8%, PLT - 300×109/л, WBC – 6,3×109/л, NEUT - 30%, EO - 1%, LYM - 63%, МON - 7%, СОЭ - 8 мм/час. Длительность кровотечения – 4 минуты. Время свертывания: начало – 7 минут, конец – 13 минут. Коагулограмма: АЧТВ - 63 секунды, фибриноген – 2,4 г/л, ПТИ - 92%, протромбиновое время - 12 секунд, фактор Виллебранда - 90%, VIII фактор - ии, IX фактор - 73%.

**Вопросы:**

1. Определите тип кровоточивости у больного. Что характерно для данного типа кровоточивости?

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Какова Ваша лечебная тактика?

5. Показано ли данному пациенту профилактическое лечение? Обоснуйте свой ответ.

**Задача №9**

Мальчик А. 8 лет поступил в отделение больницы с жалобами, со слов матери, на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба. Из анамнеза известно, что дядя и дедушка ребёнка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов. На первом году жизни у ребёнка появились кровоподтеки и уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы нижней губы. В возрасте 6 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии. При осмотре состояние ребёнка тяжёлое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу ступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нём ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нём ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым. В общем анализе крови: Hb – 94 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, цветовой показатель – 0,77, ретикулоциты – 2,5%, тромбоциты – 230×109/л, лейкоциты – 9,0х109/л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 61%, эозонофилы – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час. В общем анализе мочи: цвет соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1029, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, лейкоциты – 4–5 в поле зрения, эритроциты – неизменные единичные в поле зрения, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

**Вопросы:**

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз?

2. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни?

3. Почему боль в суставе возникла только через несколько часов после ушиба?

4. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

5. Назначьте лечение больному.

**Задача №10**

Мальчик 5 лет 10 дней назад перенёс ОРВИ, лечился амбулаторно, получал противовирусную и симптоматическую терапию. Данное заболевание началось два дня назад, когда появились боли в животе, однократная рвота. Осматривался врачом-детским хирургом, острая хирургическая патология исключена. В дальнейшем появилась отёчность стоп, на коже голеней – папулёзная геморрагическая сыпь. Направлен поликлиникой в стационар. При поступлении: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. Температура – 36,6°С. На коже нижних конечностей, ягодицах симметричная папулёзная геморрагическая сыпь, местами сливного характера. Сыпь безболезненная, при пальпации не исчезает. Отмечается отёчность в области голеностопных суставов, болезненность при пальпации и движении, над ними – геморрагическая сливная сыпь. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 90 в минуту. АД – 90/40 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу кишечника. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный. Мочится хорошо, моча светлая. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты. – 4,5×1012/л, тромбоциты – 435×109/л, лейкоциты – 10,5×109/л, сегментоядерные нейтрофилы – 58%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 33%, моноциты – 7%, СОЭ – 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 71 г/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, мочевина – 3,7 ммоль/л, креатинин – 0,7 мг/дл, билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, АСТ – 25 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, С-реактивный белок – 40 мг/л, фибриноген – 800 мг%. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1012, белок отсутствует, эпителий – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план обследования пациента и представьте ожидаемые результаты проводимых обследований.

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

**Задача №11**

На дому врачом-педиатром участковым осмотрен мальчик 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях. Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенёс лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м Пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мать давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мёд, цитрусовые, клубнику. Отец ребёнка страдает бронхиальной астмой. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт.ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая. Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, Ц. п. – 0,98, тромбоциты – 495×109/л, лейкоциты – 12,5×109/л, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 62%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 22%, моноциты – 6%, СОЭ – 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины – 48%, мочевина – 3,8 ммоль/л, креатинин – 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ – 29 Ед/л, АлТ – 32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, относительная плотность – 1012, белок отсутствует, эпителий – 0-1 в п/з, лейкоциты – 2-1 в п/з, эритроциты – 5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют. Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл, эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

4. Какое лечение необходимо ребёнку, включая режим и диету?

5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 26 Анемии (аутоиммунные, мегалобластные, гипо- и апластические, гемолитические)**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Определение анемии, причины и механизмы ее развития при различных заболеваниях.

2.Классификация анемий.

3 Особенности клинической картины анемий с разными патогенетическими механизмами.

4.Железодефицитные анемии и состояния: диагностика, дифференциальная

диагностика. Лечение и профилактика

5.Мегалобластные анемии. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Лечение, профилактика.

6.Гемолитические анемии. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Лечение, профилактика

7. Диагностика анемического синдрома.

8. Лабораторные дифференциально-диагностические критерии анемий.

9. Особенности лечебной тактики при анемиях разных видов)

**Тестовые задания**

1. **Железодефицитные анемии чаще бывают:**
2. гипохромные;
3. гиперхромные
4. **У здорового человека показатель общей железосвязывающей способности сыворотки составляет**
5. 90-110 мкмоль/л;
6. 46-90 мкмоль/л.
7. **Сидеропенический синдром включает:**
8. сухость и атрофичность кожи, ломкость ногтей и волос;
9. слабость, головокружение.
10. **Сидероахрестические анемии – это:**
11. анемии, связанные с нарушением синтеза порфиринов;
12. анемии, связанные с подавлением функции красного костного мозга.
13. **Патогенетической терапией в-12 дефицитной анемии является применение цианкобаламина:**
14. верно;
15. неверно.
16. **У здоровых людей в плазме крови содержание железа составляет**
17. 10-30 мкмоль/л;
18. 32-40 мкмоль/л.
19. **Среднее содержанием гемоглобина в эритроците повышено при:**
20. Железодефицитных анемиях;
21. Мегалобластных анемиях.
22. **Неврологические расстройства встречаются при:**
23. железодефицитной анемии;
24. В12-дефицитной анемии.
25. **Талассемии – это группа заболеваний, в основе которых лежит нарушение синтеза глобина:**
26. верно;
27. неверно.
28. **Предпочтение в лечении больных железодефицитной анемией отдается:**
29. железосодержащим препаратам для парентерального введения;
30. препаратам железа для приема внутрь.
31. **Это является причиной анемии?**
32. аппендицит
33. холецистит
34. язва желудка
35. почечная колика
36. **Что не приводит к развитию анемии?**
37. голодание
38. острый аппендицит
39. глистная инвазия
40. острая кровопотеря
41. **Препарат относящийся к группе содержащих железо?**
42. фенюльс
43. карсил
44. нош-па
45. гептрал
46. **Препараты использующиеся для лечения В12-дефецитной анемии?**
47. бета - блокаторы
48. витамин В12
49. фенюльс
50. **Рутинный метод диагностики анемии?**
51. пункция костного мозга
52. сывороточное железо
53. анализ мочи
54. **Значение цветного показателя (ЦП) при мегалобластических анемиях?**
55. ЦП-норма
56. ЦП-повышен
57. ЦП-снижен
58. **При талассемии:**
59. Нарушается синтез протопорфирина;
60. Нарушается синтез гема;
61. Нарушается синтез одной из цепей глобина;
62. Повышается содержание непрямого билирубина;
63. Эритроциты имеют форму сфероцита.
64. **Для железодефицитной анемии характерно:**
65. Гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;
66. Гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;
67. Гиперхромия, макроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;
68. Гиперхромия, макроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки.
69. **Самой частой причиной дефицита витамина В12 является:**
70. Атрофия слизистой желудка;
71. Кровопотеря;
72. Прием противосудорожных препаратов;
73. Недостаточное питание;
74. Повторные беременности.
75. **При каком из перечисленных заболеваний чаще развивается депрессия кроветворения:**
76. Острая пневмония;
77. ИБС;
78. Язвенная болезнь;
79. Гипертоническая болезнь;
80. Вирусный гепатит.
81. **Мужчина, 38 лет, жалуется на слабость, головокружение, потерю аппетита. Отмечается желтушность кожи и склер, увеличение селезенки. При проведении лабораторного обследования выявлено: Нb 90 г/л, эр. 3,2х1012/л, ЦП 1, ретикулоциты 11%, лейк. 8,2х109/л, п/я 3%, с/я 57%, э. 1%, мон. 9%, лим. 30%, тр. 210х109/л, СОЭ 20 мм/ч, общий билирубин - 80 мкмоль/л, непрямой - 10 мкмоль/л. Какой наиболее вероятный диагноз у пациента?**
82. Железодефицитная анемия;
83. Мегалобластная анемия;
84. Гемолитическая анемия;
85. Острый лейкоз.
86. **В развитии геморрагического синдрома при апластической анемии решающее значение имеет:**
87. Снижение уровня фактора Виллебранда;
88. Дефицит витамина К;
89. Тромбоцитопения;
90. Тромбоцитопатия;
91. Повышение фибринолитической активности.
92. **Для диагностики В12-дефицитной анемии достаточно выявить:**
93. Гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;
94. Гиперхромную, регенераторную, макроцитарную анемию;
95. Гипохромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;
96. Гипохромную, регенераторную, макроцитарную анемию.
97. **Железодефицитные анемии вследствие нарушенного всасывания железа развиваются при**:
98. Дисбактериозе;
99. Резекции тонкой кишки;
100. Геморрое;
101. Атрофическом гастрите;
102. Диафрагмальной грыже.
103. **Какое утверждение верно для апластической анемии:**
104. Имеет место лимфаденопатия;
105. Обязательна спленомегалия;
106. Главный признак – панцитопения;
107. Имеются симптомы гипосидероза;
108. Часты деструкции костей.

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

У 34-летней женщины при определении параметров гемограммы с использованием гематологического анализатора выявлены:

RBC: 3.96 х 1012/л, HGB: 106 г/л, HTC: 34.1 %, MCV: 49.0 фл, MCH: 15.0 пг, MCHC: 31,1 г/дл, RDW: 21.3 %

При дополнительных биохимических исследованиях получены следующие результаты: сывороточное железо - 3 мкмоль/л, ОЖСС – 100 мкмоль/л, ферритин - 3 мкг/л.

После 10-дневного курса терапии пероральными препаратами железа отмечено увеличение RDW, а также появление на гистограмме распределения эритроцитов по объему второго пика в области нормоцитов.

**Задание:**

1.Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4. Считаете ли вы, что назначенная терапия адекватна?

**Задача №2**.

Пациент - мужчина 77 лет. В анамнезе – месяц тому назад небольшое гастродуоденальное кровотечение. В анализе крови:

RBC: 6.94 х 1012/л, HGB: 133 г/л, HTC: 43.0 %, MCV: 68.0 фл, MCH: 19.0 пг, RDW: 24.0%

Результаты биохимических исследований: сывороточное железо 6 мкмоль/л, ферритин 10 мг/л.

**Задание:**

1.Сформулируйте диагноз.

2. Как вы оцениваете результаты анализов? Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.Требуется ли лечение?

**Задача №3.**

У 11-летней девочки долгое время определялась гипохромная микроцитарная анемия.

RBC: 2.49 х 1012/л, HGB: 88 г/л, HTC: 26.4 %, MCV: 106.0 фл, MCH: 35.0 пг, MCHC: 33,2 %

Пациентку лечили препаратами железа. Эффекта не было. После проведения дополнительных исследований получены следующие результаты:

Количество ретикулоцитов - 261 x 109 (N 75 - 170 x 109).

Результаты биохимических исследований: нормальный уровень сывороточного железа, трансферрина и ферритина, существенное повышение HbA - 6.3 % (N 2.0-2.8 %), HbF 1.5 % (N< 1 %).

**Задание:**

1.Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.Составьте план лечения.

**Задача №4**

Мужчина 74 лет с жалобами на повышенную усталость. В общем анализе:

RBC: 2.13 х 1012/л, HGB: 91 г/л, HTC: 25.8 %, MCV: 121.0 фл, MCH: 42.0 пг, MCHC: 35,0 г/дл.

В мазке крови - нейтрофилы с гиперсегментированным ядром, эритроциты - анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Данные биохимических исследований: ферритин - 317 мкг/л, витамин B12 - 10 пмоль/л.

**Задание:**

1.Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.Какой должна быть лечебная тактика?

**Задача №5**

Больной Б. 57 лет поступил с жалобами на слабость, головокружение,

одышку, ломкость ногтей и волос, выпадение волос.

Из анамнеза больной много лет страдает язвенной болезнью желудка и

двенадцатиперстной кишки, периодически отмечает черный стул.

На момент поступления по ФГДС язвенного кровотечения нет, каллезная

язва, атрофический гастрит. Проба Грегерсена положительна.

**Задание:**

1.Сформулируйте диагноз. Какими синдромами обусловлены жалобы

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.Составьте план лечения.

**Задача №6**

Больная Т. 24 лет находится на - стационарном • лечение по поводу маточного кровотечения. После остановки кровотечения в течении 12 суток предъявляет жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение, одышку. Объективно у больной кожные покровы бледные, сухие. Лабораторные данные: гемоглобин-75г\л, ЦП-1, сывороточное железо-снижено, Ре-связывающая способность-повышена, тромбоциты-норма, лейкоциты-норма.

**Задание:**

1.Каким синдромом обусловлено данное состояние? Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.. Дальнейшая тактика? Составьте план лечения

**Задача №7**.

Больная К. 54 лет поступила в стационар в тяжелом состояние. У больной жалобы на выраженную слабость головокружение, обмороки, сердцебиение, одышку, сухость кожи, ломкость ногтей и волос, выпадение волос, изменение вкуса, пристрастие к употреблению в пищу мела.

Из анамнеза - больная состоит на учете в онкологическом диспансере по поводу рака желудка.

**Задание:**

1. Каким синдромом обусловлено данное состояние? Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.. Дальнейшая тактика? Составьте план лечения

**Задача №8**

.Больная К. 54 лет находится в стационаре в тяжелом состояние. По показаниям было проведено перелевание крови. После гемотрансфузии появились боли в пояснице, повысилась температура тела до 39,5, жалобы на выраженную слабость головокружение, сердцебиение, одышку. Из анамнеза - поллиноз, аллергия на шерсть кошек Объективно: кожные покровы бледные с желтушностью Лабораторные данные: гемоглобин-55г\л, прямой билирубин-85ммоль\л, ЦП-норма, тромбоциты-норма, лейкоциты-норма

**Задание:**

1. Каким синдромом обусловлено данное состояние? Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.. Дальнейшая тактика? Составьте план лечения

**Задача №9.**

Больной Б. 54 лет поступил с жалобами на слабость, головокружение,

одышку, ломкость ногтей и волос, выпадение волос.

Лабораторные данные: гемоглобин-35г\л, ЦП-1, ретикулоциты, лейкоциты,

тромбоциты-снижены, сывороточное Ре повышено.

При лечении препаратами железа, витамином В12 эффекта нет.

**Задание:**

1. Какая анемия у данного больного? Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.. Дальнейшая тактика лечения

**Задача №10**

Больная 40 лет. Жалобы на отсутствие аппетита, слабость, похудание. Больна около 6 месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, питание понижено. В левой надключичной области пальпируется плотный лимфоузел 0,5 х 0,5 см. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. Пульс 84 уд. в минуту, ритмичный. АД – 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв – 33 г/л, эр.-1,7.10.12/л, цв. показ. – 0,97. лейкоциты – 9,8.10.12/л, э-1, п-6, с-62, л-15, м-6. Соэ-30 мм/час. Ретикулоциты –18 о/оо, тромбоциты –106.10.9/л. Анизоцитоз (++), пойкилоцитоз (++).

Железо сыворотки –10,5 ммоль/л. ЖСС-67%. Общий белок –65г/л, альбумины –35,5%. Глобулины – 64,5%. Реакция Грегерсена отрицательна.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. План обследования.

Полученный результат дополнительного обследования: ЭГДС – рак желудка, подтвержденный биопсией.

**Задания:**

3. Сформулируйте подтвержденный диагноз.

4. Дальнейшая тактика.

**Задача № 11**

Больной 25 лет, студент, вскоре после противогриппозной вакцинации отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.  
**Клинический** анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – 2,0х109/л, цветной показатель – 0,9 г, ретикулоциты – 40, тромбоциты – 215х10/л, лейкоциты – 15,0х10/л, в формуле палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 78%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ – 17 мм/ч. Общий билирубин – 60 мкмоль/л, прямой – 10 мкмоль/л, непрямой – 50 мкмоль/л, сывороточное железо – 20 мкмоль/л. Общий анализ мочи: белок – 0,002%, реакция на гемосидерии в моче – отрицательная. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2000/1 мл, эритроциты – 1000/1 мл. Проба Кумбса +++. Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга, эритрокариоциты – 57%, соотношение лейкоциты/эритроциты – 1/1.  
**Задание**

1. Сформулируйте диагноз. Каков предположительный механизм вызванной анемии?

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.. Составьте план лечения

**Задача № 12**

Мужчина, 45 лет, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, пониженную работоспособность. Отмечает частые кровотечения из носа, кровоточивость десен. При осмотре на коже единичные геморрагии. При проведении обследования выявлено: Нb 60 г/л, эр. 2х1012/л, ЦП 1, ретикулоциты 1%, лейк. 1,8х109/л, п/я 1%, с/я 14%, э. 3%, мон. 5%, лим. 76%, тр. 30х109/л, СОЭ 15 мм/ч, общий билирубин 8 мкмоль/л, селезенка и лимфоузлы не увеличены.

**Задание**

1.Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план обследования для уточнения диагноза.

3.Дифференциальный диагноз

4.Составьте план лечения

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**Тема 27 Дифференциальная диагностика при лимфоаденопатии, спленомегалии и гепатолиенальном синдроме. Доброкачественные гипергаммаглобулинемии"**

**Формы текущего контроля успеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата ,проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Определение заболеваний, проявляющихся локальным и диффузным уве­личением лимфоузлов и спленомегалией (острого лейкоза, хронических миело- и лимфолейкозов, лимфогранулематоза, миеломной болезни)

2. Острые лейкозы: Клинические изменения, клинический анализ крови, анализ пунктата костного мозга, инструментальные исследования. Значение морфологического метода исследования. Программа диагностического поиска.

3. Хронические лейкозы: Клинические изменения, клинический анализ крови, анализ пунктата костного мозга, инструментальные исследования. Значение морфологического метода исследования Программа диагностического поиска.. Диагностика. дифференциальная диагностика, принципы лечения

4. Лейкемоидные реакции.

5. Дифференциально- диагностически алгоритм придиффузном уве­личении лимфоузлов и спленомегалии

6. Принципы лечения заболеваний, проявляющихся локальным и диффузным уве­личением лимфоузлов и спленомегалией. Основные группы препаратов.

7. Осложнения лекарственной терапии гемобластозов. Показания к спленэктомии)

**Тестовые задания**

1. **Больной С., 56 лет, жалуется на боли в костях таза, в области грудины. В анализе крови: Нb - 68 г/л, Л - 4,1х109 /л, СОЭ - 70 мм/час, общий белок плазмы - 100 г/л, мочевина 19,3 ммоль/л, креатинин 224 мкмоль/л. В анализе мочи: удельный вес 1021, белок 6,9 г/л, в осадке единичные лейкоциты. Определите вероятный диагноз:**
2. рак простаты с метастазами в почки
3. амилоидоз почек
4. миеломная болезнь
5. деформирующий остеохондроз
6. **У больной К., 67 лет, миеломная болезнь, по поводу которой проводится специальная терапия. В анализе крови: Эр - 3,1х1012/л, Нb - 88 г/л, Л - 3,3х109/л, Тр - 125х109/л, СОЭ - 46 мм/час, общий белок плазмы - 112 г/л. При электрофорезе М-градиент 40%. На рентгенограмме костей черепа очаги остеопороза. Какой симптом является следствием синдрома белковой патологии:**
7. анемия
8. очаги деструкции костной ткани
9. наличие М-градиента
10. тромбоцитопения
11. **К характерным осложнениям миеломной болезни относятся все, кроме**:
12. Фуникулярный миелоз
13. ХПН
14. амилоидоз органов и тканей
15. инфекционно-воспалительные осложнения
16. **В лечении миеломной болезни используется все, кроме:**
17. трансплантация костного мозга
18. лучевая терапия
19. оперативное лечение
20. Плазмаферез
21. **Согласно клинико-анатомической классификации генерализованная миеломная болезнь имеет следующие формы:**
22. солитарная, диффузная, диффузно-узловая
23. диффузная, диффузно-узловая, множественно-опухолевая
24. солитарная, узловая, множественно-опухолевая
25. диффузная, узловая, множественная
26. **В клиническом анализе крови при миеломной болезни, как правило, отмечается:**
27. гипохромная анемия, лейкопения, значительное повышение СОЭ
28. нормохромная анемия, лейкоцитоз, снижение СОЭ
29. гипохромная анемия, лейкоцитоз, снижение СОЭ
30. нормохромная анемия, лейкопения, значительное повышение СОЭ
31. **Для протеинограммы больных с миеломной болезнью характерно**:
32. увеличение общего уровня белка за счет альбумина
33. увеличение общего уровня белка за счет глобулинов
34. увеличение общего уровня белка за счет парапротеина
35. гипопротеинемия
36. гипопротеинемия за счет альбумина
37. **Оссалгии при миеломной болезни обусловлены:**
38. костно-деструктивным процессом
39. нарушением иннервации
40. очагами некроза тканей
41. кровоизлияниями под надкостницу
42. воспалительной инфильтрацией костной ткани
43. **В костном мозге больных хроническим лимфолейкозом, как правило, отметается:**
44. уменьшение содержания всех костномозговых клеток;
45. увеличение числа клеток гранулоцитарного ряда и уменьшение числа клеток эритроидного и лимфоидного ростков;
46. увеличение числа клеток лимфатического ряда, преимущественно за счет зрелых форм;
47. увеличение числа клеток лимфатического ряда, преимущественно за счет молодых (бластных) форм;
48. увеличение мегалобластов.
49. **Осложнения аутоиммунного характера (гемолитическая анемия, тромбоцитопения) более свойственны:**
50. эритромиелозу (полицитемии);
51. хроническому миелолейкозу;
52. хроническому лимфолейкозу;
53. сублейкемическому миелозу (идиопатическому миелофиброзу);
54. геморрагическому диатезу.
55. **Гиперемия кожи и слизистых, гепатоспленомегалия, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы более свойственны:**
56. эритромиелозу (полицитемии);
57. хроническому миелолейкозу;
58. хроническому лимфолейкозу;
59. сублейкемическому миелозу (идиопатическому миелофиброзу);
60. острому лейкозу.
61. **Какой из указанных методов терапии не используется в лечении хронических лейкозов:**
62. цитостатическая монохимиотерапия;
63. полихимиотерапия с курсами индукции и консолидации ремиссии, поддерживающей терапии;
64. трансплантация костного мозга;
65. терапия нестероидными противовоспалительными препаратами
66. терапия интерферонами.
67. **Отметьте неправильное положение, относящееся к так называемой «филадельфийской хромосоме»:**
68. является характерной для хронического миелолейкоза хромосомной аномалией;
69. является следствием взаимной транслокации t (9;22);
70. выявляется только в фазе бластного криза хронического миелолейкоза;
71. определяется во всех клетках миелоидного ряда;
72. выявляется на всех стадиях хронического миелолейкоза.
73. **Прогрессирующая фаза (фаза акселерации) хронигескогомиелолейкоза является отражением:**
74. трансформации в другой вариант хронического лейкоза;
75. перехода патологического процесса из моноклоновой в более злокачественную поликлоновую стадию;
76. истощения резервов костномозгового кроветворения;
77. начальной стадии хронического миелолейкоза;
78. положительного эффекта на фоне проводимой терапии.
79. **В лечении хронического миелолейкоза не используется:**
80. миелосан;
81. хлорбутин;
82. интерферон;
83. гидроксимочевина;
84. трансплантация костного мозга.
85. **Хронические миелолейкоз:**
86. Возникает у больных с острым миелобластным лейкозом
87. Относится к миелопролиферативным заболеваниям
88. Характеризуется панцитопений.
89. **Какие этиологические факторы с большей вероятностью характерны для хронического миелолейкоза.**
90. Ионизирующие излучения
91. Воздействие химических мутагенов
92. Неблагоприятная наследственность
93. Вирусная интервенция
94. Верно все перечисленное
95. Верно 1,2.
96. **Какая причина с большей вероятностью лежит в основе спленомегалии при хроническом миелолейкозе.**
97. Миелоидная гиперплазия
98. Портальная гипертензия
99. Тромбофлебит селезеночной вены.
100. **Эритремию отличает от эритроциоза**
101. Наличие тромбоцитопении
102. Повышение содержания щелочной фосфотазы в нейтрофилах
103. Увеличение абсолютного числа базофилов
104. **Лечение сублейкемического миелоза**:
105. Начинается сразу после установления диагноза
106. Применяются цитостатики в комплексе с преднизолоном
107. Обязательно проведение лучевой терапии
108. Спленэктомия не показана.
109. **Назовите препарат перрвой линии терапии при Ph-позитивном хроническом миелоидном лейкозе:**
110. миелосан
111. цитозар
112. рубомицин
113. гливек
114. **Препаратом второй линии терапии при Ph-позитивном хроническом миелоидном лейкозе является:**
115. тасигна
116. гидроскикарбамид
117. 6-меркаптопурин
118. лейкеран
119. **При терминальной стадии Ph-позитивного ХМЛ используются:**
120. Спрайсел
121. гидроксикарбамид
122. интерферон А
123. прорграмма химиотерапии «7+3»

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Больной 20 лет. Жалобы на резкую слабость, одышку при ходьбе, ноющие боли в суставах, боль в горле при глотании, носовые кровотечения, повышение температуры до 38єС. Анамнез: болен 2 месяца. Лечился у оториноларинголога по поводу лакунарной ангины, обследовался у ревматолога с подозрением на ревматизм.

Объективно: состояние средней тяжести. Питание понижено. Кожные покровы бледные. Единичные кровоизлияния мелкоточечные на туловище, на слизистой щек, языке. Кровоизлияния «гематомного» типа в местах инъекций и наложения жгута. Лимфоузлы мелкие, плотные, подвижные, подчелюстные, шейные от 0,5 до 1 см в диаметре. В легких изменений не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на всех точках. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезнен. Печень не пальпируется. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, край мягкий.

Анализ крови: Нв – 54 г/л, эр.2,7.10.12/л, лейкоциты – 3,8.10.9/л, ю-4, п-4, с-40,л-20, м-4, бласты –28%. Тромбоциты 49.10.9/л, СОЭ – 40 мм/час.

**Задания:**

1. Поставьте диагноз.

2. План обследования больного.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Тактика ведения больного.

**Задача №2**

Больной 62 лет, жалобы на слабость, потливость, повышение Т тела до 37,5 єС, увеличение шейных л/у, одышка в покое. Болен около года, состояние прогрессивно ухудшается.

Объективно: сост. средней тяжести, кожные покровы несколько бледны. Пальпируются мягкой консистенции шейные, подмышечные, паховые л/у размером до 2-5 см, б/б, не спаяны. В легких справа с VI ребра по лопаточной линии определяется тупость, дыхание ослаблено. ЧДД 24 в минуту. Границы относ тупости сердца: левая - на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм прав., короткий сист. шум на верх., акцент II тона над лег. артерией. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край средней плотности, безболезненна. Селезенка на 3 см выступает из-под края реберной дуги, средней плотности, безболезненна.

Анализ крови: Нв – 96г/л, эритроциты – 3,8.10.12/л, лейкоциты – 38.10.9/л, э-2, п-2, с /я-4, лимф-90, м-2, СОЭ – 38 мм/час. Тромбоциты – 150.10.9/л.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Назовите этиологию и патогенез.

4. Назначьте лечение.

**Задача №3**

Больной 52 лет. Жалобы на слабость, боли в поясничном отделе позвоночника, периодические носовые кровотечения. Болен около 8 месяцев. Постепенно нарастала слабость, беспокоили боли в поясничном отделе позвоночника. Лечился у невропатолога по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, но без эффекта.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. В легких перкуторно - легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Пальпация поясничного отдела позвоночника (L 2 и L 3 – резкая болезненность). Отеков нет.

Анализ крови: Нв – 108 г/л, эритроциты – 2,78.10.12/л, лейкоциты 4,7.10.9/л, э-2, п-5, с-73, л-15, м-5. СОЭ – 60 мм/час.Анализ мочи: уд.вес – 1013, белок – 0,66 г/л, лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. – 3-4 в п/зр. Белок Бенс-Джонса – отр.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте дополнительное обследование.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Составьте план лечения.

**Задача №4**

Больная О., 32 лет, поступила с жалобами на боли в левом подреберье, общую резкую слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза установлено: около двух лет назад при обследовании в крови был выявлен нейтрофильный лейкоцитоз без клинической симптоматики. От дальнейшего обследования отказалась. Ухудшение состояния около месяца назад, когда стала нарастать общая слабость и утомляемость при обычной физической нагрузке. Около недели стали беспокоить боли в левом подреберье.

Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые чистые, розовые. Периферические лимфоузлы доступны пальпации, не увеличены, б/болезненны, подвижны. Со стороны органов дыхания и сердечно сосудистой системы на момент осмотра патологических изменений не выявлено. При пальпации органов брюшной полости определяется болезненность в левом подреберье в области увеличенной селезёнки, выступающей из-под рёберной дуги на 5 см., здесь же определяется локально симптом раздражения брюшины. Пальпация для остальных отделов брюшной полости на момент осмотра б/болезненна.

Размеры печени по Курлову 8x9x10 см. Физические отправления без особенностей.

**Вопросы.**

1. Выделите основные синдромы в клинике заболевания.

2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Назовите синдромосходные заболевания.

4. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза. Морфологические изменения в исследованиях, верифицирующих диагноз.

5. Объясните изменения в селезёнке.

6. Имеются ли показания для оперативного лечения у данной больной. Хирургическая тактика в данном случае.

7. Назначьте лечение. Фармакокинетика назначенных препаратов.

**Задача №5**

Больной Р., 30 лет, поступил с жалобами на' боли в костях, преимущественно в нижних конечностях, лихорадку с ознобами, высыпания геморрагического характера на нижних конечностях, общую резкую слабость, быструю утомляемость, повышенную потливость. \*

Больным себя считает около двух месяцев, в течение которых появилась вышеописанная симптоматика и состояние прогрессивно ухудшалось. В последние сутки отмечает изменение цвета кала на чёрный.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На нижних конечностях в области стоп и до с/3 голени мелкоточечные геморрагии склонные к слиянию, не возвышающиеся над поверхностью кожи, не исчезающие при надавливании. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, увеличены в подчелюстных, надключичных и подмышечных областях, подвижны, б/болезненны, мягко-эластичной, консистенции, кожа над ними не изменена. Дыхание везикулярное, хрипов не ... выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке.

Полость рта - единичные кровоизлияния в слизистую, дёсны разрыхлены, кровоточивость, миндалины не изменены.

Печень: край закруглён, безболезненный, ровный, размеры по Курлову 8x9x10 см. Селезёнка не пальпируется, область её б/болезненна. Дизурии нет. При ректальном осмотре - на перчатке чёрные каловые массы.

**Задания:**

1. Выделите основные синдромы в клинике заболевания и назовите синдромосходные заболевания.

2. Предварительный диагноз.

3. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза их результат.

4. Обьясните механизм гемморагического синдрома. Роль свёртывающей и антисвёртывающей системы в поддержании гемостаза.

5. Морфологические изменения в исследованиях, верифицирующих диагноз.

6. Имеются ли показания к оперативному лечению у данного больного. Если да, то какие. Хирургическая тактика в данном случае.

7. Назначьте лечение больному. Какова фармакокинетика назначенных препаратов.

**Задача № 6**

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, и меноррагию, носовые кровотечения.

Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба «мудрости» сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре.

Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы.

|  |
| --- |
|  |

В других органах и системах патологии не выявлено.

Данные лабораторных методов исследования.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, лейкоциты - 6,5х109/л, эритроциты - 4,5х1011/л, тромбоциты - 50 000/л. Биохимический анализ крови без патологии. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - 4,5 мин.

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие показатели из скрининг-тестов нарушения гемостаза изменены у данной больной?

3. Составьте последовательный план лечения этой пациентки.

4. Определите тип кровоточивости у данной больной.

**Задача № 7**

50-летняя больная обратилась с жалобами на частые головные боли, чувство тяжести в голове, жгучие боли в кончиках пальцев рук, в меньшей степени - ног, кожный зуд после принятия ванны. Вышеуказанные жалобы стала отмечать несколько месяцев назад. К врачам не обращалась. В последнее время отмечала изменение цвета концевых фаланг пальцев. При амбулаторном исследовании выявлено повышение АД и изменения на ЭКГ. Госпитализирована с диагнозом: «артериальная гипертензия».

Объективно: красно-цианотичная окраска кожи лица, изменение цвета концевых фаланг пальцев рук (см. вклейку, с. 11, рис. 12-3). АД - 170/100 мм рт.ст. ЧСС - 88 в минуту. Пальпируется увеличенная селезенка, выступающая на 3 см.

Клинический анализ крови: Hb - 170 г/л, эритроциты - 7х1012/л, гематокрит - 55 %, лейкоциты - 12х109/л, базофилы - 3 %, эозино-

филы - 6 %, метамиелоциты - 2 %, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 70 %, лимфоциты - 8 %, моноциты - 3 %, тромбоциты - 600х109/л. СОЭ - 2 мм/ч.

|  |
| --- |
|  |

В стационаре на фоне головокружения больная упала, при этом развилась резкая слабость в левых конечностях, заторможенность. Через несколько часов состояние вернулось к исходному, сила и движения в конечностях восстановились. Приглашен на консультацию невролог, который не выявил очаговой неврологической симптоматики.

**Задания:**

1. Как расценить эпизод падения больной и развившуюся неврологическую симптоматику?

2. Какие изменения со стороны периферической крови имеются у больной?

3. Как обозначить симптомокомплекс (жалобы, внешний вид), наблюдаемый в пальцах рук больной?

4. Имеется ли связь между клинической симптоматикой в пальцах рук и изменениями в периферической крови?

5. Объясните механизм возникновения патологического процесса в пальцах рук больной.

6. Объясните механизм развития спленомегалии у больной.

7. Какой наиболее информативный диагностический метод следует использовать в данной ситуации?

**Задача № 8**

У больного с гепатолиенальным синдромом, портальной гипертензией (варикозно расширенные вены пищевода) и кожным зудом выявлен тромбоцитоз (800х109/л), эритроцитоз (6,5х1012/л). Больному была предложена трепанобиопсия с диагностической целью.

**Задания:**

1. Является ли эритроцитоз характерным лабораторным признаком цирроза печени?

2. Может ли портальная гипертензия встречаться при миелопролиферативных заболеваниях?

3. Свидетельствует ли тромбоцитоз в данном случае против наличия миелопролиферативного заболевания?

4. Возможно ли у больного наличие сублейкемического миелоза?

5. Необходима ли пункционная биопсия печени с диагностической целью?

6. Какие наиболее вероятные изменения могут быть выявлены при гистологическом исследовании костного мозга у данного пациента?

**Задача №9.**

У больного при исследовании выявлено: общий анализ крови: эритроциты - 2,7 х 1012/л, ЦП - 1,0, Нв - 90 г/л, тромбоциты - 110 х 106/л, лейкоциты - 12 х 109/л, эозинофилы - 1, базофилы - 1, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 45, лимфоциты - 40, моноциты - 3, СОЭ - 20 мм/год. Стернальная пункция: бласты – 30 %, реакция на гликоген бластных клеток - положительная (в виде гранул).

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте дополнительное обследование.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Составьте план лечения.

**Задача №10**

Больная Т., 16 лет. Неделю назад появились боли при глотании и болезненность десен, температура повысилась до 39 °С. На слизистой оболочке рта и миндалинах возникли язвы. При осмотре: состояние больной тяжелое, температура 39,8 °С, язык сухой. Пальпируются шейные лимфатические узлы диаметром до 1,5-2,0 см. На слизистой оболочке десен обнаружены некротические язвы, покрытые серым налетом. Анализ крови: эр. 3,2 х 1012/л, Нв - 80 г/л, ЦП - 1,0, лейк. 0,8 х 109/л, эозинофилы - 0 %, паличкоядерные - 0 %, сегментоядерные - 12 %, лимфоциты - 73 %, моноциты - 3 %, бласты - 12 %, СОЭ - 65 мм/год.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте дополнительное обследование.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Составьте план лечения.

**Задача №11**

Мужчина 65 лет болеет несколько лет, отмечает увеличение шейных подчелюстных лимфатических узлов, потливость, слабость. Состояние ухудшилось 2 недели. Увеличилась печень, селезенка, лимфатические узлы. В анализе крови: эритроциты 2,8х1012/л, Нв-92 г/л, лейкоциты 68х109/л, лимфоциты 86%, СОЭ-48 мм/ч. Тени Боткина-Гумпрехта в мазке периферической крови.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте дополнительное обследование. Какой метод исследования наиболее информативный в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.

4. Составьте план лечения.

**Задача № 12**

50-летний больной, страдающий артериальной гипертензией, обратился по поводу повышения температуры до 38-39 °С в течение 3 нед. Антибактериальная терапия цефотаксимом была неэффективна. При амбулаторном обследовании выявлено повышение в крови количества эритроцитов и уровня гемоглобина. Анамнез больного без особенностей. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. В течение 2 лет отмечалось повышение АД до 170/100 мм рт.ст. Лечится гипотензивными препаратами без выраженного эффекта. Со стороны внутренних органов - без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb - 170 г/л, эритроциты - 6,5х1012/ л, лейкоциты - 9х109/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 6 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 2 %, тромбоциты - 250х109/л. СОЭ - 5 мм/ч.

При рассмотрении предыдущих анализов крови обращает на себя внимание тенденция к эритроцитозу в течение последних нескольких месяцев.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 0,66%о, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. УЗИ почек - увеличение размеров левой почки, небольшой конкремент. Произведена компьютерная томография фис. 12-4).

**Задания:**

1. Может ли эритроцитоз быть одним из признаков инфекционновоспалительного процесса?

2. Может ли имеющаяся клинико-лабораторная симптоматика свидетельствовать о наличии у больного хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни?

3. Показано ли проведение исследования костного мозга с диагностической целью в данной ситуации?

4. Следует ли назначить новый антибиотик в связи с сохраняющейся лихорадкой?

5. Какой метод исследования будет наиболее информативным в данной ситуации?

**Задача № 13**

|  |
| --- |
|  |

65-летний больной доставлен в стационар в связи с сильными болями в левой половине живота с подозрением на острый панкреатит. По данным анамнеза, в течение 7 лет страдает эритремией. Лечился кровопусканиями (ежегодно 2-3 раза в год), цитостатиками (гидроксимочевина). В течение последних нескольких месяцев отмечает слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, носовые кровотечения, синяки на коже.

При объективном исследовании бледность кожи и слизистых. Единичные геморрагии на коже. ЧСС - 100 в минуту. АД - 160/90 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, ослабленное слева, хрипы не прослушиваются. Живот вздут, болезненный при пальпации в левой половине. Синдром раздражения брюшины сомнительный. Пальпируется нижний край селезенки на уровне гребня подвздошной кости. Пальпация болезненна.

Клинический анализ крови: Hb - 80 г/л, эритроциты - 2,8х1012/л, лейкоциты - 4х109/л, эозинофилы -2%, палочкоядерные -3%, сегментоядерные - 35 %, лимфоциты - 50 %, моноциты - 10 %,

тромбоциты - 90х109/л. Среднее содержание гемоглобина в эритроците - 27 пг.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 0,66%о, лейкоциты - 2-3 в поле зрения. Ураты - в небольшом количестве.

Сывороточное железо - 18 мкмоль/л.

Клинический анализ крови при первом обращении к врачу (7 лет назад^Нэ -190 г/л, эритроциты -6,8х1012/л, лейкоциты - 14х109/л, %, базофилы -2 %, эозинофилы - 6 %, палочкоядерные - 8 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 15 %, моноциты - 5 %, тромбоциты - 800х109/л.

Клинический анализ крови при последнем обращении к врачу (год назад):

Hb - 95 г/л, эритроциты - 3,5х1012/л, лейкоциты - 7х109/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 3 %, сегментоядерные - 45 %, лимфоциты - 45 %, моноциты - 5 %, тромбоциты - 120х109/л.

|  |
| --- |
|  |

**Задания:**

1. Является ли анемия в данном случае следствием частых кровопусканий?

2. Каков возможный механизм развития тромбоцитопении в динамике заболевания?

3. Чем можно объяснить выраженную спленомегалию? Каков может быть цитологический состав пунктата селезенки?

4. Как расценить клиническую ситуацию, по поводу которой больной был доставлен в стационар?

5.  Какую морфологическую картину вы ожидаете получить при гистологическом исследовании костного мозга?

6. Каковы возможные исходы эритремии?

7. Объясните эволюцию показателей периферической крови у данного больного.

**Задача №14**

Больной 50 лет. Жалуется на головную боль, ухудшающуюся память, кожный зуд, усиливающийся после ванны. Считает себя больным 2 года. Работает оператором КИП на заводе. Плеторичен. Физикальных отклонений со стороны системы органов дыхания нет. Левая граница сердца - в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Пульс 72 в мин., ритмичный, напряженный. АД стабильно 180-170/120-115 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка выступает из-под края реберной дуги по левой передней подмышечной линии на 5 см. Параклиническими методами исследования со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови: эр. - 8,3х10/л, Нв - 206 г/л, тромб. - 570х109/л, лейк. - 16,5х109/л. Лейкоформула (%) : п. - 4, с. - 70, лимф. - 20, мон. - 6, СОЭ- 0 мм/час. Гематокрит - 76/24 (%). В костномозговом пунктате трехотростковая гиперплазия, высокая степень отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов.

**Задание:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте дополнительное обследование. Какой метод исследования наиболее информативный в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.

4. Составьте план лечения. Какое патогенетическое лечение необходимо назначить больному.

**Практические задания для проверки практических навыков**

* Анализ данных клинического обследования и дополнительных методов исследования при проведении обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение дифференциального диагноза у конкретного больного.
* Назначение лечения

**«Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся».**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **Критерии оценки практической части** | |
| **Проверка практической части** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если - студент ежедневно курирует больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины (при обосновании клинического диагноза и проведении дифференциального диагноза правильно интерпретирует жалобы больного, анамнез, данные объективного осмотра, клинико-лабораторные и инструментальные показатели, правильно назначает лечение, заполняет учебную историю болезни). |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – студент ежедневно курирует тематического больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины, однако допускает некоторые неточности. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - студент нерегулярно курирует больного, студент владеет лишь некоторыми практическими навыками и умениями. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - студент менее 4 раз посетил курируемого больно, практические навыки и умения выполняет с грубыми ошибками. |
| **Защита истории болезни** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если учебная история болезни оформлена в назначенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений, грамматических и стилистических ошибок;  показано всестороннее и глубокое знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;  показано умение проводить дифференциальную диагности­ку с учетом основного синдрома у конкретного больного;  умело составлен план обследования и лечения по основной и сопутствующей патологии у представленного больного;  полно представлена и усвоена основная литература и знаком с дополнительной, рекомендованной программой;  проявлены творческие способности в понимании, изложении и применении учебного материала в конкретном клиническом случае;  нет существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – учебная история болезни оформлена в положенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений по тексту, грамматических и стилистических ошибок;  показано полное знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;  показано умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;  умело составлен план обследования и лечения по основной патологии у представленного больного;  усвоена современная основная литература;  имеются отдельные непринципиальные замечания по написанию и оформлению истории болезни. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если учебная история болезни оформлена в положенный срок, не полностью соответствует необходимому образцу, с исправлениями и ошибками;  Показаны неполные знания основных разделов внутренних болезней (классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;  показано неполное умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;  составленные план об­следования и лечения по основной патологии у представленного больного не полные;  ознакомлен с основной литературой;  имеются существенные принципиальные замечания по написанию и оформлению исто­рии болезни. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - учебная история болезни студентом оформлена, но не полностью соответствует необходимому образцу, с исправлениями и ошибками;  *д*опущены принципиальные ошибки в постановке и оформлении клинического диагноза;  показаны очень слабые, поверхностные знания внутренних болезней по представленному больному;  не правильно и не умело проведена дифференциальная диагностика по основному синдрому у конкретного больного;  план обследования и лечения составлен неправильно, неумело.;  показано незнание групп препаратов, используемых у данного больного и механизмы их действия;  использована устаревшая основная литература или не указана вовсе;  много принципиальных существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится

по экзаменационным билетам, в устной форме

**Вопросы для проверки теоретических знаний (экзамен) по дисциплине «Госпитальная терапия»**

1. Ишемическая болезнь сердца. Определение. Этиология. Классификация. Понятие о факторах риска, возможности первичной профилактики ИБС.
2. Внезапная смерть. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Реанимационные мероприятия. Профилактика.
3. Стабильная стенокардия напряжения. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Вазоспастическая стенокардия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Нестабильная стенокардия. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. ОКС. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика в зависимости вида ОКС.
7. Дифференциальная диагностика кардиалгического синдрома. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Острый инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические варианты течения острого периода. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
9. Ранние осложнения инфаркта миокарда. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Кардиогенный шок при инфаркте миокарда. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Поздние осложнения инфаркта миокарда. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Гипертоническая болезнь. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
13. Гипертонические кризы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника Диагностика. Неотложная помощь при кризах.
14. Симптоматические артериальные гипертензии: почечные. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
15. Симптоматические артериальные гипертензии: эндокринные. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
16. Симптоматические артериальные гипертензии: сосудистые. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
17. Острая сердечная недостаточность. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Профилактика.
18. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация (стадии, функциональные классы, гемодинамические варианты). Клиника. Диагностика. Основные классы ЛС, используемых для лечения ХСН.
19. Лечение хронической сердечной недостаточности. Режим. Диета. Медикаментозная и немедикаментозная терапии. Прогноз. Профилактика.
20. Атеросклероз. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Наиболее частые локализации атеросклероза. Диагностика. Лечение. Первичная и вторичная профилактика.
21. Метаболический синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
22. Фибрилляция предсердий. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Место шкал в лечении ФП. Лечение (тактика восстановления или урежения ритма сердца). Профилактика.
23. Экстрасистолия. Этиология. Патогенез. Морфофункциональные механизмы развития. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.
24. Сердечные блокады (синоаурикулярная, атриовентрикулярная, внутрижелудочковая). Этиология. Механизм формирования блокады. Классификация. Клиника. Диагностика. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Дифференциальная диагностика. Неотложная терапия. Лечение. Профилактика.
25. Пароксизмальные тахикардии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
26. Синдром слабости синусового узла. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
27. Синдромы преждевременного возбуждения желудочков (Синдром Вольффа-Паркинсона-Уайта, Синдром Клерка-Леви-Кристеско, синдром Махайма). Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
28. Современная немедикаментозная антиаритмическая терапия: дефибрилляция, электрокардиостимуляция. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения.
29. Дилатационная кардиомиопатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение..
30. Гипертрофическая кардиомиопатия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.
31. Рестриктивная кардиомиопатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
32. Аритмогенная правожелудочковая кардиомиопатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
33. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Факторы, способствующие развитию болезни. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения. Профилактика.
34. Приобретенные митральные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
35. Приобретенные аортальные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
36. Приобретенные пороки трикуспидального клапана. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
37. Приобретенные пороки клапана легочной артерии. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
38. Перикардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины при различных вариантах течения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
39. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
40. Врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, коарктация аорты). Этиология. Значение патологической наследственности и инфекционных заболеваний матери. Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Лечение.
41. Врожденные пороки сердца (дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородок). Этиология. Значение патологической наследственности и инфекционных заболеваний матери. Гемодинамические нарушения. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика.
43. Функциональная диагностика в кардиологии.
44. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез. Классификация. Патологическая анатомия. Клиническая картина поражения ЦНС, органов брюшной полости, забрюшинного пространства, легких, суставов. Диагностика. Общие принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика.
45. Ревматический кардит (эндомиокардит, перикардит). Этиология, Патологическая анатомия. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
46. Ревматоидный артрит. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины при различных вариантах течения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Понятие о базисной терапии.
47. Системная красная волчанка. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
48. Деформирующий остеоартроз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
49. Системная склеродермия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
50. Узелковый периартериит. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
51. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
52. Подагра. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
53. Реактивный артрит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
54. Неспецифический аортоартериит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
55. Внебольничная пневмония. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.
56. Госпитальная пневмония. Этиология и условия возникновения. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
57. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения. Первичная и вторичная профилактика.
58. Острый бронхит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
59. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
60. Приступ бронхиальной астмы. Причины возникновения. Механизмы развития. Клиника. Неотложная помощь.
61. Астматический статус. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
62. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение.
63. Абсцесс легкого. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения.
64. Гангрена легкого. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
65. Плевриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Значение исследования характера плевральной жидкости. Диагностическая и лечебная плевральная пункция. Лечение.
66. Дифференциальная диагностика плеврального выпота: экссудаты (инфекционный, неинфекционный, опухолевые), транссудаты, гемоторакс, хилоторакс.
67. Хроническое легочное сердце. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
68. Эмфизема легких. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
69. Дыхательная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
70. Спонтанный пневмоторакс. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
71. Кровохарканье и легочное кровотечение. Причины возникновения. Неотложная помощь.
72. Функциональная диагностика в пульмонологии.
73. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина при различных формах гастрита. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
74. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Патогенез. Факторы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Неотложная терапия при желудочном кровотечении. Профилактика..
75. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
76. Желчекаменная болезнь. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
77. Хронические холециститы и холангиты. Этиология. Патогенез. Значение инфекции, нарушений моторики, холелитиаза. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
78. Хронический гепатит. Этиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
79. Циррозы печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез). Профилактика.
80. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
81. Печеночно-клеточная недостаточность. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение..
82. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии.
83. Дифференциальная диагностика при гепатолиенальном синдроме.
84. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, болезнь Уиппла). Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
85. Функциональные заболевания пищевода и желудка: функциональная диспепсия, дискинезия пищевода. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
86. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь. Определение. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Осложнения
87. Ахалазия кардии. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
88. Функциональная диагностика при болезнях желудка.
89. Функциональная диагностика в гепатологии.
90. Гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
91. Пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
92. Дифференциальная диагностика мочевого синдрома (протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия). Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
93. Амилоидоз почек. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
94. Нефротический синдром. Этиология первичных и вторичных форм нефротического синдрома. Патогенез. Классификация. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
95. Острое повреждение почек. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная терапия.
96. Хроническая болезнь почек. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
97. Функциональная диагностика в нефрологии.
98. Острые лейкозы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз
99. Хронический лимфолейкоз. Этиология. Классификация (формы болезни). Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
100. Хронический миелолейкоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Понятие о бластном кризе. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
101. Эритремия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
102. Железодефицитная анемия. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
103. Мегалобластные анемии (В12- и фолиеводефицитные анемии). Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
104. Гемолитические анемии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
105. Гипо- и апластические анемии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
106. Агранулоцитоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
107. Парапротеинемические гемобластозы (миеломная болезнь). Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
108. Лимфогранулематоз. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
109. Геморрагические диатезы. Классификация. Типы кровоточивости. Ангиопатии (простая пурпура, старческая пурпура, болезнь Шенлейна-Геноха, болезнь Рандю-Ослера-Вебера). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
110. Коагулопатии: гемофилии, ДВС-синдром. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
111. Тромбоцитопатии (тромбоцитопении и тромбоцитопатии (наследственные и приобретенные)). Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
112. Лейкемоидные реакции. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
113. Отечественные терапевтические школы.
114. Понятие о первичной и вторичной профилактике. Цель и методы ее проведения.
115. Дифференциальная диагностика отечного синдрома. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
116. Дифференциальная диагностика коматозных состояний (комы при сахарном диабете, уремическая и печеночная комы).
117. Анафилактический шок. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
118. Сывороточная болезнь. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
119. Ангионевротический отек. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
120. Крапивница. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**1.** Интерпретация Лабораторных анализов (крови, мочи, мокроты, кала, биохимических анализов крови, плевральной жидкости, дуоденального содержимого), ЭКГ, протоколов УЗИ внутренних органов, Рентгенограмм (№№1.1 -1.60).

**2**. Защита Учебной истории болезни курируемого больного

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра госпитальной терапии им. Р.Г. Межебовского

Специальность: 31.05.01 «Лечебное дело»

Дисциплина: Госпитальная терапия

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11**

I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА

II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1. Ишемическая болезнь сердца. Социальное значение и эпидемиология. Классификация. Понятие о факторах риска.
2. Подагра. Этиология, патогенез, классификация. Основные клинические проявления. Критерии диагноза. Лечение.

III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1. Лабораторный анализ № 3

Зав. кафедрой госпитальной терапии

им. Р.Г.Межебовского,

д.м.н., профессор Р.А.Либис

Декан лечебного и стоматологического

факультетов, д.м.н., доцент Д.Н.Лященко

« 21 » … 20… года

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Проверяемые компетенции | Индикаторы сформированности компетенции | Дескрипторы освоения компетенции | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/  практического задания) |
|  | **УК-1.**  Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | **Инд. УК 1.1.**  Способность выявлять проблемные ситуации в профессиональной деятельности | **Знать:**  - принципы сбора, отбора и обобщения информации  - современные информационные технологии и программные средства, в том числе отечественного производства при решении задач профессиональной деятельности | Вопросы  №1-120 |
| **Уметь:**  - выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления  - производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
| **Владеть:**  - методикой сбора и систематизации информации по проблеме  - навыками научного поиска и практической работы с информационными источниками | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
| **Инд. УК 1.2.**  Способность применять системный подход для анализа проблемной ситуации | **Знать:**  - принципы, методы и средства решения стандартных задач профессиональной деятельности на основе информационной и библиографической культуры с применением информационно- коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности | Вопросы  № 1-120 |
| **Уметь:**  - Выявлять составляющие проблемной ситуации и связи между ними  - Описывать суть проблемной ситуации  - определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения; | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
| **Владеть:**  - навыками критического анализа  - навыками решения проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
|  | **ОПК-7.**  Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности | **Инд. ОПК 7.1.**  Способность составить план лечения с учетом стандартов оказания медицинской помощи | **Знать:**  - современные методы применения и механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, показания и противопоказания к их применению при заболеваниях и состояниях. | Вопросы  № 1-120 |
| **Уметь:**  - составлять план лечения заболевания и назначать лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания. | Практическое задание  №2 |
| **Владеть:**  **-** алгоритмом составления плана лечения заболевания и назначением лекарственных препаратов на основе стандартов диагностики и лечения заболеваний с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями  (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. | Практическое задание  № 2 |
|  | **ПК-1.**  Готовность выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме. | **Инд. ПК 1.1.**  Готовность выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме*.* | **Знать:**  - Этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов | Вопросы  № 1-120 |
| **Уметь:**  - Выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
| **Владеть:**  - Навыками распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.  - Навыками оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме. | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
| **Инд. ПК 1.2.**  Готовность оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни пациента. | **Знать:**  - Методики сбора жалоб, анамнеза у пациентов (их законных представителей).  - Методики физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).  - Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследования и интерпретации результатов. | Вопросы  № 1-120 |
| **Уметь:**  - Выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме  - Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной форме | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
| **Владеть:**  - Навыками оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
|  | **ПК4.**  Готовность к определению, формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) | **Инд. ПК 4.2.**  Готовность к проведению дифференциальной диагностики заболеваний | **Знать:**  - дифференциальную диагностику заболеваний. | Вопросы  № 1-120 |
| **Уметь:**  - проводить дифференциальную диагностику. | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
| **Владеть:**  - проведением дифференциальной диагностики. | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
| **Инд. ПК 4.3.**  Готовность к установлению диагноза с учетом действующих клинических рекомендаций и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). | **Знать:**  - действующие клинические рекомендации и международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). | Вопросы  № 1-120 |
| **Уметь:**  - формулировать клинический диагноз. | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
| **Владеть:**  - методикой формулирования клинического диагноза с учетом действующих клинических рекомендаций и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). | Практическое задание  № 1.1-1.60; 2 |
|  | **ПК6.**  Способность и готовность к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами, контролю эффективности и безопасности лечения. | **Инд. ПК 6.1.**  Готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния,  к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | **Знать:**  **-** современные методы применения и механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, показания и противопоказания к их применению при заболеваниях и состояниях. | Вопросы  № 1-120 |
| **Уметь:**  - составлять план лечения заболевания и назначать лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания. | Практическое задание  № 2 |
| **Владеть:**  **-** алгоритмом составления плана лечения заболевания и назначением лекарственных препаратов. | Практическое задание  № 2 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусных баллов обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (максимально 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех оценок, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы:

* **текущего контроля** успеваемости обучающихся, рассчитываемый как среднее арифметическое значение баллов, полученных на практических занятиях по каждому модулю. По каждому занятию предусмотрено от 1 до 3-х оценок, за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно: **(**входной контроль; устный опрос, решение ситуационных задач; контроль проведения самостоятельной работы студентов с больными в палатах, овладения ими практических умений и навыков, проведения анализа данных клинического обследования и дополнительных методов исследования для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза, назначения лечения, подготовки рефератов, оформления историй болезни);
* **рубежного контроля** успеваемости обучающихся по дисциплины (защита истории болезни), за который обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно.

По дисциплине «госпитальная терапия» - 2 контрольные точки: 1 – контрольная точка текущего контроля и 1 – рубежный контроль (учебная история болезни).

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек) к количеству этих оценок.

При пропуске практического занятия вместо оценки выставляется «0» баллов. Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг (при его значении менее 2,5 баллов) по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры. После достижения рейтинга 2,5 и более баллов каждую неудовлетворительную оценку можно повысить только один раз.

В случае повышения рейтинга при пропуске занятия по уважительной причине в учебный журнал выставляется фактический полученный балл, в остальных случаях максимальный балл, выставляемый в учебный журнал, не может превышать 3,0 баллов.

Текущий стандартизированный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 1 до 70 и вычисляется по формуле 1:

**Ртс = (Ртф \* 70) / макс (Ртф) (1)**

где,

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Ртф – текущий фактический рейтинг;

макс (Ртф) – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине.

**4.2. Правила получения бонусных баллов обучающимся**

Бонусные баллы определяются в диапазоне от 0 до 5 баллов. Критериями получения бонусных баллов являются:

• посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине);

• результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.

**4.3. Правила формирования экзаменационного рейтинга обучающегося**

Экзаменационный рейтинг формируется из суммы баллов, полученных за каждый экзаменационный этап: ответы на теоретические вопросы (оценивается каждый вопрос по отдельности) + интерпретация результатов обследования, представлена в таблице 1.

**Таблица 1.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Экзаменационный этап** | **Баллы** | **Вид контроля** |
| Ответ на вопрос | 0 | отказ от ответа, молчание, незнание вопроса; |
| 1 | при изложении материала используются общие фразы, относящиеся к большинству терапевтических нозологий, материал излагается сбивчиво, много материала не относящегося к вопросу, не представляет определенной системы знаний по вопросу, не раскрываются причинно-следственные связи между явлением и событием, ответы на дополнительные вопросы отсутствуют; |
| 2 | материал излагается непоследовательно, сбивчиво, много материала не относящегося к вопросу, не представляет определенной системы знаний по вопросу, не раскрываются причинно-следственные связи между явлением и событием, ответы на дополнительные вопросы отсутствуют; |
| 3 | материал излагается непоследовательно, сбивчиво, много неправильных ответов, не представляет определенной системы знаний по вопросу, не раскрываются причинно-следственные связи между явлением и событием, ответы на дополнительные вопросы отсутствуют; |
| 4 | материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по вопросу, не раскрываются причинно-следственные связи между явлением и событием, ответы на дополнительные вопросы отсутствуют; |
| 5 | допускаются нарушения в последовательности изложения, имеются упоминания об отдельных базовых аспектах, неполное раскрытие причинно-следственной связи между явлениями и событиями, демонстрируются поверхностные знания вопроса; |
| 6 | ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно, но неполное раскрытие причинно-следственной связи между явлениями и событиями, демонстрируются поверхностные знания вопроса; |
| 7 | ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно, но в недостаточном объеме, материал излагается не уверенно, раскрыта причинно-следственная связь между явлением и событием; |
| 8 | ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно, но в недостаточном объеме, материал излагается уверенно, раскрыта причинно-следственная связь между явлением и событием; |
| 9 | ответ на поставленный вопрос излагается логично, последовательно, но требует дополнительных пояснений, полно раскрыта причинно-следственная связь между явлением и событием. |
| 10 | ответ на поставленный вопрос излагается логично, последовательно и не требует дополнительных пояснений, полно раскрыта причинно-следственная связь между явлением и событием, демонстрируется глубокое знание вопроса. |
| Интерпретация результатов обследования | 0 | отказ от ответа, молчание, незнание обследования |
| 1 | не правильный ответ, имеется элементарное понимание о методе обследования |
| 2 | не правильный ответ, но имеется частичное понимание принципов метода обследования |
| 3 | не правильный ответ, но имеется полное понимание принципов метода обследования |
| 4 | частично правильная, но недостаточная интерпретация изменений без оглашения правильного ответа |
| 5 | правильная, но недостаточная интерпретация изменений без оглашения правильного ответа |
| 6 | правильный ответ без интерпретации изменений |
| 7 | правильная интерпретация без оглашения правильного ответа |
| 8 | правильный ответ с недостаточной интерпретацией изменений |
| 9 | правильный ответ с полной интерпретацией изменений, который требует дополнительных пояснений и вопросов |
| 10 | правильный ответ с полной интерпретацией изменений, который не требует дополнительных пояснений и вопросов |

В случае получения обучающимся экзаменационного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

В условиях дистанционной работы с обучающимися возможно проведение экзамена в виде тестирования в ИС университета

**Порядок расчета дисциплинарного рейтинга**

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного рейтинга (Рэ) по формуле 2:

**Рд = Ртс + (Бб) + Рэ (2)**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Бб – бонусный балл;

Рэ – экзаменационный рейтинг.

При успешном прохождении обучающимся промежуточной аттестации по дисциплине осуществляется перевод полученного дисциплинарного рейтинга в пятибалльную систему в соответствии с таблицей 2.

**Таблица 2.**

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный**  **рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине** |
| экзамен |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) |

Дисциплинарный рейтинг при проведении повторной промежуточной аттестации рассчитывается на основании экзаменационного рейтинга без учета текущего стандартизированного рейтинга в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся».