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, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

по специальности

***31.05.01 Лечебное дело***

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности*31.05.01 Лечебное дело,* утвержденной ученым советом

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от «25» марта 2016

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержиттиповыеконтрольно-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 формеэкзамена.

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:**

ОПК-8готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач

ПК-5готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

ПК-6способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

ПК-8способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

ПК-10готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

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 желтухах.
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-диагностичнский 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. Излагаются 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.

**Модуль*№2 «Клиническая фармакология»***

**1.Темы рефератов**

1. Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению противопаразитарных лекарственных средств
2. Клиническая фармакология лекарственных средств для общей анестезии
3. Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению лекарственных средств для лечения ВИЧ-инфекции
4. Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению лекарственных средств для лечения туберкулёза
5. Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению фитопрепаратов
6. Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению препаратов в спортивной медицине.
7. Значение хронофармакологии для клинициста.
8. Дисбактериозы и их коррекция
9. Лекарство и беременность
10. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при ОРЗ .

***2.* Учебная клинико-фармакологическая карта:**

**План и схема клинико-фармакологической карты**

ФИО больного

Возраст, рост, вес

Профессия

№ палаты

Дата поступления Дата выписки

**Диагноз:**

План карты

1. Краткий клинический анамнез (должен отражать все параметры диагноза и заканчиваться причиной госпитализации)
2. Аллергоанамнез и лекарственная непереносимость
3. Лечение до поступления в стационар (препарат, доза, длительность приема, эффективность, побочные эффекты)
4. Дневники курации
5. Результаты дополнительных методов исследования (должны отражать динамику показателей в процессе лечения; после каждого лабораторного анализа делать заключение)
6. Фармакотерапия (из листа назначения доктора) – оформляется в виде таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Название препарата (основные синонимы, состав) | Доза в табл.(амп.или капс.) | Разовая доза в гр. или мг. | Крат-  ность приема | Суточн. доза | Особен.-ти приема(путь, скорость, связь с приемом пищи, разведение) | Дата назначен. | Дата отмены | Длит. курса | Согласны ли вы с назнач. |
| 1.Энам | 10 мг | 5мг (1\2 таб.) | 2 раза в сут. | 10 мг | - | 1.02. | 10 .02 | 10дней | да |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Оценка эффективности принимаемых лекарственных средств (по клинике, лабораторным и инструментальным методам обследования)
2. Предложения по повышению эффективности фармакотерапии с учетом фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных средств
3. Предложения по дополнительным методам обследования, необходимым для назначения лечения
4. Обоснование выбора препарата с учетом фармакокинетики и фармакодинамики (из справочников Видаля, Машковского и т.д.)
5. Взаимодействие лекарственных средств прогноз и механизмы
6. Побочные эффекты лекарственных препаратов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Препарат** | **Побочные эффекты** | **Методы выявления ПЭ (лабораторно-инструментальные)** |
|  |  |  |

1. Побочные эффекты, выявленные у больного**, методы их коррекции:**
2. Список используемой литературы и подпись

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

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

**Тема 1Заболевания кишечника: НЯК, болезнь Крона, болезньУиппла.**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- 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.

ИФАкHelicobacterpylori – 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 основной и сопутствующий диагнозы.

**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, эзогенность – 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 гиперемированна с эрозиями округлой формы до 0,2 см с налетом гематина. Привратник смыкается. Луковица двенадцатиперстной кишки рубцово деформирована, слизистая гиперемированна, 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 основной и сопутствующий диагнозы.

**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 Функциональные заболевания пищевода и желудка**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- 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. Этиолгия, 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 ахалазиикардии**
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 мотрикиантрального отдела желудка
34. нарушение аккомадации 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 гастроэзофагальнаярефлюксная 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 явлется:**
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 вмин, 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.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**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 вмин, 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.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**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. Внешниех 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.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**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 вмин, 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.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**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 3Хроническая болезнь почек, острая и хроническая почечная недостаточность**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- 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 острой и хронической почечной недостаточности

7. Патогенез острой и хронической почечной недостаточности

8. Клинические симптомы и синдромы острой и хронической почечной недостаточности и современные методы диагностики.

9. Стадии в развитии и течении ОПН и ХПН

10. Алгоритм дифференциального диагноза основного заболевания в период терми­нальных стадий ХПН.

11.Медикаментозное и немедикаментозное лечение ОПН и ХПН.

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

**Тестовые задания**

1. **Выберите признаки ХПН:**
2. Азотемия.
3. Протеинурия более 3,5 г/сут.
4. Уменьшение размеров почек.
5. Лейкоцитурия.
6. Макрогематурия.
7. **Выберите неврологические проявления ХПН:**
8. Нарушение сна.
9. Миоклония.
10. Полинейропатия.
11. Головная боль.
12. Парезы.
13. **Выберите нарушения водно-электролитного баланса, развивающиеся при ХПН:**
14. Полиурия.
15. Олигоурия.
16. Гиперкалиемия.
17. Гипокалиемия.
18. Гипокальциемия.
19. **Выберите эндокринные и метаболические нарушения, выявляемые у больных с ХПН**:
20. Вторичный гипопаратиреоз.
21. Вторичный гиперпаратиреоз.
22. Гиперурикемия.
23. Гипоурикемия.
24. Гипотриглицеридемия.
25. **Выберите гипотензивные препараты, улучшающие внутрипочечную гемодинамику:**
26. Доксазозин.
27. Спиронолактон.
28. Гипотиазид.
29. Фуросемид.
30. Каптоприл.
31. **Выберите оптимальный вариант диуретической терапии отечного синдрома у больных ХПН:**
32. Спиролактон.
33. Фуросемид.
34. Триамтерен
35. Амилорид
36. Гидрохлортиазид.
37. **Выберите наиболее оптимальный вариант лечения нормоцитарной нормохромной анемии у больных ХПН:**
38. Трансфузии эритроцитов.
39. Препараты железа.
40. Витамин В12.
41. Эритропоэтин.
42. Глюкокортикоиды.
43. **Выберите продукты, содержащие большое количество фосфора:**
44. Творог.
45. Фрукты.
46. Бобовые.
47. Говядина.
48. Рыба.
49. **Какие мероприятия можно использовать для лечения гиперкалиемии:**
50. Гемодиализ.
51. Петлевые диуретики.
52. Глюкокортикоиды.
53. Введение солей кальция.
54. Изотонический раствор натрия.
55. **Выберите абсолютные противопоказания к пересадке почки в терминальной стадии ХПН:**
56. СКВ.
57. Сепсис.
58. Анемия.
59. Возраст старше 60 лет.
60. Злокачественное новообразование желудка.
61. **Выберите осложнения гемодиализа:**
62. Повышенная кровоточивость.
63. Гепатит В.
64. Артериальная гипертензия.
65. Артериальная гипотония.
66. Эпилептические припадки.
67. **Выберите верные утверждения относительно ХПН:**
68. Уровень креатинина в крови наиболее информативен для оценки выраженности ХПН.
69. Нормальные размеры обеих почек (на УЗИ) исключают ХПН. В.+ Выраженная гипертензия способствует прогрессированию ХПН.
70. Гипотензия способствует прогрессированию ХПН.
71. У больных с хроническим гломерулонефритом при развитии ХПН нефротический синдром становится менее выраженным.
72. **У 38-летнего больного, армянина, диагностирована хроническая почечная недостаточность. По данным анамнеза, с детского возраста отмечались эпизоды болей в животе с одновременным подъемом температуры. Боли проходили самостоятельно через сутки. Последний год в анализах мочи отмечается протеинурия до 1,5 г/л (%о). Отец пациента умер от заболевания почек. Выберите наиболее вероятные диагностические предположения в данной ситуации:**
73. Хронический гломерулонефрит.
74. Периодическая болезнь с развитием амилоидоза.
75. Хронический пиелонефрит.
76. Подострый (быстропрогрессирующий) гломерулонефрит.
77. Представленных данных недостаточно для предположения о диагнозе.
78. **У 33-летнего больного, находящегося в течение месяца на лечении гемодиализом по поводу ХПН (2 раза в неделю по 3 ч) и удовлетворительно переносящего процедуру, состояние стало быстро ухудшаться: на протяжении суток усилилась слабость, затем появились боли в правом подреберье, отмечено набухание шейных вен. Пульс - 100 в минуту, нитевидный, АД - 80/50 мм рт.ст. (ранее - 160/90). Выберите верные утверждения:**
79. У больного, скорее всего, внутреннее кровотечение.
80. Экстренная эхокардиография, скорее всего, поможет выяснить причину ухудшения.
81. На вдохе систолическое АД будет выше 80 мм рт.ст.
82. Показана экстренная консультация кардиохирурга.
83. Все утверждения неверны.
84. **У больного скорость КФ - 20 мл/мин. Назовите показания для начала заместительной терапии**:
85. Наличие перикардита.
86. Содержание гемоглобина - 90 г/л.
87. Концентрация калия в сыворотке - выше 7 мэкв/л.
88. Артериальная гипертензия - выше 180/100 мм рт.ст., резистентная к гипотензивной терапии.
89. Тяжелая гипергидратация.
90. **Какой из медикаментозных препаратов нежелательно назначать больным ХПН, не проходящим лечение гемодиализом?**
91. Дигоксин.
92. β-блокаторы.
93. Фуросемид.
94. Верапамил.
95. Верошпирон.
96. **После трансплантации почки больным ХПН рекомендуется назначение:**
97. Селективных ингибиторов ЦОГ-2.
98. Глюкокортикоидов.
99. Аминохинолиновых препаратов.
100. Метотрексата.
101. Циклоспорина А.
102. **У больных ХПН могут быть следующие изменения со стороны системы крови:**
103. Тромбоцитоз.
104. Тромбоцитопения.
105. ДВС-синдром.
106. Абсолютный лимфоцитоз.
107. Все вышеперечисленное.
108. **Выберите неверное утверждение относительно ХПН:**
109. Лабораторные признаки ХПН возникают раньше, чем клинические.
110. Содержание калия в крови более 7 ммоль/л - абсолютное показание для направления больного на гемодиализ.
111. При адекватном лечении гемодиализом у большинства больных ХПН снижается АД.
112. Снижение содержания гемоглобина менее 60 г/л - показание для лечения гемодиализом.
113. Полинейропатия - характерное осложнение ХПН.
114. **Если у больного ХПН с наличием анемии (НЬ - 80 г/л) появились боли в области сердца, то данная боль может быть связана с:**
115. ИБС, стенокардией.
116. Перикардитом.
117. Миокардитом.
118. Анемией.
119. Перихондритом.
120. **Медикаментозные отеки встречаются при применении**
121. статинов
122. β-блокаторов
123. гормональных препаратов
124. антагонистов кальция
125. сердечных гликозидов
126. **Терапия диуретиками эффективна**
127. при медикаментозных отеках
128. при почечных отеках
129. при отеках с заболеванием печени
130. при гипотиреозе
131. при сердечных отеках
132. **Что характерно для отеков при гипотиреозе**
133. несимметричное расположение
134. акроцианоз
135. кожа сухая, шелушащаяся, холодная
136. отеки плотные, не оставляют ямки при надавливании
137. кожа бледно-желтоватая с восковым оттенком
138. **К тиазидным диуретикам относятся**
139. фуросемид
140. хлорталидон
141. индапамид
142. гидрохлортиазид
143. маннитол
144. **К калийсберегающим диуретикам относятся**
145. этакриновая кислота
146. хлорталидон
147. фуросемид
148. спиронолактон
149. триамтерен
150. **К петлевым диуретикам можно отнести**
151. действуют в восходящем отделе петли Генли
152. усиливают выделение из организма преимущественно Na, K, CI
153. выраженность диуретического эффекта зависит от содержания альдостерона
154. крови
155. угнетают карбоангидразу
156. усиливают почечный кровоток
157. **При проведении заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) у пациентов с терминальным почечным заболеванием предпочтительным антикоагулянтом является**
158. гепарин
159. варфарин
160. фондапаринкус
161. дабигатран
162. **Для коррекции анемии у больных с хронической болезнью почек используют**
163. стимуляторы эритропоэза
164. стимуляторы лейкопоэза
165. аналоги нуклеозидов
166. иммунодепрессанты
167. **При анемии у пациентов с хронической болезнью почек необходимо назначать комбинированную терапию: стимуляторы эритропоэза с препаратами**
168. железа
169. кальция
170. калия
171. магния
172. **Для коррекции анемии у больных с хронической болезнью почек используют**
173. стимуляторы эритропоэза
174. стимуляторы лейкопоэза
175. аналоги нуклеозидов
176. иммунодепрессанты
177. **При снижении скф<30 мл/мин/1,73м2 гиперкалиемию может вызвать назначение**
178. спиронолактона
179. дабигатрана
180. фебуксостата
181. ивабрадина

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больной 28 лет, рабочий, жалоб не предъявляет. Поступил в клинику для обследования в связи с выявленным на проф. осмотре повышением артериального давления. В анамнезе: частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. АД 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты 4,2 х 1012; Нв – 120 г/л, цв. показ. – 0,95; лейкоциты – 6,0 х 109, э-1, п-4, с-64, л-26, м-5, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – кислая, цвет – светло-желтый; плотность – 1012, белок – 0,8 г/л, эпителиальные клетки – 2-3 в п/зрения, лейкоциты – 5-6 в п/зрения, эритроциты – 8-10 в п/зрения.

Консультация окулиста: ретинопатия.

Креатин крови – 283 мкмоль/л, мочевина – 11,4 мкмоль/л.

**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 38 лет поступил с жалобами на общую слабость, сонливость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, зуд кожных покровов, одышку при физической нагрузке, постоянные головные боли и отечность лица. Год назад начали беспокоить головные боли, общая слабость. К врачу не обращался. Последние 2 месяца усилилась общая слабость, появился кожный зуд, одышка, сонливость, тошнота, снижение аппетита, ноющие боли в животе, склонность к поносам.

Объективно: Общее состояние ср.тяжести, сонливость. Положение тела активное. Геморрагические высыпания на голенях. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, отеки лица, голеней. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок в V м/р слева на2,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии, границы отн. сердечной тупости: верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины, левая совпадает с верх. толчком. Серд. ритм правильный, акцент II тона во 2 межреберье справа. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 210/120 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Печень и селезенка не увеличены. С-м поколачивания «-« с обеих сторон.

ОАК: эр- 3,1х 1012; Нв – 94 г/л, цв. показ. – 0,8; Л – 7,4 х 109, э-2, п-9, с-41, л-39, м-9, СОЭ-15 мм/час.

ОАМ: цвет – светло-желтый, сахара нет, белок – 0,1 г/л, плотность 1006, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эритроциты – 5-8 в п/зр, единичные гиалиновые цилиндры.

Креатинин крови – 915мкмоль/л, мочевина – 24,2 мкмоль/л.

ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка, метаболические изменения в миокарде.

**Задания:**

1. Выделите осн. синдромы.

2. Укажите диф-диагн. ряд заболеваний с учетом ведущих синдромов.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному.

5. Составьте план лечения.

Задача №**3**

40-летний бизнесмен обратился с жалобами на отёки лица и нижних конечностей, головную боль, слабость. 10 мес назад лечился по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением; проводилось переливание крови. В настоящее время принимает ранитидин в поддерживающей дозе. При осмотре выявлены отёки голеней, периорбитальные отёки. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные,ЧСС 88 в минуту. АД  
160/100 мм рт.ст. Печень плотноэластической консистенции, пальпируется на 5 см ниже правой рёберной дуги. Перкуторные размеры селезёнки 7x9см. Общий анализ крови: содержание НЬ 122 г/л, лейкоциты 4,4 • 10 /л; лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 32 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,018, содержание белка 1,22 г/л, лейкоциты 9—10 в поле зрения, эритроциты 1—2 в поле зрения. Концен-  
трация в крови АЛТ 2,8 ммоль/л, ACT 2,8 ммоль/л, креатинин 200 мкмоль/л. Тест на HBsAg отрицательный; обнаружены AT к вирусу гепатита С; AT к ВИЧ не обнаружены. Выберите заболевание, в рамках которого развилось поражение почек.

**Задание:**

а. Гепаторенальный синдром.

б. Синдром Гудпасчера.

в. Гломерулонефрит, вызванный вирусом гепатита С.

г. Системная красная волчанка.

**д.** Лекарственная нефропатия, вызванная приёмом ранитидина.

Задача № 4

Женщина 23 лет, заболела месяц назад после путешествия по Африке: появились отёки на лице и нижних конечностях. В настоящее время жалобы на головные бо­ли. Объективно: температура тела 37°С. Кожа имеет желтушный оттенок. Несколько мелких безболезненных язв обнаружено на слизистой оболочке полости рта. В лучезапястных и коленных суставах отмечают экссудативные изменения. В лёгких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 68 в мину­ту. АД 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, се­лезёнка 6x10 см. При исследовании глазного дна обнаружены признаки угрозы от­слойки сетчатки. Общий анализ крови: содержание НЬ 102 г/л, эритроциты 3 • 1012/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты 3,5 • 109/л. Лейкоцитарная формула: 3% палочкоядерных, 79% сегментоядерных нейтрофилов, 10% лимфоцитов, 4% эозинофилов, 4% моноцитов. СОЭ 42 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,010, содержание белка 2,66 г/л, эритроциты 8—10 в поле зрения, лейкоциты 5—6 в поле зрения, единичные гиалиновые и эритроцитарные цилиндры. Суточная протеинурия 1,8 г. Концентрация в крови креатинина 430 мкмоль/л, непрямого билирубина 40 мкмоль/л, прямого би­лирубина 4,7 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 45 мл/мин. Обнаружены LE-клетки в периферической крови. AT к ВИЧ, маркёры вирусов гепатита не обнару­жены. Исследование толстой капли на плазмодии дало отрицательный результат.

**Задание:**

Выберите вариант иммунодепрессивной терапии.

а. Монотерапия преднизолоном.

б. Монотерапияциклофосфамидом.

в. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом.

г. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курса.

д. Пульс-терапия преднизолоном в сочетании с циклофосфамидом с ежемесячным повторением курсов, между которыми продолжают лечение преднизолоном внутрь и еженедельным назначением циклофосфамида.

Задача № **5**

|  |
| --- |
|  |

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. Болен более 20 лет, когда был поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Периодически отмечал боли в поясничной области, находили изменения в анализе мочи (характер изменений не знает). Регулярно у врача не наблюдался и не

лечился. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Границы сердца расширены влево, тоны ясные, акцент II тона на аорте, АД - 250/130 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb - 82 г/л, эритроциты - 2,6х1012/л, лейкоциты - 5,6х109, СОЭ - 12 мм/ч, гематокрит - 26 %.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, лейкоциты -1-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 480 мл, колебания относительной плотности - 1002-1007.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 15 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 95 %.

**Задание**:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному для подтверждения диагноза?

3. Какие изменения вы предполагаете обнаружить в биохимическом анализе крови у больного?

4. Определите наиболее подходящую терапевтическую тактику

Задача № **6**

Больной К., 35 лет, поступил с жалобами на головную боль, легкую слабость и утомляемость. В анамнезе частые ангины в детстве и юношеском возрасте. Со слов больного, 8 лет назад в моче обнаружили гематурию. Так как в последующем количество эритроцитов в анализе мочи уменьшилось, больной далее не обследовался.

|  |
| --- |
|  |

Объективно: кожные покровы бледные, сухие, веки отечны. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД - 180/10 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb - 94 г/л, эритроциты - 3,6х1012/л, гематокрит - 28 %, лейкоциты - 4,6х109, СОЭ - 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1008, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения.

Суточная протеинурия - 1,1 г.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 950 мл, ночной диурез - 1500 мл, колебания относительной плотности -1004-1010.

Проба Реберга: скорость клубочковой фильтрации - 40 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %.

Биохимический анализ крови: креатинин - 305 мкмоль/л, мочевина - 19 ммоль/л, холестерин - 5,4 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какое исследование позволит установить окончательный диагноз и определить тактику лечения больного?

3. Имеются ли у больного показания к гемодиализу?

4. Имеются ли показания к лечению анемии эритропоэтином?

**Задача №7**

Больной Ю.,39 лет, доставлен из дома в коматозном состоянии. Кожа больного бледно- серо-желтая, со следами расчесов. Рвота. Амиачный запах изо рта. При осмотре обращает на себя внимание ассиметрия мимической мускулатуры. Зрачки узкие, их реакция на свет вялая. Корниальные и конъюктивальные рефлексы не вызываются. Имеются фибрилярные подергивания мышц туловища и конечностей. Симптомы Кѐрнига, Брудзинского, Ригидность мышц затылка положительные. Дыхание шумное, типа Чейн-Стокса, АД – 150/90мм.рт.ст. Пульс 90 уд/мин., ритмичный. Диурез 300 в сутки. В ОАК Hb – 90 г/л., Эр – 2.0 млн. Остаточный азот 35 ммоль/л, мочевина – 26ммоль/л, креатинин – 0.3 ммоль/л. ОАМ : УВ – 2008, белок - 1.8%, сахара нет, 10 - 15 Эр в п/з. Осмолярность плазмы крови – 225 мосмоль/л. После введения бикарбоната натрия 200.0 в/в развились тонические судороги. **Задание:**

1. Поставьте клинический диагноз? 2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать это состояние? 3. Лечебная тактика?

**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 Нефротический синдром. Дифференциальная диагностика при отечном и мочевом синдроме**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Определение нефротического синдрома(НС).

2. Классификация нефротического синдрома.

3. Заболевания, приводящие к развитию нефритиче­ского синдрома.

4. Патогенез основных клинических проявлений НС

5. Клиническая варианты НС. Варианты течения. Клинические особенности .

6. Лабораторная диагностика.

7. Осложнения НС, отечного и мочевого синдромов.

8. Дифференциальная диагностика при НС.

9. Современная медикаментозная терапия НС, отечного и мочевого синдромов. Диета.

10. Показания к гемосорбции и плазмаферезу

11.Определение отечного синдрома, классификации отеков.

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

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

14.Алгоритм проведения дифференциального диагноза отечного синдрома

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

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

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

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

19.Алгоритм проведения дифференциального диагноза мочевого синдрома и его лечения

20.Осо­бенности терапии основного заболевания при присоединении пораже­ния почек)

**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. **При каких состояниях протеинурия носит функциональный характер:**
63. ортостатическая
64. протеинурия напряжения
65. лихорадочная протеинурия
66. при ожирении
67. все перечисленное
68. **Что вызывает гипоальбуминемия при нефротическом синдроме:**
69. снижение онкотического давления
70. снижение ОЦК
71. активация РААС
72. увеличение реабсорбции натрия почками
73. все перечисленное
74. **К какой группе диуретиков по механизму действия относится фуросемид:**
75. ингибитор карбоангидразы
76. осмотический диуретик
77. петлевой диуретик
78. тиазидный диуретик
79. антагонист минералкортикоидных рецепторов
80. **По каким показателям крови оценивается эффективность гепарина:**
81. по времени свертывания
82. по количеству тромбоцитов в ОАК
83. по АЧТВ
84. фибриногену
85. все перечисленное
86. только а, в
87. **Какие дополнительные свойства гепарина учитываются при назначении его пациентам с НС:**
88. диуретическое действие
89. натрийуретическое действие
90. гипотензивное действие
91. антипротеинурическое действие
92. все перечисленное
93. **Что не относится из изложенного к петлевым диуретикам:**
94. действуют в восходящем отделе петли Генли
95. усиливают выделение из организма преимущественно Na, K, CI
96. усиливают почечный кровоток
97. угнетают карбоангидразу
98. 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. **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 сантипротеинурическим 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. хлорпиазид
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. **Протеинурия, гипопротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для**
92. цистита
93. пиелонефрита
94. почечно-каменной болезни
95. острого гломерулонефрита
96. амилоидоза почек
97. **Клиническая картина венозных тромбозов характеризуется**
98. болями в икроножных мышцах, усиливающимися при пальпации и
99. движении (при тромбозе глубоких вен голеней)
100. нестерпимыми болями в пораженной конечности, усиливающимися при ее возвышенном положении
101. болями в пояснично-крестцовой области, отеком нижней конечности и
102. передней брюшной стенки (при подвздошно-бедренном тромбозе)
103. частым осложнением гангреной конечностей и сепсисом.
104. **Абактериальнаялейкоцитурия может быть:**
105. При туберкулезе
106. Гломерулонефритах
107. Токсико- аллергическом поражении МВП
108. Все ответы неверны
109. Все ответы верны
110. **Появление в моче белка Бенс- Джонса характерно для:**
111. Диабетической нефропатии
112. Подагрической нефропатии
113. Миеломной нефропатии
114. Анальгетической нефропатии
115. Все ответы верны
116. **Какие из признаков несут информацию о функциональных способностях почки:**
117. Содержание белка в моче
118. Изостенурия
119. Снижение клубочковой фильтрации
120. Повышение мочевины
121. Повышение креатинина в плазме
122. **Эритроциты при внепочечной гематурии характеризуются**:
123. Правильной формой
124. Одинаковыми размерами
125. Отсутствием фрагментации и деформации мембраны
126. Все ответы верны
127. Все ответы неверны
128. **Содержание форменных элементов в пробе Ничепоренко определяется:**
129. В поле зрения микроскопия
130. В суточном количестве мочи
131. В 1 мл мочи
132. Все ответы верны
133. Все ответы неверны
134. **Цилиндры в моче наблюдаются при всех заболеваниях кроме:**
135. Пиелонефрит
136. Инфекции нижних МВП
137. Острого гломерулонефрита
138. Хронического гломерулонефрита
139. Тубулоинтерстициальных нефритов
140. **Клубочковая органическая протеинурия связана с :**
141. Потерей отрицательного заряда клубочкового фильтра
142. С повреждением клубочкового фильтра лизосомальными ферментами
143. С внутриклубочковой гипертензии
144. Все ответы верны
145. Все ответны неверны
146. **Преренальная протеинурия наблюдается при всех заболеваниях, кроме:**
147. Рабдомиолиза
148. Нефротического синдрома
149. Миеломной болезни
150. Внутрисосудистого гемолиза
151. МакроглобулинемииВальденстренма
152. **К истинной протеинурией относится**
153. Преренальная
154. Клубочковая
155. Канальцевая
156. Все верны
157. Все неверны
158. **Синдром Гудпасчера характеризуется**
159. Поражение легких
160. Поражение печени
161. С присоединением гломерулонефрита
162. С присоединением пиелонефрита
163. Поражение сосудов
164. **Инициальную и терминальную гематурию легко исключить с помощью**
165. трехстаканной пробы
166. ортостатической пробы
167. биопсия почки
168. Все ответы неверны

**Ситуационные задачи**

**Нефротический синдром**

**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 ртст, 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.

Предположительный диагноз, распишите план обследования, лечения и прогноз пациента

**Задание:**

1. острый пиелонефрит;
2. хронический гломерулонефрит. НС;
3. ГЛПС;
4. туберкулез почек.
5. амилоидоз почек;

**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 ртст, 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:

1. ревматоидный артрит с НС;
2. узелковый периартериит с НС;
3. СКВ, волчаночный нефрит. НС;
4. инфекционный эндокардит, осложнившийся НС;
5. туберкулез почек.

**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:

1. ИБС. АГ. ХСН IIА стадии;
2. ИБС. АГ. Лекарственная нефропатия. НС;
3. ИБС. АГ. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника,обострение;
4. ИБС. АГ. Хронический пиелонефрит, обострение;
5. ИБС. АГ. Манифестный гипотиреоз.

**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.

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

**Задание:**

1. ИБС. АГ. ХСН IIА стадии. СД, 2 тип, ВИЗ, декомпенсация;
2. ИБС. АГ. СД, 2 тип, ВИЗ, декомпенсация. Хронический пиелонефрит, обострение;
3. ИБС. АГ. ХСН IIА стадии. СД, 2 тип, ВИЗ, декомпенсация, диабетическая нефропатия. НС.
4. ИБС. АГ. СД, 2 тип, ВИЗ, декомпенсация. Туберкулез почек.

**Дифференциальная диагностика отечного синдрома.**

**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 ртст, 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 ртст, 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, засчетувеличения мышечного объема голени, кожа левой голени слегка цианотичная, пальпация болезненна. Данные по органам и системам без особенностей. АД 120/80 мм ртст, 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.

**Дифференциальная диагностика при мочевом синдроме**

**Задача№ 12**

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 предв диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача№ 13**

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 № 14**

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 № 15**

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 дыжание 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, общ.белок - 42 г/л; РМП на сифилис, гепатиты отрицат, билирубин общ-8.3 мкмоль/л, холестерин 6,4 ммоль/л. Ревмат. ф-р-отр,С реакт белок- отр., АЛАТ-6, АСАТ-14, гаммаГТ-16.1,АЬР-68.8,АФП-6.8,СА19.9-Оед\мл,СА-15.3-8.7ЕД/МЛ. онкомаркеры в норме.

РМП на сиф отр.

Протромбиновое время-13.1, протром. индекс-104, фибриноген-5.6,

LЕ клетки не обнар.

ПСА-0.7 НГ/мл,

Аутоантител к денатурировssднк в крови положит,аутоантитела к неденатурировdsднкig Остриц, прямая проба Кумбса отриц.

Ревм фактор 3,5 норма, антитела к модифицированному цитруллинированному

виментину не отнаружены.

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 сое тава Зернистый росток составляет 71 % преобладают молодые формы нейтрофилов (ПСИ 1,02) Лимфоциты 13.0 % ядерного состава. Красный росток сужен, сосавляет 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 бакфлоры 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.аключ: эмфизема лёгких. Пневмосклероз. Выпот в синусы.

Рнтгеноскопия 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.

2. Назначьте лечение.

**Задача № 16**

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. Ваш предположительный диагноз?  
2. Какие исследования предлагаете провести для уточнения диагноза?

**Задача № 17**  
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. Ваш диагноз?  
2. Какие лечебные мероприятия показаны? 

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

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических 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. сосискообразнаядефигурация пальцев стоп;
16. сосискообразнаядефигурация 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. глюкокортикостероидывнутрисуставно
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 аналгезируюцее 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:**

Предположительный диагноз, дополнительные методы обследования, тактика 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:**

Предположительный диагноз, дифф. диагноз, дополнительные методы обследования, 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, проведите дифференциальный диагноз.

**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.Предположительный диагноз, 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. Ваш предполагаемый диагноз?  
2.  Какие методы необходимо использовать для обследования пациентки?  
3. Какова будет лечебная тактика в данном случае?

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

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических 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:**

Предположительный диагноз, с какими заболеваниями необходимо проводить дифф. диагноз, 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 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:**

Предположительный диагноз, дополнительные методы обследования, тактика 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:**

Предположительный диагноз, проведите дифференциальный диагноз, дополнительные методы обследования, 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:**

Какой природы суставной синдром у данного больного, проведите дифференциальный диагноз

**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:**

Предположительный диагноз, лечение

**Тема 7 Геморрагические диатезы**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- 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.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Определите тип кровоточивости у данной больной.

3. 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.

Сформулируйте предположительный диагноз.

Какие ожидаются изменения в показателях свертывающей системы крови?

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:**

Сформулируйте предположительный диагноз. Каковы причины данного заболевания?

Укажите тип кровоточивости.

**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:**

Сформулируйте диагноз.

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:**

Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

Составьте план обследования для уточнения диагноза.

**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 Анемии (аутоиммунные, мегалобластные, гипо- и апластические, гемолитические)**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- 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:**

Поставьте диагноз. 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:**

Как вы оцениваете результаты анализов? 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:**

Поставьте диагноз.

**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:**

Поставьте диагноз. 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:**

Какими синдромами обусловлены жалобы

Дальнейшая тактика?

**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:**

Каким синдромом обусловлено данное состояние? Дальнейшая тактика?

**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:**

Каким синдромом обусловлено данное состояние Дальнейшая тактика?

**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:**

Каким синдромом обусловлено,данное, состояние?

Дальнейшая тактика?

**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:**

Какая анемия у данного больного?

Дальнейшая тактика?

**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. 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. Ваш диагноз.  
2.  Каков предположительный механизм вызванной анемии?

**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. Ваш диагноз.  
2. Дальнейшая тактика?

**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 лимфоаденопатии, спленомегалии и гепатолиенальеном синдроме. Доброкачественные гипергаммаглобулинеемия"**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата ,проверкапрактических 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. фуникулярныймиелоз
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. **Какойиз 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 предв. 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. Их результат.

5. Назовите и охарактеризуйте основные синдромы заболевания.

6. Морфологические изменения в исследованиях, верифицирующих диагноз.

7. Механизм изменения биохимических параметров.

8. Обьясните изменения в селезёнке.

9. Имеются ли показания для оперативного лечения у данной больной. Хирургическая тактика в данном случае.

10. Этиофакторы развития данной группы заболевания. Их гигиеническая и социальная значимость.

11. Назначте 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. Назовите и охарактеризуйте основные синдромы заболевания.

5. Обьясните механизм гемморагического синдрома.

6. Роль свёртывающей и антисвёртывающей системы в поддержании гемостаза.

7. Морфологические изменения в исследованиях, верифицирующих диагноз.

8. Имеются ли показания к оперативному лечению у данного больного. Если да, то какие. Хирургическая тактика в данном случае.

9. Факторы риска их социальные и гигиенические аспекты.

10. 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. Сформулируйте предварительный диагноз.

**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.Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования следует провести в данной клинической ситуации?

**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. Какой диагноз наиболее вероятный?

2. Какой метод исследования наиболее информативный в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует проводить дифдиагноз?

**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?

4. Как расценить клиническую ситуацию, по поводу которой больной был доставлен в стационар?

5. Каков может быть цитологический состав пунктата селезенки?

6. Какую морфологическую картину вы ожидаете получить при гистологическом исследовании костного мозга?

7. Каковы возможные исходы эритремии?

8. 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 пунктатетрехотростковая гиперплазия, высокая степень отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов.

**Задание:**

1. Предварительный диагноз.

2. Какое патогенетическое лечение необходимо назначить больному.

3. Определите трудоспособность 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 10 Дифференциальная диагностика и лечения при бронхообструктивном синдроме**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических 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. **Состовляющие, 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. **Бронхоспазмалитики 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**:

О каком синдроме можно думать в данном случае и при каких заболеваниях этот синдром встречается?

**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**:

Ваши суждения о диагнозе.

**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**:

Ваши суждения о диагнозе.

Объясните, почему у больного отсутствует цианоз.

**Задача № 4**

Молодой человек 28 лет жалуется на одышку без кашля, резкое снижение переносимости физических нагрузок. Из анамнеза: редко имеет место кашель со скудной светлой слизистой мокротой. Усиление кашля отмечает лишь в периоды острых респираторных вирусных инфекций. Не курит. В детстве физические нагрузки переносил удовлетворительно, служил в армии. Объективно: дыхание носит характер «пыхтения», цианоз выражен незначительно. Грудная клетка имеет бочкообразную форму с расширенными и выбухающими межреберными промежутками, перкуторно звук над легкими коробочный, ослабленное дыхание с удлинением выдоха. При аускультации сердца тоны в точках выслушивания определяются с трудом, глухие, лучше выслушиваются в эпигастральном углу у мечевидного отростка. Печень опущена, край ее пальпируется на 1,5-2,0 см из подреберья. **Задание**:

Какой диагноз можно предположить в данном случае и какие методы исследования можно применить для подтверждения диагноза?

**Задача № 5**

Больной 50 лет жалуется на затрудненное дыхание, чаще в ночные и утренние часы, дистанционные хрипы, кашель с умеренным количеством трудноотделяемой мокроты. Четкой связи усиления кашля с физической нагрузкой или какими-либо другими факторами не отмечает.Часто в периоды ухудшения состояния (усиление кашля, одышки) принимает антибиотики. Общеклинические методы исследования выявили следующее: удлиненный выдох, сухие хрипы, дистанционные хрипы, свистящее дыхание, коробочный перкуторный звук над легкими.

**Задание**:

Ваши суждения о диагнозе, какие методы исследования необходимо

использовать?

**Задача № 6**

Больной И. 27 лет, диагноз хронический обструктивный бронхит в фазе обострения. Болен с раннего детства, часто переносил острые респираторные вирусные заболевания. В последние 3 года отмечает выделение до 150 мл гнойно-слизистой и гнойной мокроты; ОФВ1-65%.

**Задание**:

С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какой метод исследования наиболее показан в данном случае?

**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**:

Назначьте обследование больному. Какой диагноз можно предполагать у данного больного?

**Задача № 8**

Вызов СМП. Больная 48 лет, возбуждена, в положение Ортопноэ, на расстоянии звучные дыхательные шумы, бледный цианоз. Грудная клетка в положении вдоха, расположение рёбер горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в Г, АД 140/90 мм рт. ст. Живот без/о. со слов родственников приступ удушья начался около 6-7 ч. назад, ингаляция беротека - без эффекта. Диагноз: астматический статус I стадия

**Задание:**

Назначьте лечение

**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 температу-  
ру. 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**:

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

**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**:

Ваш диагноз?

Лечебная тактика?

**Задача №11**

Больная Т., 52 лет, страдает неаллергической бронхиальной астмой средней степени тяжести в течение 8 лет. Для купирования приступов пользуется беротеком Н (100 мкг дважды в день). В последнее время после перенесенного ОРЗ отмечает учащение приступов удушья с увеличением их продолжительности. Потребность в ингаляциях беротеком увеличилась до 8-10 раз в сутки. В поликлинике больной назначен эуфиллин в\в 2,4% 10 мл 2 раза в день. Через 2 дня интенсивность приступов удушья уменьшилась, но появились боли за грудиной, тахикардия с ЧСС 112 в 1 минуту. На ЭКГ единичные наджелудочковые экстрасистолы, признаки ишемии миокарда. АД 110\65 мм рт. ст.

**Задание:**

Чем объясняется появление кардиальных болей и тахикардии? Что необходимо назначить больной? Каковы критерии оценки проводимой бронхолитической терапии?

**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:**

Как расценить комплекс заболеваний пациентки? Каковы возможные причины появления болей в спине? Какие мероприятия необходимы для уточнения диагноза? Можно ли помочь больной? Какие препараты выбрать для лечения гипертензии у такой больной? Чем проводить профилактику возникновения язвы?

**Задача №13**

Больная 3., 62 года. Больна бронхиальной астмой 5 лет, последние 2 года постоянно ингалируетбеклазон (1500 мкг\сут), принимает таблетки преднизолона в поддерживающей дозе 10 мг\сут. В течение последнего года повышается АД до 180М00 мм рт. ст. Больной с гипотензивной целью назначен тенорик по 1 таблетке 2 раза в день. Спустя некоторое время АД нормализовалось, но участились приступы удушья, стали плохо купироваться беротеком.

**Задание:**

С чем связано обострения бронхиальной астмы? Ваши действия? Объясните их.

**Задача№ 14**

Больная Д., 23 лет, страдает атопической формой бронхиальной астмы 7 лет. В детстве был диатез при приеме цитрусовых и шоколада, с-12-летнего возраста - поливалентная аллергия в виде крапивницы, ринита, конъюнктивита. При удушье, возникающем 1 -2 раза в день, использует сальбутамол. Последнюю неделю (в связи с началом цветения деревьев) увеличилась потребность в препарате до 4-5 раз за сутки, причем полного эффекта не наблюдалось (сохранялась некоторая заложенность в грудной клетке).

**Задание:**

Ваша тактика в лечении больной?

**Задача №15**

Больной Ф., 75 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 10 лет. Приступы удушья возникают при переходе из теплого помещения в холодное, купируются обычно ингаляцией беротека или приемом эуфиллина. Полгода назад перенес инфаркт миокарда без р. В настоящее время приступы стенокардии появляются при быстрой ходьбе, быстро купируются в покое или при приеме нитроглицерина. АД 170\90 мм рт. ст., ЧСС - 86 в мин. Ритм синусовый.

**Задание:**

Чем опасен прием теофиллинов у такого больного? Можно ли порекомендовать ему другой препарат для купирования приступов удушья?

Ваш выбор бронхолитика?

Когда лучше больному пользоваться бронхолитическим средством? Что еще необходимо назначить больному?

**Задача № 16**

Больной К., 40 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести. Для профилактики бронхоспазма регулярно получает ингаляции беклазона (250 мкг во вдохе) по 2 вдоха 2 раза в сутки. В ходе лечения появились резко выраженные признаки кандидоза полости рта.

**Задание:**

Изменится ли лечение больного? Обоснуйте ответ.

**Задача №17**

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:**

Что спровоцировало обострение астмы? Ваша тактика лечения больной. Какие рекомендации по приему лекарств и 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 11 Плевриты. Дифференциальная диагностика выпотов в плевральную полость**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических 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.Предположительный диагноз?

2.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. Ближайшая тактика ведения больного.

2. Если при аспирации плевральной жидкости получен будет экссудат, о каких заболеваниях необходимо думать?

3.О каких заболеваниях необходимо думать, если будет получен транссудат?

**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. 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. Решите вопрос о показаниях к проведению диагностической пункции.

**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 Легочное сердце". Защита истории болезни**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- 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 восне, 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.

**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** конкретного больного, выполненная студентом в течение цикла.

**Тема 13 Дифференциальная диагностика при кардиалгическом синдроме. Острый коронарный синдром.**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация причин болей в грудной клетке в клинике внутренних болезней, определение ОКС.

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 синдромаОКС, 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 клеткенейро-эндокринной природы и ИБС.

8. Тактика (алгоритм) действия терапевта при дифференциальной диагностике

болей в грудной клетке, ОКС, некоронарогенных болях. Определение диагностического минимума обследований длядифференциальной 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. Какуюпатологию 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. ахалазиюкардии.
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,кромев,д
57. все,кромег,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-адреностимуляторомизадрином 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 пальпаторной болезненности
4. Купирование боли приемом нитроглицерина
5. Частая иррадиация боли в левое плечо, руку, сопровождающееся
6. нарушениием ее чувствительности
7. **Диагноз спонтанного пневмоторакса слева позволяют поставить:**
8. Сочетание коробочного перкуторного тона с резким ослаблением
9. дыхания
10. Связь боли с дыханием и кашлем
11. Смещение органов средостения вправо
12. Связь боли с одышкой
13. Острое начало заболевания
14. **Для массивной ТЭЛА не характерно:**
15. Загрудинный характер болей
16. Отсутствие одышки
17. Повышении ЦВД
18. Снижение АД
19. Кровохарканье
20. **Наиболее информативным методом диагностики расслаивающей аневризмы**

**грудного отдела аорты является**:

1. Активность ферментов
2. Суточное мониторирование АД
3. Рентгенография
4. Чреспищеводная эхокардиография
5. ЭКГ
6. **Для острого перикардита не характерно:**
7. Локализация боли за грудиной
8. Продолжительность боли не более 3-5 минут
9. Отсутствие эффекта от приема нитроглицерина
10. Тупой.давящий характер боли
11. Шум трения перикарда
12. **Причиной острой нестерпимой боли в области сердца могут быть:**
13. Стенокардия Принцметала
14. Инфаркт миокарда
15. Расслаивающая аневризма аорты
16. ТЭЛА
17. Спонтанный пневмоторакс
18. Все перечисленное
19. **Для кардиалгии при нейро-циркуляторной дистонии не характерно:**
20. Тупая ноющая либо острая колющая боль слева от грудины
21. Сжимающая жгучая боль за грудиной
22. Продолжительность боли секунды или часы
23. Купирование боли валидолом
24. 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,

**Вопросы**.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования.

**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

**Вопросы.**

Сформулируйте предварительный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

**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

**Вопросы.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования.

**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, 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 № 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,  -липопротеиды - 5 г/л

**Вопросы.**

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.

**Вопросы**:

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 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 турбулетный ток в выносящем тракте ЛЖ.

**Вопросы**:

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. Поставьте и обоснуйте диагноз.  
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 ртст, 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**  
Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.  
Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.  
**Задание:**   
1. Поставить диагноз.  
2. Провести дифференциальную диагностику.  
3. Наметить план обследования.  
4. Наметить план лечения.  
Результаты дополнительного обследования:  
ЭКГ: картина острого инфаркта миокарда.  
1. Общий анализ крови: эритроциты – 4,5х1012, лейкоциты – 10,5х109, э. – 0, п. – 6, сегм. – 65, л. – 22, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.  
2. Cвертываемость крови – 3 мин.  
3. ПТИ – 100%.  
4. СРБ+, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 26 Е/л, АЛТ – 18 Е/л.  
5. Рентгенография – прилагается.

**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** Предварительный диагноз

**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 Осложнения инфаркта миокарда**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- 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 ипрофилактика.

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

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 отделениедоставлен 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 вышеперечмсленное
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. Одыка, 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 выслушивающиеся.

**Задание:**

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:**

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:**

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:**

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 реополиглю- кина\* 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.

**Задания**:

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.

**Задания:**

 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.**

Сформулируйте предварительный 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: 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. Больной возбужден, неадекватен.

**Задание:**

Диагноз:

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 15 Нарушения ритма и проводимости**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических 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. Неотложнаяпомощь.

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.Клиническиепроявления.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 признаов 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 отведениях 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 (аукультативно) 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:**

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

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 фибрилляциипредсердий 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,снятая в приемном покое, прилагается.

**Задания:**

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 – Фибриддяция предсердий, тахиситодия, 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 общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои 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.**

Сформулируйте клинический диагноз 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 16 Симптоматические артериальные гипертензии. Дифференциальная диагностика и лечение артериальной гипертензии**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Определение артериальной гипертензии.Диагностика. Факторы, влияющие на прогноз, иоценка 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 длякакого вида гипертензии?**
2. гипертонической болезни
3. САГ
4. нейроциркуляторной вегетодистонии
5. сочетанию п. а, б,
6. сочетанию п.б, в,
7. **В каком возрасте чаще встречается САГ?**
8. до 20 лет
9. 30-40 лет
10. свыше 60 лет
11. верно сочетание п.а, в
12. верно сочетание п.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 печисленное в п. 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 в п.а, б, в, г
26. **Какой механизм развития САГ вследствие приема пероральных контрацептивов ?**
27. содержат адреномиметики и симпатомиметики
28. вследствии 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. вследствии 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. вследствии 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?

Ответ к задаче №7

1.Первичный гиперальдостеронизм

2.Ультразвуковое и (или) радиоизотопное сканирование надпочечников

3.При злокачественной форме артериальной гипертензии, вызванной альдостеромой, проводится хирургическое лечение.

**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.

**Задание:**

А. Установить предварительный диагноз.

Б. Наметить план обследования.

В. Провести дифференциальную диагностику.

Г. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

* ЭКГ - прилагается.
* 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.

**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.

Какой антигипертензивный препарат показан?

**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 раширение 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, иммитирующие 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 нед.: 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 нейроретинопатия.  
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.  
**Вопросы:**  
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.  
**Задание:**  
1. Установить предварительный диагноз.  
2. Наметить план обследования.  
3. Провести дифференциальную диагностику.  
4. Определить тактику лечения.  
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.

**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 17 Кардиомиопатии, миокардиты, миокардиодистрофии**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для устного опроса:

1.Миокардиты. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальнаядиагностика, лечение.

2.Миокардиодистрофия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика,лечение.

3.Кардимиопатии. 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 рестрективнойкардиомиопатии?**
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 крдиомиопатии?**
21. аритмии, головокружение
22. снижение толерантности к физической нагрузке
23. боли в области сердца при физической нагрузке
24. **Как часто встречаются случаи рестрективнойкардиомиопатии 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 выявлениепри 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:**

Сформулируйте диагноз, 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:**

Сформулируйте диагноз, 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:**

Сформулируйте предварительный диагноз. Очертите круг заболеваний для дифференциальной диагностики. 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:**

Сформулируйте предварительный диагноз. Очертите круг заболеваний для дифференциальной диагностики. Составьте план дальнейшего обследования и лечения.

**Задача №5**

БольнойС., 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 ChlamidiaPneumonia и VirusHerpes 1,2 в диагностически значимых титрах.

**Задание:**

Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение.

**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:**

Ваш предварительный диагноз.

План дальнейшего обследования

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 акрацианоз, 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:**

Ваш предварительный диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

**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:**

Ваш предположительный диагноз и дополнительные методы обследования.

**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:**

Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

**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:**

О каком заболевании необходимо думать и 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:**

Какие симптомы были ведущими в описанном выше случае?

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:**

Выскажите Ваше мнение о диагнозе.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз данной больной?

**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 !))/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:**

Выделите ведущий клинический синдром.

Выскажите предположение о диагнозе.

**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:**

Выделите ведущий клинический синдром.

Выскажите ваше предположение о диагнозе.

**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 – acnevulgaris. 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 доплерэхокардиографии 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:**

Выскажите предположение о диагнозе.

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:**

Выскажите предположение о диагнозе, обоснуите его.

Какие дополнительные методы исследования необходимо выпонить.

**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 Инфекционный эндокардит**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических 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).

**Тестовые задания**

1. **Достоверные диагностические критерии инфекционного эндокардита**
2. положительная гемокультура
3. лихорадка
4. аускультативная картина
5. обнаружение вегетаций при ЭХОКГ исследовании
6. верноА 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. **Редрасполагающие 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. верноА 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 эндокардитавозникают 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 верхнихдыхательных 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.

ЭхоКС: трикуспидальнаярегургитация 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.

**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 Перикардиты. Дифференциальная диагностика при сердечных шумах**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- 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.

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. **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.
166. **Какой из клинических симптомов не характерен для недостаточности митрального клапана**
167. ослабление 1 тона,
168. хлопающий 1 тон
169. систолический шум на верхушке и в т.Боткина
170. акцент 2 тона над легочной артерией
171. **Аускультативная картина при митральном стенозе не включает в себя признаки:**
172. усиленный (хлопающий) I тон
173. следующий за II тоном тон открытия митрального клапана
174. диастолический шум с максимумом на верхушке
175. систолический шум с максимумом на верхушке
176. **В норме площадь митрального отверстия составляет кв. см.**
177. 4–6 ,
178. 3-4
179. 6-8
180. 1-2
181. **Причинами легочной гипертензии при митральных пороках, в том числе митральном стенозе, служат:**
182. пассивная передача давления из левого предсердия в систему легочных вен;
183. спазм легочных артериол в ответ на повышение давления в легочных венах;
184. отек стенок мелких легочных сосудов;
185. облитерация легочных сосудов с повреждением эндотелия
186. все вышеперечисленное
187. **Для стеноза устья аорты не характерно:**
188. Хлопающий 1 тон
189. Грубый систолический шум в точке Боткина и втором межреберье справа от грудина
190. Систолическое дрожание в точке Боткина и втором межреберье справа от грудина
191. Иррадиация шума на сосуды шеи
192. **Диастолическое дрожание в третьем-четвертом межреберье слева от грудины характерно для**
193. аортального стеноза
194. митрального стеноза
195. ДМЖП
196. недостаточности трехстворчатого клапана;
197. недостаточности митрального клапана;
198. **Пульс tardus, parvus характерен для:**
199. недостаточности трехстворчатого клапана;
200. недостаточности митрального клапана;
201. недостаточности аортального клапана;
202. стеноза устья аорты;
203. митрального стеноза.
204. **Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:**
205. недостаточности митрального клапана;
206. митрального стеноза;
207. недостаточности аортального клапана;
208. стеноза устья аорты;
209. недостаточности трехстворчатого клапана.
210. **Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:**
211. дилатация правого предсердия;
212. дилатация правого желудочка;
213. гипертрофия правого желудочка;
214. дилатация левого желудочка;
215. гипертрофия левого желудочка.
216. **Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации**:
217. правого предсердии;
218. правого желудочка;
219. левого предсердия;
220. левого желудочка;
221. левого предсердия и правого желудочка.
222. **Кровохарканье чаще всего наблюдается при:**
223. недостаточности митрального клапана;
224. митральном стенозе;
225. недостаточности аортального клапана;
226. стенозе устья аорты;
227. недостаточности трехстворчатого клапана.
228. **Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно для:**
229. недостаточности митрального клапана;
230. недостаточности аортального клапана;
231. митрального стеноза;
232. стеноза устья аорты;
233. недостаточности трехстворчатого клапана.
234. **Усиление систолического шума в области нижней трети грудины в конце**

**форсированного вдоха типично для:**

1. недостаточности митрального клапана;
2. митрального стеноза;
3. недостаточности аортального клапана;
4. стеноза устья аорты;
5. недостаточности трехстворчатого клапана;
6. **ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка наблюдаются при всех перечисленных пороках, кроме:**
7. недостаточности митрального клапана;
8. недостаточности аортального клапана;
9. митрального стеноза;
10. стеноза устья аорты;
11. **Основными этиологическими факторами митрального стеноза являются:**
12. Ревматизм
13. Инфекционный эндокардит
14. Хронический вальвулит
15. Дегенеративная кальцификация фиброзного кольца
16. Обструкция левого атриовентрикулярного отверстия опухолью
17. Все вышеперечисленное
18. **Причинами приобретенной митральной регургитации являются:**
19. Воспалительные поражения створок митрального клапана(ревматизм,СКВ)
20. Дегенеративные изменения створок(кальцификация фиброзного кольца, миксомадозная дегенерация)
21. Инфекционный эндокардит
22. Нарушение целостности хордального аппарата
23. Дилатация фиброзного кольца митрального клапана
24. Гипертрофическая кардиомиопатия
25. Дисфункция протеза
26. Все вышеперечисленное
27. **Наиболее информативным методом выявления митральной, аортальной и трикуспидальнойрегургитации и ее выраженности является:**
28. Электрокардиография
29. Рентгенография грудной клетки в 3 проекциях с контрастированием пищевода
30. Допплерография
31. Одномерная и двухмерная эхокардиография
32. фонокардиография
33. **Для определения степени выраженности митрального стеноза оценивают:**
34. Площадь отверстия митрального отверстия
35. Максимальный градиент давления между левым предсердием и желудочком в диастолу
36. Средний градиент давления между левым предсердием и желудочком в диастолу
37. Все вышеперечисленное
38. **К периферическим симптомам недостаточности аортального клапана не относится:**
39. Низкое диастолическое давление
40. Высокое диастолическое давление
41. Двойной тон Траубе
42. Двойной тон Дюрозье
43. Капиллярный пульс
44. **На каких клапанах сердца при проведении эхокардиографического исследования можно зарегистрировать физиологическую регургитацию на:**
45. аортальном клапане
46. аортальном и трикуспидальном клапанах
47. аортальном и митральном клапанах
48. митральном, трикуспидальном и легочном клапанах
49. легочном клапане

**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 доставлен в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, особенно в ночные часы, вынуждающую пациента садится в постели, приступы сердцебиения, отеки на ногах, увеличение живота.

Болен около двух лет, после тяжелого гриппа стал отмечать появление одышки, слабости, перебоев в работе сердца, отеков. В поликлинике установлен диагноз “ИБС”, назначены сердечные гликозиды, нитраты и мочегонные. Эффект от терапии был незначительным, пациент самовольно прекратил прием лекарств. Последние 6 месяцев не работал. В анамнезе — многолетнее злоупотребление алкоголем.

Объективно: состояние больного тяжелое, положение вынужденное - ортопноэ, кожные покровы бледные, выраженный акроцианоз. Массивные отеки нижних конечностей, поясницы, передней брюшной стенки, асцит. ЧДД — 24 в мин. Над легкими — укорочение перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон, нижние границы легких на 2 ребра выше нормы , при аускультации — дыхание ослабленное, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы.. Пульс 96 в мин, аритмичный, АД — 110/70 мм рт. ст. Границы сердца: правая на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая — по переднеподмышечной линии, верхняя — на 3-ем ребре. ЧСС — 108 в мин. Тоны приглушены, аритмичные, на верхушке I тон ослаблен, на верхушке и над мечевидным отростком выслушивается систолический шум. Живот увеличен, провести пальпацию и определить размеры печени невозможно из-за напряженного асцита.

ОАК. Эр.-4,0 х 1012, Нв - 120 г/л, ЦП - 0,94, Лейкоциты - 7,6 х 109, П - 3, С - 55, Л - 30, М - 8, СОЭ - 9- мм/ч.

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дальнейшего обследования больного

**Задача № 7**

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 № 8**

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 № 9**

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 № 10**

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 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 № 11**

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 № 12**

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 № 13**

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 № 14**

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.

**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**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических 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.мт, 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.мт, 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.мт, 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 вмин, выдох удлинен, выслушиваются свистящие хрипы. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД 60/20 мм рт. ст., пульс 160 в мин, нитевидный.

**Задание.**

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 вмин, АД 70/30 мм рт. ст.

**Задание.**

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.

**Задания.**

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.

**Задания.**

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.

**Задания.**

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.

**Задания.**

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 +.

**Задание :**

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, высокодискантных 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. **Задание:**

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%, палочко-ядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч. Газовый состав крови р02 - 55 мм; рС02 - 45 мм.

**Задание:**

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.

*…………………………………………………………………………………………………*

**Модуль*№ 2 «Клиническая фармакология»***

**Тема 1Общие вопросы клинической фармакологии.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Цель и задачи клинической фармакологии

2. Определение фармакокинетики. Путь введения, механизм всасывания, характер связи с белками плазмы крови, биотрансформация в организме лекарственных средств, феномен “первого прохождения”, распределение, клиренс, пути и скорость выведения, период полувыведения, биодоступность, биоэквивалентность.

3. Динамика фармакокинетических параметров в зависимости от пола, функционального состояния сердечнососудистой, нейроэндокринной, мочеполовой, бронхолегочной, пищеварительной, костно-мышечной систем, гемостаза и гомеостаза. Особенности ФК ЛС в различные возрастные периоды (плод, период новорожденности, дети, , у беременных и лактирующих женщин.

4. Понятие о фармакодинамике. Понятия ФД, рецепторы, мессенджеры, механизм действия, селективность, стереоизомеры, полные и частичные агонисты и антагонисты. Терапевтический индекс, клинический эффект. Связь механизма действия и фармакологического эффекта. Определение основных понятий: фармакологический, клинический эффекты, побочное действие лекарственных средств.

5 Современные методы оценки действия ЛС, требования к ним. Действие ЛС при однократном и курсовом применении. Значение фармакологических проб в выборе ЛС и определение рационального режима их дозирования (разовая, суточная, курсовая дозы; кратность применения). Значение острого лекарственного теста.

6.Механизмы возникновения и методы прогнозирования возможного развития побочных эффектов у больного (фармакодинамическое, токсическое, аллергическое, парамедикаментозное), особенности клинического проявления (по тяжести, распространенности и характеру поражения органов и систем).

7 Зависимость побочного действия лекарственных средств от пути введения, дозы, длительности их применения. Зависимость проявлений побочных действий лекарственных средств от возраста.

8.Принципы оказания помощи при развитии побочного действия лекарственных средств в зависимости от характера клинической картины и тяжести их проявлений.

9.Взаимодействие ЛС. Типы взаимодействия ЛС. Примеры.

10.История фармакогенетики. Основные методологические подходы фармакогенетики. Научно-практические задачи фармакогенетики. Медико-генетические, биохимические, фармакологические методы, используемые в фармакогенетике. Фармакогенетика и фармакогеномика. Перспективы генотерапии, фармакологические ограничения. Фармакогенетические исследования: фенотипирование и генотипирование.

**Тестовые задания**

1. **Фармакокинетика - это:**
2. изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств
3. изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств
4. изучение токсичности и побочных эффектов
5. методология клинического испытания лекарств
6. **Какие существуют виды абсорбции в ЖКТ:**
7. фильтрация
8. диффузия
9. активный транспорт
10. пиноцитоз
11. все виды
12. **Результатом высокой степени связывания препарата с белками плазмы является:**
13. уменьшение Т 1/2
14. повышение концентрации свободной фракции препарата
15. снижение концентрации свободной фракции препарата
16. **Какие препараты больше подвергаются метаболизму в печени:**
17. липофильные
18. гидрофильные
19. липофобные
20. **Фармакодинамика включает в себя изучение следующего:**
21. эффекты лекарственных средств и механизмы их действия
22. абсорбцию и распределение лекарств
23. метаболизм лекарств
24. выведение лекарств
25. всё перечисленное
26. **Какие факторы влияют на кишечную абсорбцию:**
27. рН желудочного сока
28. васкуляризация
29. моторика
30. состояние микрофлоры кишечника
31. все перечисленные
32. **Препараты, оказывающие однонаправленное действие, называются:**
33. агонистами
34. синергистами
35. антагонистами
36. **Если первичную мочу сделать более щелочной, то:**
37. экскреция слабых кислот уменьшится
38. экскреция слабых кислот увеличится
39. экскреция слабых оснований увеличится
40. увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований
41. экскреция не изменится
42. **Какие препараты приводят к индукции ферментов в печени:**
43. фенобарбитал, рифампицин
44. циметидин, эритромицин
45. амиодарон, ципрофлоксацин
46. **Какие факторы влияют на период полувыведения:**
47. почечный и печёночный клиренс
48. биодоступность
49. скорость распределения
50. связь с белком
51. **Какие факторы фармакокинетики изменяются в пожилом возрасте:**
52. всасывание
53. объём распределения
54. почечная экскреция
55. метаболизм
56. всё перечисленное
57. **Изменяется ли объём распределения лекарственных препаратов при хронической сердечной недостаточности:**
58. уменьшается
59. повышается
60. не изменяется
61. **Биодоступность - это:**
62. процент вещества, выделенного из организма
63. процент вещества, достигшего системного кровотока
64. эффективная доза препарата, оказывающая оптимальный терапевтический эффект
65. **Лекарства преимущественно связываются в плазме с:**
66. альбуминами
67. глобулинами
68. фибриногеном
69. мукопротеинами
70. трансферрином
71. **Терапевтический индекс указывает диапазон между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами:**
72. да
73. нет
74. **От чего зависит биодоступность:**
75. всасывания и связи с белком
76. всасывания и пресистемного метаболизма
77. экскреции почками и биотрансформации в печени
78. объёма распределения
79. всего вышеперечисленного
80. **Что такое период полувыведения (Т 1\2):**
81. время выведения препарата из организма
82. время снижения концентрации препарата в плазме на 50%
83. снижение скорости выведения на 50%
84. время достижения терапевтической концентрации
85. **На почечную экскрецию влияют:**
86. уровень клубочковой фильтрации
87. уровень канальцевой реабсорбции
88. уровень канальцевой секреции
89. всё вышеперечисленное
90. **Что является результатом биотрансформации лекарств в печени:**
91. образование активных метаболитов
92. образование неактивных метаболитов
93. образование токсических продуктов
94. всё вышеперечисленное
95. **Биотрансформация препарата приводит к:**
96. меньшей степени ионизации
97. меньшей жирорастворимости
98. снижению связывания с белком
99. **Как изменится почечная экскреция в пожилом возрасте:**
100. не изменится
101. повысится
102. понизится
103. **Более высокий уровень концентрации препарата в плазме при сублингвальном введении, чем пероральном объясняется тем, что:**
104. лекарство не подвергается пресистемному метаболизму
105. лекарство не связывается с белками плазмы
106. лекарства не связываются с тканями
107. **Эффекты препарата, развивающиеся независимо от дозы или фармакодинамических свойств, называются:**
108. токсические
109. аллергические
110. фармакодинамические
111. **Высокий объём распределения свидетельствует:**
112. о высоких концентрациях свободного препарата в плазме
113. о высоких концентрациях препарата в тканях
114. о высоких концентрациях связанного препарата в плазме
115. о низких концентрациях препарата в тканях
116. **Если эффект двух лекарств превышает сумму из отдельных эффектов, то это называется:**
117. антагонизм
118. суммарный эффект
119. аддитивный эффект
120. потенцирование
121. **В понятие элиминации препарата входит:**
122. всасывание
123. распределение
124. экскреция
125. связь с белком
126. **При каком способе введения лекарств биодоступность будет максимальной:**
127. пероральном
128. сублингвальном
129. внутримышечном
130. внутривенном
131. ректальном
132. **Что входит в понятие фармацевтическое взаимодействие:**
133. вытеснение препарата из связи с белком
134. ингибирование метаболизма в печени
135. инактивация препаратов в инфузионном растворе
136. торможение всасывания лекарств
137. **Укажите заболевание, при котором снижается связывание препаратов с белками плазмы:**
138. ишемическая болезнь сердца
139. острые инфекции
140. цирроз печени
141. бронхиальная астма
142. **Какой из факторов влияет на почечный клиренс препаратов:**
143. пол
144. вес
145. почечный кровоток
146. гипертензия
147. **Какие факторы приводят к ускорению метаболизма лекарственных средств:**
148. курение
149. пожилой возраст
150. хроническое употребление алкоголя
151. **Как изменится Т1/2 для гидрофильных препаратов при заболеваниях печени:**
152. увеличивается
153. уменьшается
154. не изменится
155. **Какой фактор приводит к замедлению метаболизма лекарств:**
156. курение
157. пожилой возраст
158. однократное употребление алкоголя
159. **Как изменится Т 1/2 для гидрофильных препаратов при заболеваниях почек:**
160. увеличится
161. уменьшится
162. не изменится
163. **Что такое синдром отмены:**
164. положительное действие лекарственного средства
165. снижение эффекта препарата при его отмене
166. ответная реакция организма на отмену препарата
167. усиление эффекта препарата при его отмене
168. **Какие факторы уменьшают всасывание препаратов в ЖКТ:**
169. запор
170. приём антацидов
171. приём холинолитиков
172. хорошее кровоснабжение стенки кишечника
173. **Ингибитором печёночного метаболизма является:**
174. циметидин
175. нитраты
176. рифампицин
177. фенобарбитал
178. **Аутоиндукция вызывает:**
179. повышение эффективности препарата при повторном применении
180. инактивация препарата другим лекарственным средством
181. увеличение активности препарата при первом введении
182. снижение эффективности препарата при повторном применении
183. **Что такое равновесная концентрация:**
184. состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого препарата
185. максимальная концентрация после введения препарата
186. концентрация перед очередным введением препарата
187. средняя концентрация после введения препарата
188. **Укажите, где происходит всасывание большей части лекарств:**
189. в ротовой полости
190. в пищеводе
191. в желудке
192. в тонком кишечнике
193. в толстом кишечнике
194. **Действие препаратов, имеющих связь с белками плазмы более 90%, при уменьшении связи:**
195. увеличивается
196. уменьшается
197. не изменяется
198. **Препараты с высокой липофильностью характеризуются всем вышеперечисленным, кроме:**
199. выводятся почками в неизменном виде
200. хорошо всасываются в ЖКТ
201. метаболизируются в печени
202. хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер.

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**.

Пациентке 63 лет, страдающей железодефицитной анемией, принимающей железа сульфат 320 мг 2 раза в сутки внутрь, в связи с обострением хронического пиелоцистита, назначен ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки внутрь. Пациентка принимала оба препарата одновременно. Через 5 дней приема ципрофлоксацина сохраняется субфебрильная лихорадка, поллакиурия, в клиническом анализе мочи сохраняется лекоцитурия, бактериурия. По данным бактериологического анализа мочи выделена Escherichia coli в титре 107 , чувствительная к ципрофлоксацину.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина не эффективности терапии ципрофлоксацином?

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с ципрофлоксацином по подобному механизму? 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациентки.

**Задача №2.**

У пациента 30 лет с эпилепсией ( в анамнезе генерализованные тонико-клонические припадки) в стадии ремиссии, постоянного принимающего фенобарбитал в подобранной дозе 100 мг 2 раза в сутки внутрь ( по данным терапевтического лекарственного мониторинга минимальная равновесная концентрация ,20 мг/л), была выявлена язва двенадцетиперстной кишки, в связи с чем назначен омепразол 20 мг 2 раза в сутки. Через 2 недели терапии омепразолом у пациента возник приступ генерализованных тонико-клонических судорог, при этом по данным терапевтического лекарственного мониторинга, минимальная равновесная концентрация фенобарбитала составляла 2 мг/л.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина снижение противосудорожной эффективности терапии фенобарбитала?

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с фенобарбиталом по подобному механизму? 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача №3.**

Пациентке 54 лет, страдающей сахарным диабетом 2 типа среднетяжелого течения в стадии компенсации, принимающей глибенкламид 3,5мг 2 раза в сутки внутрь (перед завтраком и перед ужином), в сйязи с обострением хронического гастрита казначеи фамотидин 20 мг 2 раза в сутки внутрь в это же время. Через 5 дней терапии фамотидином пациентка отмечает периодически возникающие эпизоды резкой слабости, сердцебиения, мышечной дрожи, при этом уровень глюкозы составлял 2,6 ммоль/л.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина гипогликемии у данной пациентки?

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с глибенкламидом по подобному механизму? 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациентки.

**Задача 4.**

Пациентка 68 лет, с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II функционального класса, постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия 3 степени очень высокого риска, мерцательная аритмия постоянная тахисистолическая форм, НК II функционального - класса (по,, NYHA), принимает ацетилсалициловую кислоту 125 мг в сутки (днем), метопролол 25 мг 2 раза в сутки (утром и днем), изосорбидадинитрат 20 мг 2 раза в сутки (утром и днем), триметазидин 10 мг 3 раза в сутки, эналаприл 20 мг 2 раза в сутки, дигоксин 0,125 мг 2 раза в сутки (утром и вечером), фуросемид 40 мг 1 раз в неделю (утром натощак), ловастатин 20 мг сутки (на ночь), настойка травы пустырника 1 ст. ложка на ночь. На фоне терапии состояние пациентки стабильное. В связи с острым бронхитом пациентка участковым врачом назначен эритромицин 500 мг 4 раза в сутки. На 5 день приема эритромицина пациентка отметила снижение аппетита, тошноту, на ЭКГ-мерцание предсердий, частая желудочковая экстрасистолия, уровень дигоксина в плазме крови-3 мкг/л.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина возникновения симптомов гликозилной интоксикации у данной пациентки? 2..Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Каковы факторы риска межлекарственного взаимодействия у данной пациентки?

4.Предложите дальнейшую тактику ведения пациентки.

**Задача №5.**

Женщине 25 лет, принимающей трехфазный гормональный контрацептив три-регол, в связи с урогенитальным хламидиозом назначен доксициклин 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. Через 1 месяц после начала антибактериальной терапии женщина забеременела.

**Вопросы:**

1. Какая наиболее вероятная причина устранения контрацептивного эффекта у данной пациентки? 2 .Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

З.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия? 4 .Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с доксициклином по подобному механизму?

**Задача №6.**

Пациенту 56 лет с постоянной формой мерцательной аритмии, принимающему дигоксин 0,125 мг 2 раза в сутки (утром и вечером) в связи с неудолетварительнымконтролем ЧСС (ЧСС в покое 100 в минуту, при физической нагрузке 130 в минуту) назначен верапамил 40 мг 3 раза в сутки внутрь. Через 5 дней после назначение верапамила пациент предъявляет жалобы на тошноту, рвоту на ЭКГ- мерцательная аритмия, ЧСС 50, A-V- блокада II степени, корытообразная депрессия сегмента ST ио всем отведениям, уровень дигоксина в плазме крови- 3 мкг/л (терапевтический диапазон до 1-2 нг/мл).

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина возникновения симптомов глизидной интоксикации у данного пациента?

2.Каков механизм возможного межпекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с дигоксином по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача №7.**

Для купирования приступа мигрени невропатологи применяют комбинацию ацетилсалициловой кислоты в дозе 500 мг и метокпопрамида в дозе 10 мг.

**Вопросы:**

1.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия, лежащего в основе данной рациональной комбинации?

2.Всасывание, каких еще лекарственных средств усиливается при их совместном применении с метоклопрамвдом?

3.Всасывание, каких лекарственных средств угнетается при их совместном применении с метоклопрамидом и почему?

**Задача №8.**

Пациенту 49 лет, с протезированным митральным клапаном, принимающему варфарин в дозе 7,5 мг в сутки (по даннымкоагулограммы MHO 3), в связи с обострением подагрического артрита назначен фенилбутазон у больного возникло носовое кровотечение, макрогематурия, по данным коагулограммы МНО-6.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина возникновения кровотечения у данного пациента?

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с варфарином по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача №9.**

За период с 1998 по 2000 годы FDA сняло с регистрации блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов астемизол и терфенадин, прокинетикцизаприд. Причиной отмены регистрации являлись случаи возникновения опасного для жизни нарушения ритма (желудочковой тахикардии по типу пирует) при их совместном применении с макролидами и противогрибковыми средствами (клотримазолом, кетоконозолом). В то время как ранее данная нежелательная лекарственная реакция наблюдалась лишь при передозировке астемизола, тефренадина и цизаприд.

**Вопросы:**

1.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

2.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

3.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с астемизолом, терфенадином и цизапридом по подобному механизму?

**Задача №10.**

Пациентке 45 лет, принимающей карбамазепин по поводу невралгии тройничного нерва, в связи с артериальной гипертензией назначена пролонгированная лекарственная форма верапамила в дозе 240 мг в сутки. Несмотря на прием верапамила у пациентки сохранялось повышенное АД.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина неэффективности верапамила у данной пациентки?

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще антигипертензивные лекарственные средства могут взаимодействовать с карбамазепином по подобному механизму.

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациентки.

**Задача №11.**

Пациент 52 лет, страдающий артериальной гипертензией и депрессией, в течение 2-х недель принимал метопролол 25 мг 2 раза в сутки (утром и вечером) совместно с флуоксетином 20 мг 1 раз в сутки (утром). Обратился с жалобами на периодически возникающие эпизоды резкой слабости, сопровождающиеся гипотонией и брадикардией. На ЭКГ зарегистрирована брадикардия, A-V-блокада II степени.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина развития гипотонии, брадикардии и A-V- блокада II степени у данного пациента.

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия.

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с метопрололом по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача №12.**

Пациенту 63 лет в связи с обострением хронического обструктивного бронхита назначена пролонгированная форма теофиллина 300 мг в сутки, ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в сутки, амброксол 30 мг 3 раза в сутки. Через 3 дня после начала терапии у пациента возникает тошнота, рвота, головная боль, сердцебиение, на ЭКГ- синусовая тахикардия, уровень теофиллина в плазме крови- 30 мг/л

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина развития интоксикации теофиллином?

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с теофиллином по подобному механизму. 5 .Предложите дальнейшую тактику ведения пациента

**Задача №13.**

Пациент 60 лет, страдающий гиперлипидемией, принимает в течение 1 месяца правастатин 20 мг 1 раз в сутки (на ночь). В связи с неэффективностью добавлен гемфиброзил 600 мг 2 раза в сутки. Через 7 дней после начала терапии гемфиброзилом обратился с жалобами на боли в мышцах, мышечную слабость, в биохимическом анализе крови - повышение уровне КФК до 1200 ME, МВ-КФК в пределах нормы (5 ME).

**Вопросы:**

1 .Какая наиболее вероятная причина развития рабдомиолиза?

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с правастатином по подобному механизму?

5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача №14.**

Пациентка 50 лет, страдающая ревматоидным артритом, принимает в течение 3 месяцев метотрексат 15 мг 1 раз в неделю, диклофенак в виде ретардированной формы 50 мг 1 раз в сутки. В связи с усилением болевого синдрома доза диклофенака увеличена до 150 мг 1 раз в сутки. Через 2 недели отметила появление слабости, головной боли, бледность кожных покровов и слизистых,

в общем анализе крови- анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина миелотоксичности?

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

4.Какие еще лекарственные средства могут взаимодействовать с метотрексатом по подобному механизму? 5.Предложите дальнейшую тактику ведения пациента.

**Задача №15.**

Пациент 69 лет с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения III функционального класса, постинфарктный кардиосклероз, НК III функционального класса ( по NYHA), постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту 125 мг 1 раз в сутки (днем), эналаприл 10 мг 2 раза в сутки ( утром и вечером), карведилол 12,5 мг 2 раза в сутки (утром и вечером), спиронолоактон 25 мг 1 раз в сутки (утром), фуросемид 40 мг 2 раза в неделю (утром натощак). В связи с суставным синдромом назначен напроксен 500 мг 2 раза в сутки (утром и вечером). Через 1 месяц после начала приема напроксена, госпитализирован в связи с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.

**Вопросы:**

1.Какая наиболее вероятная причина развития декомпенсации хронической сердечной недостаточности?

2.Каков механизм возможного межлекарственного взаимодействия?

3.Как можно было бы избежать данного межлекарственного взаимодействия?

**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 2Клиническая фармакология гипотензивных, антиангинальных, антитромботических средств, статинов**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация антигипертензивных лекарственных средств.
2. Фармакодинамика и фармакокинетика отдельных групп антигипертензивных  
   лекарственных средств (иАПФ, АРАII, антагонисты Са, β-адреноблокаторы, диуретики, α-адреноблокаторы, препараты центрального действия )
3. Побочные эффекты, противопоказания к использованию, комбинация друг с другом и с препаратами из других фармакологических групп.
4. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности, побочные эффекты антитромботических средств:

А. Антиагрегантные препараты (ингибиторы ЦОГ, тиенопиридины, антагонисты рецепторов IIb\IIIa)

Б. Антикоагулянты (прямые антикоагулянты и антикоагулянты непрямого действия).

С. Фибринолитики

5. Классификация антиангинальных ЛС

6. КФ нитратов. Побочные эффекты, противопоказания к использованию, комбинация друг с другом и с препаратами из других фармакологических групп.

7. Ивабрадин- показания для назначения. ФК, ФД, показания, побочные эффекты, противопоказания

8. Классификация гиполипидемических препаратов. КФ статинов.

**Тестовые задания**

**“Гипотензивные”**

1. **Укажите, какой из нижеперечисленных эффектов не характерен для верапамила:**
2. гепатотоксичность
3. отрицательный инотропный эффект
4. тахикардия
5. AV-блокада
6. запоры
7. **Какой из перечисленных препаратов не повышает атерогенность плазмы крови:**
8. фуросемид
9. нифедипин
10. диакарб
11. гипотиазид
12. пропранолол
13. **Выберите гемодинамические эффекты нифедипина:**
14. отрицательное инотропное действие, уменьшение ЧСС
15. повышение сердечного выброса, снижение ЧСС
16. увеличение ЧСС, дилатация венул
17. увеличение ЧСС, дилатация артериол
18. **Какой из препаратов не вызывает повышение активности ренина плазмы:**
19. празозин
20. гипотиазид
21. эналаприл
22. метопролол
23. **Какое свойство отличает каптоприл от эналаприла:**
24. способность вызывать дилатацию артериол
25. зависимость всасывания от приёма пищи
26. отсутствие влияния на углеводный обмен
27. возникновение побочного эффекта в виде кашля
28. отсутствие влияния на липидный обмен
29. **Какое лекарственное средство способно повысить концентрацию пропранолола**:
30. фенобарбитал
31. циметидин
32. рифампицин
33. лабетолол
34. **Какой препарат вызывает синдром отмены:**
35. нифедипин
36. пропранолол
37. каптоприл
38. гипотиазид
39. **Какой из препаратов даст наименьшие колебания артериального давления в течение суток:**
40. нифедипин
41. амлодипин
42. верапамил
43. нифедипин-ретард
44. **Укажите факторы, повышающие гипотензивное действие каптоприла:**
45. низкая активность ренина плазмы
46. гипонатрийемия
47. повышенное содержание катехоламинов
48. гипернатрийемия

**10. Приёмом какого препарата под язык можно купировать эпизоды подъёма АД:**

1. каптоприл
2. гипотиазид
3. атенолол
4. рамиприл
5. фуросемид
6. **Какой нежелательный эффект возникает сразу после внутривенного введения клофелина:**
7. нарушения ритма
8. кратковременное повышение АД
9. резкое снижение АД
10. AV-блокада
11. **Празозин целесообразно сочетать с:**
12. нифедипином
13. гидралазином
14. метопрололом
15. нитропруссидом натрия
16. **Выберите вазодилататор, не вызывающий тахикардии:**
17. эналаприл
18. празозин
19. нифедипин
20. пропранолол
21. **Чем объясняется быстрый эффект фуросемида внутривенно при гипертоническом кризе:**
22. диуретическим действием
23. натрийуретическим действием
24. дилатацией артерий и вен
25. снижением уровня ренина
26. **Какое гипотензивное средство вводится в неактивной форме:**
27. клофелин
28. эналаприл
29. нифедипин
30. метополол
31. **Какой вид синергизма вызывает совместное назначение рамиприла и гипотиазида:**
32. суммация эффектов
33. потенцирование
34. аддитивное действие
35. сенситизация
36. **Какой препарат образует длительно действующие метаболиты:**
37. каптоприл
38. нифедипин
39. рамиприл
40. верапамил
41. клофелин
42. **Гипотензивный эффект клофелина при приёме под язык наступает через:**
43. 10 мин
44. 1,5 часа
45. 3 часа
46. 30 минут
47. **Выберите препарат, купирующий тахикардию, вызванную артериолярными вазодилататорами:**
48. верапамил
49. пропранолол
50. дилтиазем
51. дигоксин
52. **Какой препарат вызывает задержку жидкости при длительном приеме:**
53. каптоприл
54. нифедипин
55. пропранолол
56. клофелин
57. **Почему доза верапамила внутрь для достаточного гипотензивного эффекта должна быть высокой:**
58. из-за выраженного пресистемного метаболизма
59. из-за медленного наступления эффекта
60. из-за небольшого Т 1\2
61. из-за быстрого выведения препарата
62. **Для полного проявления гипотензивного эффекта β - адреноблокаторов требуется:**
63. 2 часа
64. 24-48 часов
65. 3-5 дней
66. 10-14 дней
67. **Чем в основном обусловлен гипотензивный эффект нифедипина:**
68. снижением сердечного выброса
69. уменьшением периферического сосудистого сопротивления
70. уменьшением объёма циркулирующей крови
71. снижением активности ренина плазмы
72. **Гипотензивное действие нифедипина при приёме рег оs развивается через:**
73. 10 минут
74. 30 минут
75. 4 часа
76. 6 часов
77. **Укажите побочный эффект, не характерный для каптоприла:**
78. сухой кашель
79. гипергликемия
80. протеинурия
81. нейтропения

диспептические расстройства

1. **Гипотензивный эффект какого препарата тормозит применение нестероидных противовоспалительных средств:**
2. β - блокаторов
3. клофелина
4. антагонистов кальция
5. ингибиторов АПФ
6. **Чем проявляется феномен первой дозы при приёме празозина:**
7. кратковременным повышением АД
8. ортостатической гипотонией
9. снижением сердечного выброса
10. резким увеличением ЧСС
11. **Какое из гипотензивных средств не проникает через ГЭБ:**
12. пропранолол
13. клофелин
14. атенолол
15. эналаприл
16. **Что является абсолютным противопоказанием для назначения β - блокаторов:**
17. пожилой возраст
18. хроническая сердечная недостаточность
19. бронхиальная астма
20. импотенция
21. **Какой препарат противопоказан при гипертоническом кризе с выраженной тахикардией:**
22. клофелин
23. каптоприл
24. нифедипин
25. **Какой препарат не следует назначать при сниженной функции почек:**
26. фозиноприл
27. фуросемид
28. нифедипин
29. гипотиазид
30. **Какой положительный эффект вызовет сочетание нифедипина с пропранололом:**
31. устранение тахикардии
32. усиление положительного инотропного действия
33. усиление седативного эффекта
34. улучшение антиаритмических свойств
35. **Чем объясняется развитие тахикардии при приёме артериолярных вазодилататоров:**
36. повышением активности ренина
37. повышением активности симпатоадреналовой системы
38. симпатолитическим действием
39. холинолитическим действием
40. **Какой препарат вызывает наиболее быстрый гипотензивный эффект при сублингвальном приёме:**
41. нифедипин
42. каптоприл
43. клофелин
44. атенолол
45. фуросемид
46. **Действие клонидина обусловлено:**
47. блокадой β1 - рецепторов
48. активацией центральных α2-рецепторов
49. блокадой α1- и α2-рецепторов
50. селективной блокадой постсинаптических α1-рецепторов
51. **Одним из гипотензивных механизмов β - блокаторов является:**
52. снижение активности ренина плазмы
53. блокада ангиотензиновых рецепторов
54. торможение сосудодвигательного центра
55. **К какому эффекту приводит одновременное назначение нифедипина и празозина:**
56. усиление тахикардии
57. усиление задержки жидкости
58. увеличение сосудистого сопротивления
59. гиперлипидемия
60. **Чем обусловлено действие лозартана:**
61. блокадой β1-рецепторов
62. активацией центральных α2-рецепторов
63. ингибированием АПФ
64. блокадой ангиотензиновых рецепторов
65. **Для какого препарата не характерно развитие ортостатической гипотонии:**
66. клофелин
67. бензогексоний
68. празозин
69. бисопролол
70. **Какой из гипотензивных препаратов повышает уровень дигоксина в крови:**
71. фуросемид
72. каптоприл
73. лозартан
74. верапамил
75. **Каким механизмом обусловлен дополнительный вазодилатирующий эффект карведилола:**
76. блокада α1 - рецепторов
77. стимуляция α1 - рецепторов
78. стимуляция β2-рецепторов
79. прямой миотропный эффект
80. **Механизм гипотензивного действия периндоприла обусловлен:**
81. блокадой α1-рецепторов
82. блокадой β1 - адренорецепторов
83. блокадой синтеза ренина
84. блокадой АПФ
85. **В чём выражается феномен “первой дозы” для каптоприла:**
86. нарушение периферического кровообращения
87. увеличение ЧСС
88. временное повышение АД
89. гипотония
90. **С какими диуретиками целесообразно сочетать эналаприл при артериальной гипертензии:**
91. К+ - сберегающими
92. тиазидными
93. осмотическими
94. **Сочетанное применение мочегонных и β - адреноблокаторов приводит к:**
95. повышению атерогенности плазмы
96. тахикардии
97. нейтропении
98. задержке жидкости
99. **Совместное назначение β - адреноблокаторов и пероральных сахароснижающих может вызвать:**
100. потенцирование гипогликемического действия
101. снижение сахароснижающего действия
102. отсутствие взаимодействия
103. **К снижению активности ренина плазмы приводит:**
104. лозартан
105. каптоприл
106. гипотиазид
107. пропранолол
108. **Почему β -адреноблокаторы противопоказаны при феохромоцитоме:**
109. повышают активность ренина плазмы
110. задерживают жидкость
111. относительно увеличивают активность α - рецепторов
112. способствуют росту опухоли
113. **Лекарством выбора при купировании гипертонического криза среди диуретиков является:**
114. гипотиазид
115. фуросемид
116. спиронолактон
117. триамтерен
118. **Чем обусловлена целесообразность сочетания каптоприла и диуретиков при лечении артериальной гипертензии:**
119. каптоприл уменьшает стимулирующее влияние диуретиков на РААС
120. диуретики устраняют задержку жидкости, вызванную каптоприлом
121. диуретики устраняют гипокалийемию, вызванную каптоприлом
122. **Выберите препарат для приема под язык при неосложненном гипертоническом кризе:**
123. каптоприл
124. рамиприл
125. бисопролол
126. фуросемид
127. **Отметьте наиболее приемлемый диуретик для длительного контроля артериального давления:**
128. фуросемид
129. диакарб
130. индапамид
131. триамтерен
132. **Выберите рациональную комбинацию гипотензивных:**
133. нифедипины+α-адреноблокаторы
134. β-адреноблокаторы+ верапамил
135. ИАПФ+нифедипины
136. ИАПФ+ блокаторы рецепторов к ангиотензину II
137. **Какой побочный эффект β - блокаторов усиливается при сочетании с тиазидными диуретиками:**
138. атерогенное действие
139. гипокалийемия
140. снижение функции почек
141. отрицательное хронотропное действие

**“КФ препаратов для лечения ХСН”**

1. **Какое внутриклеточное изменение не вызывают сердечные гликозиды:**
2. ингибирование К+-Na+-АТ фазы
3. снижение содержания ионов кальция
4. повышение содержания ионов Na
5. снижение содержания ионов калия
6. **Выберите гидрофильный гликозид:**
7. строфантин
8. целанид
9. дигоксин
10. дигитоксин
11. **Всасывание какого препарата снижается при приёме пищи?**
12. козаара
13. эналаприла
14. строфантина
15. фуросемида
16. всех перечисленных
17. **Отметьте эффекты сердечных гликозидов:**
18. отрицательный хронотропный, аритмогенный
19. отрицательный дромотропный, вазодилатация
20. отрицательный хронотропный, диуретический
21. все перечисленные
22. **Укажите продолжительность мочегонного действия гипотиазида:**
23. 6 часов
24. 12 часов
25. 18 часов
26. 24 часа
27. **Укажите причину толерантности к диуретикам при длительном приёме:**
28. аутоиндукция в печени
29. повышение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
30. быстрое разрушение
31. снижение активности симпатической нервной системы
32. **Какая из аритмий чаще возникает при интоксикации сердечными гликозидами?**
33. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
34. предсердная экстрасистолия
35. мерцание предсердий
36. желудочковая экстрасистолия
37. **Почему лечение сердечными гликозидами не вызывает увеличения потребление кислорода миокардом:**
38. диуретический эффект
39. снижение ЧСС
40. увеличение AV-проведения
41. положительный инотропный эффект
42. **Какой салуретик имеет максимальный калийуретический эффект?**
43. урегит
44. фуросемид
45. гипотиазид
46. верошпирон
47. триамтерен
48. **Какой из режимов дозирования верошпирона является наиболее эффективным при ХСН:**
49. доза, разделенная на 2 приёма
50. вся доза утром однократно
51. доза, разделенная на 3 приёма
52. **Какой препарат может вызывать гиперкалийемию при совместном назначении с эналаприлом:**
53. дигоксин
54. гипотиазид
55. фуросемид
56. празозин
57. верошпирон
58. **Укажите состояние, увеличивающее абсорбцию дигоксина в ЖКТ:**
59. рвота
60. приём холинолитиков
61. диарея
62. прием верапамила
63. всё перечисленное
64. **Какой препарат может увеличивать аритмогенные свойства сердечных гликозидов?**
65. нитросорбид
66. фуросемид
67. каптоприл
68. верошпирон
69. **Какой из диуретиков является конкурентным антагонистом альдостерона?**
70. индапамид
71. гипотиазид
72. фуросемид
73. спиронолактон
74. маннит
75. **Какой из сердечных гликозидов имеет наивысшую связь с белком?**
76. строфантин
77. дигитоксин
78. дигоксин
79. целанид
80. **Укажите состояние, повышающее чувствительность к сердечным гликозидам:**
81. применение антацидов
82. застойный гастрит
83. пожилой возраст
84. гипонатрийемия
85. **При каком ритме сердца повышается эффект сердечных гликозидов?**
86. синусовая тахикардия
87. мерцательная тахикардия
88. мерцательная брадикардия
89. мерцательная нормосистолия
90. синусовая брадикардия
91. **Какой из диуретиков действует в восходящем отделе петли Генле?**
92. гипотиазид
93. верошпирон
94. фуросемид
95. триамтерен
96. индапамид
97. **Какой диуретик можно использовать при низкой клубочковой фильтрации?**
98. гипотиазид
99. триамтерен
100. спиронолактон
101. фуросемид
102. **Для какой группы диуретиков наиболее выражены метаболические нарушения:**
103. петлевые
104. ингибиторы карбоангидразы
105. К+ - сберегающие
106. тиазидные
107. **За счёт какого механизма взаимодействия усиливается токсический эффект дигоксина на фоне приёма верапамила:**
108. усиление абсорбции
109. вытеснение из связи с белками плазмы
110. вытеснение из связи с тканевыми белками
111. замедление метаболизма
112. торможение канальцевой секреции
113. **Укажите причину ХСН, при которой назначение сердечных гликозидов нецелесообразно:**
114. ИБС с синусовым ритмом
115. ИБС с мерцательной тахиаритмией
116. гипертрофическая кардиомиопатия
117. **Противоаритмическое действие сердечных гликозидов при мерцательной тахиаритмии обусловлено:**
118. снижением автоматизма
119. уменьшением возбудимости
120. замедлением AV-проведения
121. увеличением AV-проведения
122. **Выберите препарат, способный уменьшать гипертрофию миокарда левого желудочка при длительном применении:**
123. верапамил
124. рамиприл
125. анаприллин
126. лозартан
127. все перечисленные
128. **Укажите диуретики, которые не применяются в лечении ХСН:**
129. осмотические
130. петлевые
131. тиазидовые
132. антагонисты альдостерона
133. **Выберите диуретик, способный вызвать увеличение ОЦК:**
134. фуросемид
135. маннит
136. гипотиазид
137. верошпирон
138. триамтерен
139. **Отметьте показание для назначения мочегонных при ХСН:**
140. гипотония
141. выраженная тахикардия
142. признаки задержки жидкости в организме на фоне ингибиторов АПФ
143. нарушение почечной функции
144. **Выберите показание для назначения спиронолактона при ХСН:**
145. все стадии ХСН с низкой фракцией выброса
146. ранние стадии ХСН
147. тяжелые стадии ХСН
148. ХСН с мерцательной тахиаритмией

**“КФ антиангинальных средств”**

1. **Следующее утверждение о нитроглицерине правильное:**
2. купирует приступ стенокардии вследствие расширения венозных и артериальных сосудов
3. для купирования приступа стенокардии можно заменить нитронгом
4. его действие продолжается около 4 часов
5. **Основным в механизме антиангинального действия нитроглицерина является:**
6. прямое коронаролитическое действие
7. уменьшение нагрузки на сердце за счёт снижения постнагрузки
8. снижение потребление миокардом кислорода за счёт снижения преднагрузки
9. **Какой препарат может способствовать восстановлению чувствительности к нитратам:**
10. эналаприл
11. нифедипин
12. корватон
13. каптоприл
14. **Понятие “интервальной” терапии для предотвращения толерантности к нитратам:**
15. перерыв в приёме нитратов на 4-6 часов
16. на 8-12 часов
17. на 24 часа
18. на 3 суток
19. **Для предупреждения приступов у больных с вариантной стенокардией препаратом выбора будут:**
20. нитраты
21. антагонисты кальция
22. β – адреноблокаторы
23. метилксантины
24. **Наиболее рациональным назначение препаратов группы нифедипина будет при:**
25. остром инфаркте миокарда
26. стабильной стенокардии в сочетании с брадикардией
27. нестабильной стенокардии в сочетании с артериальной гипертензией
28. подостром периоде инфаркта миокарда
29. **При возникновении депрессивного состояния у больных с ИБС, нежелательным будет назначение:**
30. пропранолола
31. ацетилсалициловой кислоты
32. нитросорбида
33. атенолола
34. **Атерогенную липидемию вызывают все перечисленные гипотензивные препараты, кроме:**
35. пропранолола
36. гипотиазида
37. индапамида
38. **Активные метаболиты, обладающие собственным антиангинальным эффектом, образуются в печени при приёме:**
39. сустака
40. пектрола
41. нитросорбида
42. нитроглицерина
43. **В случае развития толерантности к нитросорбиду его можно заменить:**
44. нитронгом
45. тринитролонгом
46. эринитом
47. нитросорбидом
48. молсидомином
49. **Сходным по механизму действия с нитроглицерином является:**
50. пропранолол
51. коринфар
52. молсидомин
53. верапамил
54. **После приёма таблетки нитроглицерина концентрация его в крови достигает максимума через:**
55. 0,5 минуты
56. 1,5-5 минут
57. 10-15 минут
58. 25- 30 минут
59. **При назначении каких препаратов может возникнуть ортостатическая гипотония:**
60. нитратов
61. β – адреноблокаторов
62. антагонистов кальция
63. всех перечисленных
64. **Для профилактики стенокардии напряжения наиболее показан:**
65. нифедипин
66. метопролол
67. каптоприл
68. верапамил
69. **Наиболее объективным методом контроля эффективности антиангинальной терапии является:**
70. мониторирование ЭКГ по Холтеру
71. контроль уровня липидов крови
72. суточное мониторирование АД
73. парные ВЭМ нагрузочные пробы
74. оценка частоты ангинозных болей за сутки
75. **Препаратом выбора при стенокардии у больного с брадикардией является:**
76. амлодипин
77. бисопролол
78. верапамил
79. дилтиазем
80. **Какой из метаболических препаратов в настоящее время рекомендован при ИБС:**
81. рибоксин
82. АТФ
83. кокарбоксилаза
84. триметазидин
85. **Выберите препарат для купирования приступа стенокардии:**
86. нитронг
87. молсидомин
88. нифедипин
89. каптоприл
90. нитроспрей
91. **Какая группа препаратов является средством выбора после перенесенного инфаркта миокарда:**
92. нитраты
93. антагонисты кальция
94. β-блокаторы
95. **Выберите рациональную комбинацию для назначения больному с III ФК стабильной стенокардии:**
96. β-блокаторы+нитраты
97. нифедипины+нитраты
98. β-блокаторы+ верапамил
99. **Чем рекомендуют купировать головную боль при лечении нитратами:**
100. анальгином
101. валидолом
102. новокаином
103. эуфиллином
104. **Укажите цель назначения статинов в увеличенной дозе в первые дни инфаркта миокарда:**
105. снижение общего холестерина
106. снижение холестерина липопротеидов низкой плотности
107. стабилизация атеросклеротических бляшек
108. **В какое время суток положено назначать статины:**
109. утро перед завтраком
110. вечером после ужина
111. **Выберите побочный эффект, характерный для статинов:**
112. миелотоксичность
113. угнетение ЦНС
114. удлинениеQT
115. миопатии

**“Антитромботические ЛП”**

1. **Какое положение является верным:**
2. одновременный приём непрямых антикоагулянтов и барбитуратов уменьшает эффект первых
3. одновременный приём с барбитуратами усиливает эффект антикоагулянтов непрямого действия
4. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе прямых антикоагулянтов**:
5. альтеплаза
6. варфарин
7. клопидогрель
8. фраксипарин
9. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе антиагрегантов:**
10. фраксипарин
11. ацетилсалициловая кислота
12. урокиназа
13. гирудин
14. варфарин
15. **Укажите лекарственное средство, относящееся к группе тромболитиков:**
16. ацетилсалициловая кислота
17. тенектеплаза
18. варфарин
19. гепарин
20. **Каков механизм антиагрегантного действия ацетилсалициловой кислоты:**
21. обратимое подавление циклооксигеназы
22. подавление тромбоксансинтетазы
23. блокада гликопротеидных комплексов IIb/IIIa
24. необратимое подавление активности циклооксигеназы
25. **Укажите показатель, который следует контролировать при проведении терапии гепарином:**
26. протромбиновое время
27. активированное частичное тромбопластиновое время
28. международное нормализованное отношение
29. время кровотечения
30. **Укажите механизм антикоагулянтного действия гепарина:**
31. ингибирование тромбина независимо от антитромбина III
32. торможение активности тромбина в присутствии антитромбина III
33. нарушение образования в печени активной формы витамина К
34. **К какому классу лекарственных препаратов относится фраксипарин**:
35. тромболитики
36. антитромбоцитарный препарат
37. антагонист витамина К
38. низкомолекулярный гепарин
39. **При проведении антитромботической терапии больному с низкой активностью антитромбина III целесообразно:**
40. гепарин комбинировать со свежезамороженной плазмой
41. вводить только гепарин
42. заменить гепарин на низкомолекулярные аналоги
43. **Критериями эффективности тромболитической терапии у больных с острым инфарктом миокарда являются:**
44. уменьшение болевого синдрома
45. “реперфузионные” аритмии
46. быстрое снижение сегмента S-T более, чем на 50%
47. всё перечисленное
48. **Укажите механизм действия клопидогреля:**
49. блокада ЦОГ
50. блокада рецепторов IIb\IIIa
51. блокада рецепторов к АДФ
52. блокада синтеза факторов свертывания в печени
53. **Какую дозу аспирина следует принять при подозрении на инфаркт миокарда:**
54. 125 мг
55. 250 мг
56. 500 мг
57. 1000 мг
58. **Какой показатель следует контролировать при лечении варфарином:**
59. АЧТВ
60. время кровотечения
61. МНО
62. время свертывания
63. **Для растворения фибринового тромба используют:**
64. гепарин
65. аспирин
66. клопидогрель
67. альтеплазу
68. **Выберите фибринолитик для болюсного введения:**
69. альтеплаза
70. стрептокиназа
71. метализе
72. пуролаза

**Ситуационные задачи**

**«КФ гипотензивных»**

**Задача №1.**

Больная, 40 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие подъёмы АД до  
210-230/150 мм рт. ст., которые сопровождаются сильной головной болью, потливостью,  
сердцебиением, ощущением страха. Кризы провоцируются наклоном или резким пово-  
ротом туловища, похудение. Считает себя больной в течение 5 лет. Лечилась амбулатор-  
но - без особого эффекта. В анамнезе жизни - операция по поводу медуллярной опухоли  
щитовидной железы. Об-но: состояние удовлетворительное, астенический тип телосло-  
жения, m тела 65 кг, рост 162 см. Область сердца не изменена. ВТ пальпируется в V м/р  
по 1. mediaclavicularessinistrol., PS 98 в Г, АД 150/100. При пальпации живота женщина  
побледнела, покрылась холодным потом, расширились зрачки, в глазах - страх. PS 130,  
АД 220/110 мм рт. ст. На ЭКГ - картина субэмдокардиальной ишемии. После в/в введе-  
нияфентоламина АД снизилось до 140/80 мм рт. ст., картина субэндокардиальной ише-  
мии на ЭКГ купировалась. OAK, БАК без особенностей.

**Вопросы:**

Ваши диагнозы, дальнейшаятактика и лечение.

**Задача №2.**

Вызов СМП. Больная, 36 лет, возбуждена, кожные покровы гиперемированы, влажные  
Жалуется на давящие боли в области сердца, головную боль, преимущественно в заты-  
лочной и височной областях. АД 180/100 мм рт. ст.

**Вопросы:**

Диагноз? Тактика?

**Задача №3.**

Больной 65 лет, страдает АГ много лет. Принимает клофелин. В последние 2-3 месяца  
появились головокружение, шум в ушах, снижение слуха. На РЭГ ГМ сосудов регистри-  
руется спастический тип кривой. Спазм артерий мелкого и среднего калибра.

**Вопросы:**

Причина? Тактика?

**Задача №4.**

Больная 28 лет, страдает гормонозависимой бронхиальной астмой (принимает 50 mg  
преднизолона в день). В последние несколько месяцев стала отмечать повышение АД до  
180/120 мм рт. ст.

**Вопросы:**

Ваша тактика? Причина повышения АД?

**Задача № 5.**

Больная 53 г., страдает гипертонической болезнью II степени. На ЭКГ: синусовый ритм с  
ЧСС 98 в Г. ЭОС отклонена влево. Частая желудочковая и наджелудочковаяэкстрасис-  
толия. Гипертрофия левого желудочка.

**Вопросы:**

Ваша тактика. Сочетание каких препаратов вы выберете

**Задача № 6.**

Больной 18 лет, страдает АГ в течение Зх лет. Ежедневно отмечает повышение сАД до  
170-160 мм рт. ст. При исследовании внутренних органов патологии не выявлено. Со  
стороны ССС - границы относительной сердечной тупости на 1 см расширены влево. ВТ  
пальпируется в V м/р на 0,5 см кнутри от I. mediaclavicularessinistral. Тоны сердца рит-  
мичные, звучные, ЧСС 68 в 1', АД 160/100 мм рт. ст. из анамнеза жизни известно, что  
больной занимался лёгкой атлетикой, из которой ушёл 3,5 года назад по семейным об-  
стоятельствам.

**Вопросы:**

Причина увеличения сердца? Тактика.

**Задача №7.**

Больная 56 лет, при поступлении предъявляла жалобы на плаксивость, раздражительность, периодические повышения САД до 180-170 мм рт. ст., тахикардию, потливость  
тремор пальцев рук, ощущение «внутренней дрожи», тревоги, снижение массы тела на 6  
кг за последние месяцы при повышенном аппетите, слабость. Считает себя больной около года, когда появились первые симптомы заболевания.

При обследовании: больная беспокойна, что-то постоянно «перебирает» руками. Кожные  
покровы горячие, «бархатистые», тургор не снижен. Подкожно жировой слой пониженс  
развит, распределён равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены  
Дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относитель-  
ной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 120 в 1/  
АД 170/100 мм рт. ст. Патологии со стороны органов ЖКТ и МВС нет.  
Щитовидная железа при пальпации увеличена до II степени, хорошо заметна при осмотре  
во время глотания, мягко-эластической консистенции, без узловых образований, свобод-  
но смещается при глотании. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательные. Сим-  
птом Мари и Розенбаха положительные.

Лабораторные исследования: св. Т4 - 36 (N 9-28), ТТГ - 0 (N 0,35-5,5).  
**Вопросы:**

Ваш предположительный диагноз? Лечение гипертонии?

**«КФ препаратов, влияющих на гемостаз, гемопоэз»**

**Задача №1.**

Пациент, 50 лет, наблюдается в поликлинике по поводу хронической сердечной недостаточности, развившейся вследствие дилатационной кардиомиопатии. На ЭКГ- постоянная форма фибрилляции предсердий. В анамнезе - тромбоэмболия левой лучевой артерии. По назначению участкового терапевта больной получает эналаприл 20 мг/сут, фуросемид 40 мг/сут, спиронолактон 25 мг/сут.

**Вопросы:**

Укажите какой препарат необходимо назначить для профилактики тромбоэмболических осложнений в какой дозе? Объясните ответ.

**Задача № 2.**

Пациент, 62 лет, с протезированным митральным клапаном принимает для профилактики тромбоэмболических осложнений варфарин в дозе 7,5 мг 1 раз в сутки под лабораторным контролем системы свертывания крови. Больной принимает варфарин в течение 1 года и никогда не отмечал НЛР. Два дня назад, почистив зубы, пациент обнаружил кровь на щетке. При контроле МНО -4, 2.

**Вопросы:**

Ваша тактика, объясните.

**Задача №3.**

Пациент, 60 лет, после подема на 5 этаж пешком внезапно почувствовал давящие боли за грудиной давящего характера.

**Вопросы:**

Укажите препараты, которые может принять больной в домашних условиях. Укажите дозировку антиагрегантов, объясните ответ.

**Задача №4.**

Больной Б. 48 лет поступил c жалобами на давящие загрудинные боли, появляющиеся во время физической нагрузки, купируемы е нитроглицерином. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. B легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, частые экстрасистолы. ЧСС 92 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет. На ЭКГ зарегистрированы признаки ишемии на прередне-перегородочной стенке. В качестве антикоагулянта был назначен гепарин в дозе 5 тыс. ЕД х 4 раза в сутки.

**Вопросы:**

Согласны ли Вы с назначением, чем необходимо контролировать введение гепарина.

**Задача № 5.**

Больной 46 лет, находится на гемодиализе. Укажите антикоагулянтный препарат, который можно назначить данному пациенту.

**Вопросы:**

Какие побочные эффекты могут возникнуть при назначении антикоагулянтных препаратов.

**Задача №6**.

Пациентка, 63 лет, наблюдается в поликлинике по поводу постоянной формы фибрилляции предсердий. Принимает варфарин 1 таб. в сутки последние 6 мес.

**Вопросы:**

Укажите альтернативу варфарину, учитывая, что больная не может посещать поликлинику раз в месяц для контроля МНО.

**Задача №7.**

Пациент 54 лет, вызвал СМП с жалобами на жгучие боли за грудиной, которые появились 2 часа назад.На ЭКГ : признаки повреждения на передне-боковой стенке ЛЖ с подъемом сегмента ST. Укажите,какоеантитромботическое средство можно назначить в данной ситуации, объясните ответ

**"КФ антиангинальных"**

**Задача №1.**

Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, АГ 2 степени, очень высокого риска. Постоянно принимал пропранолол в дозе 120 мг в сутки. После перенесенной ОРВИ появилась экспираторная одышка, уменьшающаяся после приема 2 доз сальбутамола. Самостоятельно отменил пропранолол, прочитав в аннотации к препарату о его способности вызывать бронхообструкцию. Через 24 часа после отмены появились сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, тахикардия, повышение АД. ЭКГ: предсердная экстрасистолия, депрессия сегмента ST в V5, V6 до 1 мм, гипертрофия левого желудочка. Пациент связывает ухудшение состояния с приемом сальбутамола.

**Вопросы:**

Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию антиангинальной терапии.

**Задача №2.**

Больному С.,62 года, обратился с жалобами на выраженные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникшие после физической нагрузки. Боли беспокоят в течении 1 часа. ЧСС –85 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст.( максимальное АД – 190\100мм.рт.ст.). На ЭКГ: зубец Q отсутствует, подъем сегмента ST на 2 мм в I,II,AVL, V5-V6 отведениях –изоэлектрическая кривая. Депрессия ST в III, AVF.

**Вопросы:**

Какие лекарственные препараты должен назначить врач скорой помощи (перечислить группы)?

**Задача №3.**

Больная Р.,76 лет, поступила с давящими, сжимающими болями за грудиной. Со слов больной боли появились около 12 часов назад, самостоятельно принимала дважды нитроглицерин под язык, – без эффекта. Вызвала СМП, доставлена в приемный покой больницы скорой мед. помощи. На ЭКГ: очаговые повреждения передне-перегородочной области ЛЖ.(з.Q и подъем ST –изоэлектрическая линия в I,AVL, V1-V3, депрессия ST в нижних отведениях), ЧСС –90 в мин. АД 130\80 мм.рт.ст.

**Вопросы:**

Какие препараты необходимо назначить больной (перечислить группы)?

**Задача №4.**

Больной И., 54 года страдает ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. ПИКС. Постоянная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ХСН IIБ ст. Больной постоянно принимает энап 5 мг х 2 раза, бисопролол 5 мг х1 раз в сут., индапамид – ретард 1,5 мг \сут., фуросемид 40 мг. 1 раз в неделю. На фоне проводимой терапии появилась пастозность голеней, периодически стенокардитические боли, ЧСС –90 в мин., РS- 86 в мин., АД –160\90 мм.рт.ст.

**Вопросы:**

Предложите тактику ведения пациента.

**Задача №5.**

Больной А., 60 лет лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. ХСН II А ст. Артериальная гипертония II ст, ОВР. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. В стационаре получал лечение: нитраты в\в однократно, затем таблетированно; гепарин п\к, иАПФ, b-адреноблокаторы. Выписывается с улучшением, со стабилизацией стенокардии во II ФК (ЧСС-72 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст., ХС –4,2ммоль\л)

**Вопросы:**

Какие лекарственные препараты необходимо рекомендовать больному при выписке?

Какие антиагреганты возможно назначить больному?

Как правильно назначать нитраты при ФК II?

**Задача № 6.**

Больной лечился в стационаре с Дз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия со стабилизацией в III ФК. ХСН II А. При выписке ЧСС-70 в мин., АД-120\80 мм.рт. ст., ХС- 5,8 ммоль\л.

**Вопросы:**

Какие группы препаратов необходимо рекомендовать больному?

Какие показатели крови необходимо контролировать при приеме статинов?

Как назначать нитраты при ФК III?

**Задача №7.**

Больной с Дз: ИБС. Стабильная стенокардия ФК II. ПИКС. ХСН II Б ст. Получает пропранолол, аспирин, аккупро, нитраты ситуационно, гипотиазид, аторвастатин.

**Вопросы:**

Какие b-адреноблокаторы предпочтительнее у больного с ИБС и ХСН.

Какую группу мочегонных можно добавить в 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 Клиническая фармакология ЛС для лечения бронхообструктивного синдрома**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация лекарственных средств применяемых при бронхиальной астме..
2. Фармакокинетические и фармакодинамические особенности отдельных  
   групп препаратов (β-адреномиметики, ГКС, метилксантины, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, холинолитики, мембраностабилизаторы).
3. Показания, противопоказания, побочные эффекты препаратов.
4. Комбинированные ЛС.
5. Способы доставки лекарственных препаратов при бронхиальной астме.
6. Методы контроля за эффективностью фармакотерапии.
7. Особенности фармакотерапии бронхиальной астмы у детей.

**Тестовые задания**

1. **Увеличение ц-АМФ в клетке вызывает следующий препарат:**
2. пропранолол
3. ипратропия бромид
4. сальбутамол
5. бекламетазон
6. **Какой из перечисленных ингаляционных препаратов в меньшей степени всасывается в системный кровоток:**
7. ипратропия бромид
8. сальбутамол
9. беротек
10. бекламетазон
11. **Синдром “запирания” может развиться при использовании следующих препаратов:**
12. глюкокортикоидов
13. адреналина
14. ипратропия бромида
15. эуфиллина
16. β2 – адреностимуляторов
17. **Передозировать эуфиллин при одновременном назначении можно с:**
18. ципрофлоксацином
19. барбитуратами
20. рифампицином
21. фенилбутазоном
22. **Какой препарат, назначенный вместе с преднизолоном, способствует развитию аритмий:**
23. ипратропия бромид
24. гипотиазид
25. панангин
26. супрастин
27. **К базисным средствам для лечения бронхиальной астмы относится:**
28. глюкокортикостероиды
29. β2-стимуляторы
30. мембраностабилизаторы
31. муколитики
32. **Какой из перечисленных ингаляционных препаратов применяется для купирования приступов бронхиальной астмы:**
33. динатрияхромогликат
34. сингуляр
35. беротек
36. бекламетазон
37. **Укажите препарат, который не используется в ингаляционной форме:**
38. динатрияхромогликат
39. будесонид
40. теопек
41. сальбутамол
42. ипратропия бромид
43. **Биотрансформация эуфиллина ускоряется при одновременном назначении:**
44. фенобарбитала
45. эритромицина
46. циметидина
47. ципрофлоксацина
48. **Какой из перечисленных препаратов, используемых при лечении бронхообструктивного синдрома, не оказывает влияния на ЖКТ:**
49. преднизолон
50. теопек
51. кетотифен
52. эуфиллин
53. **Какая группа лекарственных препаратов требует проведения лекарственного мониторинга:**
54. стабилизаторы мембран тучных клеток
55. теофиллины
56. ингибиторы лейкотриенов
57. ингаляционные β2 –миметики
58. все вышеперечисленные
59. **Действие какого препарата потенцируется при совместном использовании с β2 – адреномиметиками:**
60. будесонида
61. пропранолола
62. сальбутамола
63. амброксола
64. **Для лечения синдрома “запирания” используют:**
65. эуфиллин
66. гидрокортизон
67. адреналин
68. атропин
69. сальбутамол
70. **Клиренс какого препарата существенно возрастает у курильщиков:**
71. атропин
72. эуфиллин
73. беротек
74. ипратропия бромид
75. эфедрин
76. **Укажите комбинированный препарат:**
77. симбикорт
78. пульмикорт
79. теопек
80. беротек
81. интал
82. **Уменьшает выработку бронхиального секрета:**
83. спирива
84. амброксол
85. эуфиллин
86. бекламетазон
87. **Какой ингаляционный бронхолитик начинает действовать через 25 минут:**
88. ипратропия бромид
89. сальбутамол
90. пульмикорт
91. беротек
92. **Сочетание теофиллина с этилендиамином это:**
93. теопек
94. ипратропия бромид
95. эуфиллин
96. теофедрин
97. **Для какого препарата характерны бронхоспазм, дисфония и осиплость голоса:**
98. бекламетазон
99. ипратропия бромид
100. беротек
101. форадил
102. **Селективно стимулирует β2 – адренорецепторы:**
103. формотерол
104. фликсотид
105. атровент
106. бекламетазон
107. **Беродуал – это:**
108. беротек + будесонид
109. беротек + ипратропия бромид
110. будесонид + формотерол
111. бекламетазон + ипратропия бромид
112. **При ингаляции какого препарата часто развивается кандидоз полости рта:**
113. ипратропия бромида
114. динатрияхромогликата
115. бекламетазона
116. сальбутамола
117. **Универсальным стимулятором адренергической системы является:**
118. эуфиллин
119. сальметерол
120. беротек
121. сальбутамол
122. адреналин
123. **Серетид – это:**
124. эфедрин + теофиллин
125. теофиллин + этилендиамин
126. будесонид+ фенотерол
127. флютиказон + сальметерол
128. **Какой из препаратов, применяемых для лечения бронхообструктивного синдрома, может привести к повышению артериального давления:**
129. эуфиллин
130. ипратропия бромид
131. беротек
132. преднизолон
133. **К пролонгированным β2 – стимуляторам относится:**
134. будесонид
135. кетотифен
136. эфедрин
137. сальбутамол
138. формотерол
139. **Действие каких препаратов могут ослабить глюкокортикоиды при совместном назначении:**
140. холинолитиков
141. антидиабетических
142. эуфиллина
143. симпатомиметиков
144. всех перечисленных
145. **Уменьшение чувствительности β2 – рецепторов можно купировать с помощью:**
146. сальбутамола
147. формотерола
148. динатрияхромогликата
149. преднизолона
150. всех перечисленных
151. **Побочные эффекты какого препарата может усиливать преднизолон при совместном назначении:**
152. эуфиллина
153. беротека
154. гипотиазида
155. изоптина
156. **Какое лекарственное средство может ухудшить течение сахарного диабета:**
157. будесонид
158. преднизолон
159. ипратропия бромид
160. эуфиллин
161. **Только для профилактики приступов удушья при бронхиальной астме используют:**
162. ингаляционные глюкокортикоиды
163. бромид
164. преднизолонипратропия
165. эуфиллин
166. **Для получения одинакового эффекта, доза какого препарата должна быть выше при в\в введении, чем при приёме внутрь:**
167. изопреналина
168. эуфиллина
169. адреналина
170. верапамила
171. преднизолона
172. **Эффекты какого препарата усиливаются после ингаляции β2 – миметиков:**
173. верапамила
174. беклометазона
175. ипратропия бромида
176. пропранолола
177. **Для профилактики бронхиальной астмы лучше использовать:**
178. холинолитики
179. симпатомиметики
180. антигистаминные лекарственные средства
181. ингаляционные глюкокортикостероиды
182. **Хромогликат натрия является препаратом выбора у больных с:**
183. тяжёлой формой бронхиальной астмы
184. неатопической формой астмы
185. аспириновой астмой
186. атопической бронхиальной астмой
187. **При интермиттирующем течении атопической бронхиальной астмы назначение хромогликата натрия целесообразно:**
     1. при появлении первыхсимптомов
188. за 2-3 дня до ожидаемого обострения
189. за 1-2 недели до ожидаемого обострения
190. за 3-4 недели до ожидаемого обострения
191. **К побочным эффектам кетотифена относится:**
192. бронхоспазм после приёма препарата
193. сонливость
194. нарушение сна и раздражительность
195. раздражение слизистой оболочки дыхательных путей
196. раздражение слизистой желудка
197. **Антибиотики у больных хроническим бронхитом следует назначать:**
198. при наличии гнойной мокроты
199. при кровохарканьи
200. в осенне-зимний период
201. у лиц пожилого возраста
202. **К значимым фармакодинамическим эффектам кортикостероидов относятся все, кроме:**
203. торможения синтеза и высвобождения медиаторов аллергического воспаления
204. потенцирования эффектов эндогенных катехоламинов
205. торможения М - холинергической стимуляции бронхов
206. прямого бронходилатирующего действия
207. К побочным эффектам, требующим отмены ингаляционных кортикостероидов, относится:
208. развитие кандидоза полости рта
209. дисфония
210. спорадический кашель после ингаляции
211. возникновение бронхоспазма после ингаляции
212. **Безопасность применения ингаляционных кортикостероидов зависит от:**
213. афинности к кортикостероидным рецепторам
214. интенсивности пресистемного метаболизма
215. объёма распределения препарата
216. кратности назначения
217. **Клинический эффект от назначения ингаляционных кортикостероидов больным с бронхиальной астмой обычно отмечается через:**
218. 1-2 часа
219. 1-2 дня
220. 5-7 дней
221. 4-6 недель
222. **Ипратропия бромид отличается от ингаляционных β2 – агонистов:**
223. более длительным бронходилатирующим эффектом
224. более выраженным бронходилатирующим эффектом
225. быстрее наступающим эффектом
226. большей эффективностью купирования приступа бронхиальной астмы
227. **К пролонгированным адреномиметикам относятся все препараты, кроме:**
228. сальбутамол
229. сальметерол
230. формотерол
231. сальбутамол-retard (сальтос)
232. **Фармакодинамические эффекты теофиллина включают все, кроме:**
     1. бронходилатирующего действия
233. увеличения мукоцилиарного клиренса
234. способности стимулировать дыхание и сердечную деятельность
235. способности повышать давление в малом круге кровообращения
236. **При назначении теофиллина курильщику:**
237. назначается стандартная доза препарата
238. доза может быть увеличена
239. доза может быть уменьшена
240. назначения препарата необходимо избегать
241. **Какой из комбинированных бронходилататоров опасно применять больному с “аспириновой” астмой:**
242. беродуал
243. симбикорт
244. бронхолитин
245. теофедрин
246. беродуал
247. **При каком заболевании бронхов более эффективны ингаляционные формы холинолитиков:**
248. бронхиальной астме
249. хроническом обструктивном бронхите
250. **Какой препарат в первую очередь показан для лечения астматического статуса**:
251. сальбутамол
252. преднизолон
253. атропин
254. эуфиллин
255. **К какой группе препаратов относится сингуляр:**
256. ИГКС
257. антигистаминное средство
258. ингибитор лейкотриеновых рецепторов
259. муколитик
260. **Выберите ингибитор лейкотриеновых рецепторов:**
261. интал
262. беродуал
263. акколат
264. пульмикорт
265. беклазон

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Вызов СМП. Больная 48 лет, возбуждена, в положение Ортопноэ, на расстоянии звучные дыхательные шумы, бледный цианоз. Грудная клетка в положении вдоха, расположение рёбер горизонтальное, с уменьшенными межрёберными промежутками. Эпигастральный угол выражено тупой. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы, втяжение внутрь межрёберных промежутков. При перкуссии коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе, ЧДД 36 в мин. Мокрота не отходит. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в Г, АД 140/90 мм рт. ст. Живот без/о. со слов родственников приступ удушья начался около 6-7 ч. назад, ингаляция беротека - без эффекта. Диагноз: астматический статус I стадия.

**Задание:**  Назначьте лечение

**Задача №2.**

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%

Rh- 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.Ваш диагноз?

2.Лечебная тактика?

**Задача №3.**

Больной Г., 27 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 лабораторных 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.

Rh- 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.Ваш диагноз?

2.Лечебная тактика?

**Задача №4.**

Больной К., 40 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести. Для профилактики бронхоспазма регулярно получает ингаляции беклазона (250 мкг во вдохе) по 2 вдоха 2 раза в сутки. В ходе лечения появились резко выраженные признаки кандидоза полости рта.

**Задание:**

Изменится ли лечение больного? Обоснуйте ответ.

**Задача №5.**

Больная 3., 62 года. Больна бронхиальной астмой 5 лет, последние 2 года постоянно ингалируетбеклазон (1500 мкг\сут), принимает таблетки преднизолона в поддерживающей дозе 10 мг\сут. В течение последнего года повышается АД до 180М00 мм рт. ст. Больной с гипотензивной целью назначен тенорик по 1 таблетке 2 раза в день. Спустя некоторое время АД нормализовалось, но участились приступы удушья, стали плохо купироваться беротеком.

**Задание:**

С чем связано обострения бронхиальной астмы? Ваши действия? Объясните их.

**Задача №6.**

Больная Д., 23 лет, страдает атопической формой бронхиальной астмы 7 лет. В детстве был диатез при приеме цитрусовых и шоколада, с-12-летнего возраста - поливалентная аллергия в виде крапивницы, ринита, конъюнктивита. При удушье, возникающем 1 -2 раза в день, использует сальбутамол. Последнюю неделю (в связи с началом цветения деревьев) увеличилась потребность в препарате до 4-5 раз за сутки, причем полного эффекта не наблюдалось (сохранялась некоторая заложенность в грудной клетке).

**Задание:**

Ваша тактика в лечении 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 4Клиническая фармакология антибиотиков**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Механизм действия антибактериальных препаратов. Классификация антибактериальных препаратов по механизму действия.

2. Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности различных классов антибиотиков (β-лактамные АБ, макролиды, фторхинолоны и др.).

3. Побочные эффекты этих препаратов, их взаимодействиям между собой и с другими препаратами.

4. Назначение антибактериальных препаратов эмпирически и при выявленном возбудителе.

5. Понятие об антибиотикорезистентности, способах ее преодоления.

6.Этиология внебольничной пневмонии.

7. Эмпирическая терапия внебольничной пневмонии на амбулаторном этапе.

**Тестовые задания**

1. **Какая группа антибиотиков оказывает воздействие на микроорганизмы, не затрагивая при этом макроорганизм:**
2. пенициллины
3. тетрациклины
4. аминогликозиды
5. линкосомиды
6. **На какую структуру микроорганизма оказывают действие цефалоспорины:**
7. рибосома
8. клеточная стенка
9. ядро
10. митохондрии
11. **Какой побочный эффект характерен для аминогликозидов:**
12. нефротоксичность
13. ототоксичность
14. нервно-мышечная блокада
15. все перечисленные
16. **Для какого антибиотика характерен пенициллиновый тип развития резистентности:**
17. эритромицин
18. тетрациклин
19. рифампицин
20. гентамицин
21. цефазолин
22. **При одновременном использовании с каким антибиотиком изменяется скорость метаболизма теофиллина:**
23. доксициклин
24. цефазолин
25. эритромицин
26. гентамицин
27. пенициллин
28. **Какая группа антибиотиков чаще вызывает аллергические реакции:**
29. аминогликозиды
30. макролиды
31. пенициллины
32. сульфаниламиды
33. линкозамины
34. **Какой из антибиотиков разрушается β – лактамазами:**
35. ампициллин
36. гентамицин
37. тетрациклин
38. ципрофлоксацин
39. **Какой побочный эффект характерен для линкомицина:**
40. анемия
41. снижение слуха
42. полиневрит
43. энтероколит
44. азотемия
45. **Назовите антибиотик для воздействия на чувствительные штаммы Streptococcuspneumoniae при лечении пневмонии:**
46. ципрофлоксацин
47. гентамицин
48. цефуроксим
49. доксициклин
50. **Какой из антибиотиков создаёт высокие концентрации в предстательной железе:**
51. ципрофлоксацин
52. линкомицин
53. ампициллин
54. эритромицин
55. **Какой из антибиотиков нужно назначать для воздействия на микроорганизмы, продуцирующие β – лактамазы:**
56. пенициллин
57. ампициллин
58. цефатоксим
59. амоксиклав
60. **Выберите антибактериальное средство для лечения пневмонии, вызванной Mycoplasmapneumoniae:**
61. линкозамиды
62. пенициллины
63. цефалоспорины
64. макролиды
65. **Отметьте наиболее целесообразную комбинацию антибиотиков при тяжёлой внебольничной пневмонии:**
66. пенициллины + аминогликозиды II поколения
67. аминогликозиды + цефалоспорины II поколения
68. цефалоспорины II поколения + макролиды
69. фторхинолоны + аминогликозиды
70. **Какой из антибиотиков в высоких концентрациях обладает бактерицидным действием, а в низких – бактериостатическим:**
71. пенициллин
72. эритромицин
73. цефотаксим
74. гентамицин
75. **Какой из антибиотиков является бактерицидным:**
76. тетрациклин
77. линкомицин
78. хлорамфеникол (левомицетин)
79. амикацин
80. **Режим дозирования какого антибиотика должен быть изменён при явлениях почечной недостаточности:**
81. цефтриаксон
82. гентамицин
83. доксициклин
84. эритромицин
85. **Какой из указанных антибиотиков нельзя назначать при холестатических гепатитах:**
86. эритромицин
87. ампициллин
88. клафоран
89. линкомицин
90. **Комбинация гентамицина с каким антибиотиком даёт выраженный синергизм при воздействии на энтерококк:**
91. тетрациклином
92. линкомицином
93. эритромицином
94. пенициллином
95. **Для какого антибиотика необходима коррекция режима введения при печёночной недостаточности:**
96. ампициллин
97. цефоперазон
98. имипенем
99. гентамицин
100. ципрофлоксацин
101. **Какой из антибиотиков создаёт высокие концентрации в костной ткани:**
102. гентамицин
103. налидиксовая кислота
104. линкомицин
105. эритромицин
106. **Какой побочный эффект не характерен для ампициллина:**
107. сыпь
108. аллергические реакции
109. диарея
110. вагинальный кандидоз
111. нефротоксичность
112. **Выберите наиболее безопасный антибиотик для лечения беременной:**
113. ампициллин
114. гентамицин
115. ципрофлоксацин
116. левомицетин
117. бисептол
118. **Какой из антибиотиков желательно не назначать пожилым:**
119. пенициллин
120. цефазолин
121. гентамицин
122. азитромицин
123. **В чём преимущество карбапенемов по сравнению с другими β – лактамными антибиотиками:**
124. имеют 2 пути элиминации
125. не вызывают аллергических реакций
126. способны проникать через гематоэнцефалический барьер
127. выраженный постантибиотический эффект
128. **Зачем имипенем используется в комбинации с циластатином:**
129. для создания терапевтических концентраций антибиотика в моче
130. для лучшего проникновения имипенема в ткани
131. для ингибирования β – лактамаз микробной клетки
132. для получения потенцирующего эффекта
133. **Выберите препарат для лечения сепсиса, вызванного MRSA:**
134. ампициллин
135. цефазолин
136. тиенам
137. азитромицин
138. линезолид
139. **Выбелите наиболее эффективный антисинегнойный препарат:**
140. амоксициллин
141. пиперациллин
142. имипенем
143. меропенем
144. **Выберите цефалоспорин для ступенчатой антибактериальной терапии:**
145. цефуроксим
146. цефтазидим
147. цефотаксим
148. цефипим
149. **Отметьте антисинегнойный цефалоспорин:**
150. цефазолин
151. цефатоксим
152. цефтрипаксон
153. цефтазидим
154. **Выберите антимикробный препарат с узким терапевтическим коридором**:
155. макропен
156. клиндамицин
157. амикацин
158. амоксициллин
159. цефтриаксон
160. **Какой рекомендован курс введения аминогликозидов для уменьшения опасности нежелательных реакций:**
161. 4-5 дней
162. 7-10 дей
163. до 2 недель
164. **Какой вид взаимодействия возникает при смешивании гентамицина и пенициллина в одном шприце:**
165. фармакодинамический
166. фармакокинетический
167. фармацевтический
168. **Какой препарат относят к «респираторным» фторхинолонам:**
169. ципрофлоксацин
170. офлоксацин
171. норфлоксацин
172. левофлоксацин
173. **Не рекомендован для лечения пиелонефрита:**
174. ципрофлоксацин
175. цефотаксим
176. налидиксовая кислота
177. норфлоксацин
178. **Какой антимикробный препарат противопоказан детям:**
179. пенициллин
180. цефтриаксон
181. азитромицин
182. ципрофлоксацин
183. **Выберите фторхинолон с антисинегнойной активностью:**
184. норфлоксацин
185. ломифлоксацин
186. спарфлоксацин
187. левофлоксацин
188. **Выберите сочетание антибиотиков, при котором увеличивается риск кардиотоксичности (увеличение QT):**
189. цефалоспорины+ макролиды
190. цефалоспорины+ аминогликозиды
191. фтохинолоны + цефалоспорины
192. фторхинолоны+ макролиды
193. **Выберите макролид, имеющий парентеральные формы:**
194. кларитромицин
195. ровамицин
196. азитромицин
197. эритромицин
198. все перечисленное
199. **Выберите макролид, наиболее активный в отношении гемофильной палочки:**
200. азитромицин
201. эритромицин
202. рокситромицин
203. ждозамицин
204. **Выберите противогерпетический препарат:**
205. римантадин
206. занамивир
207. ацикловир
208. **К какому классу противовирусных средств относится осельтамивир (тамифлю):**
209. противогерпетические
210. антиретровирусные
211. противогриппозные
212. противоцитомегаловирусные
213. **Выберите препарат с доказанной противогриппозной эффективностью:**
214. занамивир
215. гриппферон
216. дибазол
217. амиксин
218. все перечисленное

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

В приемное отделение клинической больницы поступил больной Н, 56 лет с жалобами на резкую слабость, непродуктивный кашель, боли в грудной клетке при кашле и глубоком дыхании, повышение температуры до 39,9 0C. Вышеперечисленные жалобы появились в течение 3 дней, никуда не обращался, самостоятельно принимал только парацетамол до 3 таблеток в день. В общем анализе крови – лейкоцитоз до 13,0; сдвиг лейкоформулы влево, СОЭ 30 мм\час. При ренгенографии выявлено затемнение всей нижней доли слева, подчеркнута междолевая плевра. **Вопросы:**

Ваш диагноз? Какое лечение назначить больному? Обоснуйте выбор антибиотиков. Какова ориентировочная продолжительность лечения?

**Задача №2**.

По направлению участкового терапевта поступила больная С., 25 лет, с жалобами на слабость, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37, 70C. Больна в течение недели. Заболевание началось с першения в носоглотке, заложенности носа, кашля. Принимала амоксициллин по 0,5 3 раза в день, но без эффекта, к концу недели повысилась температура, усилилась слабость. При рентгенографии выявлена инфильтрация легочной ткани в S10 справа. Известно, что сестра больной имеет ту же симптоматику, от госпитализации отказалась. **Вопросы:**

**Вопросы:**

Сформулируйте диагноз. Какова предположительная этиология болезни? Назначьте лечение. Каковы сроки антибиотикотерапии?

**Задача №3.**

Больному К., 65 лет, имеющему в анамнезе хронический обструктивный бронхит, дыхательную недостаточность II степени, выставлен амбулаторно диагноз пневмонии в нижней доле слева. Больного беспокоит кашель с плохоотделяемой гнойной мокротой, сопровождающийся экспираторной одышкой, слабость, повышение температуры тела до 38,00C. Больной госпитализирован в отделение пульмонологии.

**Вопросы:**

Какова предположительная этиология пневмонии у данного больного (объясните). Какие антибиотики следует выбрать в данной ситуации? Что назначить помимо антибактериальной терапии?

**Задача №4.**

В отделение пульмонологии поступила беременная женщина 22 лет (на сроке 26-27 недель) с диагнозом пневмонии в нижней доле справа. Беспокоит слабость, одышка при нагрузках, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 38,10C. Больна 3 дня, дома ничего не принимала.

**Вопросы:**

Диагноз подтвержден рентгенологически. Аллергоанамнез не отягощен. Какова предположительная этиология пневмонии? Что назначить больной? Какие сроки антибиотикотерапии?

**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 5Клиническая фармакология ЛС для лечения язвенной болезни**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата,проверкапрактических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Этиопатогенетические механизмы образования язвенной болезни.

2.Основы современной фармакотерапии язвенной болезни. Понятие об эрадикации.

3.Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности различных классов антисекреторных препаратов, гастроцитопротекторов и антацидов. Показания и противопоказания к применению.

4.Классификация, фармакодинамика, фармакокинетические особенности антибиотиков применяемых для лечения язвенной болезни.

5.Побочные эффекты этих препаратов, их взаимодействия между собой и с другими препаратами.

6.Основные схемы эрадикационной терапии, ее продолжительности.

7.Понятие о поддерживающей фармакотерапии язвенной болезни.

**Тестовые задания**

1. **Какой из препаратов блокирует “протоновую помпу”:**
2. омепразол
3. альмагель
4. фамотидин
5. атропин
6. мизопростол
7. **Какой из перечисленных препаратов максимально угнетает секрецию соляной кислоты:**
8. фамотидин
9. ранитидин
10. мизопростол
11. омепразол
12. **Какой из перечисленных препаратов способствует эрадикации Н.pylori:**
13. азитромицин
14. фамотидин
15. кларитромицин
16. линкомицин
17. **Какие противоязвенные средства способны вызывать гипофосфатемию:**
18. алюминийсодержащие антациды
19. висмутсодержащие препараты
20. блоаторы протонной помпы
21. Н2-гистаминоблокаторы
22. синтетические простагландины
23. **На какие рецепторы оказывает влияние фамотидин:**
24. М1-холинорецепторы
25. М2-холинорецепторы
26. Н1-гистаминорецепторы
27. Н2-гистаминорецепторы
28. N-холинорецепторы
29. **Какой из препаратов нейтрализует соляную кислоту:**
30. ранитидин
31. маалокс
32. мизопростол
33. омепразол
34. **Какое сочетание препаратов потенцирует бактерицидный эффект на H.pylori:**
35. де-нол + фамотидин
36. де-нол + амоксициллин
37. альмагель + амоксициллин
38. фосфолюгель + фамотидин
39. **Укажите, что не относится к побочным эффектам всасывающихся антацидов:**
40. метаболический алкалоз
41. гиперNa+емия
42. синдром отмены
43. гипофосфатемия
44. **Как изменяют холинолитики всасывание лекарственных средств в кишечнике:**
45. увеличивают
46. уменьшают
47. не изменяют
48. **Для какого препарата характерен синдром отмены:**
49. де-нол
50. фамотидин
51. вентер
52. альмагель
53. **Какой фармакодинамический эффект не характерен для сайтотека:**
54. антисекреторный
55. спазмолитический
56. регенераторный
57. стимуляция образования слизи
58. улучшение кровообращения в слизистой желудка
59. **Какой препарат подавляет ульцерогенное действие НПВС:**
60. альмагель
61. атропин
62. фамотидин
63. сукралфат
64. мизопростол

**13. Следующее положение об антацидах неверное:**

1. соли магния вызывают диарею
2. все антациды могут вызывать отёки у больных с сердечными заболеваниями
3. гидроокись Al является средством выбора из антацидов у больных с почечной недостаточностью
4. метаболический алкалоз появляется при применении натрия гидрокарбоната чаще, чем при приёме других антацидов

**14. Укажите одно из важных преимуществ омепразола перед блокаторами Н2 – гистаминовых рецепторов:**

1. дешевизна препарата
2. нет “синдрома отмены”
3. подавляет секрецию соляной кислоты
4. обладает цитопротекториным действием

**15. Чтобы избежать “синдрома отмены”, Н2 – блокаторы следует отменять в течение:**

1. 3х дней
2. 5ти дней
3. 2х недель
4. двух месяцев

**16. Для эрадикации H. .pylori используют:**

1. метронидазол
2. кларитромицин
3. амоксициллин
4. тетрациклин
5. всё перечисленное

**17. Трёхкомпонентная схема для эрадикацииH. Pylori включает:**

1. фамотидин+омепразол+ амоксициллин
2. омепразол+амоксициллин+кларитромицин
3. фамотидин+ амоксициллин+ кларитромицин
4. омепразол+ де-нол+фамотидин

**18. Выберите показание к назначению антацидов:**

1. являются основным препаратом в схемах эрадикации
2. используютя для купирования боли и изжоги
3. применяются для долечивагия после проведенного курса эрадикации

**19. К средствам, подавляющим хеликобактерную инфекцию относятся все, кроме:**

1. тетрациклина
2. метронидазола
3. амоксициллина
4. гентамицина
5. кларитромицина

**20. К невсасывающимся антацидам не относится:**

1. гелюсил – лак
2. маалокс
3. альмагель
4. фосфалюгель
5. ренни

**21. К цитопротекторам, образующим защитную плёнку, относят:**

1. мизопростол
2. де-нол
3. фамотидин
4. омепразол

**22.Снижение какой секреции соляной кислоты в большей степени вызывают М-холинолитики:**

1. базальной
2. стимулированной пищей

**23.Какой из прокинетиков не проникает в ЦНС и не вызывает побочных действий со стороны нервной системы:**

1. метоклопрамид
2. циметидин
3. домперидон

**24.Максимальное количество побочных эффектов среди Н2 – блокаторов вызывает:**

1. циметидин
2. роксатидин
3. ранитидин
4. фамотидин

**25.Выберите правильный режим приёма омепразола на период эрадикации H. Pylori:**

1. 20 мг 3 раза\сутки
2. 20 мг 2 раза\сутки
3. 20 мг 1 раз\сутки

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

Больной В.,53 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие через 2 часа после еды; однократную рвоту «кофейной гущей», появление стула по типу мелены, общую слабость.

Страдает язвенной болезнью 12-пк 4 года, обострения 3-4 раза в год. Принимал в периоды обострения ранитидин, циметидин. На терапию отвечал положительно. После улучшения прекращал прием препаратов. Последнее ухудшение около двух недель, лекарственных препаратов не принимал.

Из анамнеза: около 10 лет страдает хроническим обструктивным бронхитом, курит около 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность не отягощена. Гемотрансфузий, операций не было, аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: пониженного питания, рост 178 см, вес 62 кг, кожные покровы бледные, влажные, тургор нормальный; ЧСС- 86 в минуту, АД- *110170* мм рт. ст., границы сердца в норме, тоны ритмичные, ясные. В легких дыхание ослабленное, везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белесоватым налетом, живот симметричный, болезненный в эпигастрии. Симптом Менделя положительный. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем- без особенностей.

Обследован: ОАК: гемоглобин- 110г/л, эритроциты- *2,91fl,* лейкоциты- 7,2/п1, тромбоциты­220/ nl, ретикулоциты- 15%, СОЭ-10 мм/час, лейкоформула в норме. Показатели глюкозы крови, креатинина, липидного обмена и функциональные пробы печени в пределах нормы. Сывороточное железо- 10,8 ммоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный. Общий анализ мочи - без особенностей. ФГС: язвенный дефект диаметром 0,8 см на задней стенке 12-пк, средней глубины, края ровные, дно покрыто фибрином, слегка кровоточит, слизистая вокруг гиперемирована, луковица 12-пк деформирована. Биопсия: антральный отдел - хронический антрум- гастрит с неполной атрофией, высокая степень активности, выраженная обсемененность Н.Р. (+++). УЗИ: деформация желчного пузыря, диффузные изменения pancreas. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 82 в минуту, гипертрофия правого предсердия. Диффузные изменения миокарда II а степени.

**Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Какие антисекреторные средства наиболее предпочтительны в данном случае.

3. Составьте программу реабилитации для больного.

4. Какие факторы являются ведущими для выбора поддерживающей терапии.

**Задача №2.**

Больной Л, 61 года поступил с жалобами на изжогу, тошноту, боли в подложечной области, возникающие через 1.5 ч. после еды, частые «ночные» боли. Из анамнеза: около 15 лет страдает язвенной болезнью желудка с частыми обострениями. При ФГДС с биопсией выявлена язва малой кривизны желудка (0,5 см в диаметре). При исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка обнаружен Helicobacterpylori.

**Вопросы:** 1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.

3. Препараты из какой группы необходимо добавить для купирования тошноты? Приведите пример.

**Задача №3.**

Больной К, 22 года поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, купируемые приемом алмагеля. Из анамнеза: 2 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; имеется аллергическая реакция на пенициллин, проявляющаяся отеком Квинке. При ФГДС выявлена язва (0,7 см. в диаметре) в ампуле двенадцатиперстной кишки. При исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки обнаружен Helicobacterpylori. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение.

**Вопросы:** 1.Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.

2. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения.

3.Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации Нр.

**Задача № 4**

Больной, 28 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области. Перед поступлением в больницу была рвота "кофейной гущей", после чего боли стихли, но появились слабость, сердцебиение, головокружение, шум в ушах. При осмотре: бледность кожных покровов, А/Д снижено, РS 110 в мин, при пальпации живота — напряжение мышц в эпигастральной области.

**Вопросы:** 1.Сформулируйте предположительный диагноз.

2.Назначьте лечение.

**Задача №5**

Боря Е., 17 лет, обратился в поликлинику с жалобами на длительные, приступообразные, иногда сверлящие боли в животе с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок. Частые ночные боли. Облегчение приносит прием пищи. Длительность периода болей около 1 месяца. Аппетит не нарушен. Из семейного анамнеза выяснено, что у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка, у матери эрозивный гастрит. Объективно: самочувствие удовлетворительное. Подкожно-жировой слой истончен. Лимфоузлы не увеличены.Носовое дыхание не нарушено. Пальпация, перкуссия, аускультация изменений со стороны органов дыхания не выявили. Область сердца не изменена и границы не расширены. Тоны приглушены, ритмичные. А/Д 110/60 мм.рт.ст на обеих руках. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеспускание не нарушены.Общие анализы мочи и крови без патологии. Азотовыделительная функция не нарушена. Отклонений в белковом спектре крови, уровне липидов и сахара крови нет. Рентгенологическое исследование желудка с сульфатом бария симптом "ниши" в антральном отделе желудка.

**Вопросы:** 1.Сформулируйте диагноз

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 6Клиническая фармакология НПВС, ГКС. Защита клинико-фармакологической карты**

**Формы текущего контроляуспеваемости***- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, представление реферата, защита клинико-фармакологической карты,проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Классификация нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

2.Механизм действия НПВС, их эффекты, нежелательные побочные явления, взаимодействия с другими лекарственными средствами.

3. Показания к применению НПВС.

4. Особенности назначения нестероидных противовоспалительных средств с учетом возраста пациента, сопутствующих заболеваний, беременности, лактации.

5. Механизм действия ГКС.

6..Классификация, фармакодинамические эффекты ГКС.

7. Фармакокинетика, показания к назначению ГКС.

8.Варианты терапии ГКС.

9.Побочные эффекты длительной терапии ГКС.

**Тестовые задания**

**Клиническая фармакология НПВС**

1. Укажите клиническое состояние, являющееся показанием для монотерапии НПВС:

внесуставные ревматические заболевания (миозит, тендовагинит, синовит)

системная красная волчанка

дерматомиозит

мигрень

все перечисленные заболевания

2. Для ацетилсалициловой кислоты не характерно:

торможение агрегации тромбоцитов в дозе 75-325 мг

противовоспалительное действие в дозе 4,0-6,0 г

анальгезирующий эффект в дозе 0,5-2,0 г

жаропонижающее действие в дозе 0,5-2,0 г

антиатеросклеротический эффект в дозе 0,5-2,0 г

3. В сравнении с индометацином у ацетилсалициловой кислоты более выражено:

анальгетическое действие

угнетение синтеза Pg

антиагрегантное действие на тромбоциты

противовоспалительное действие

жаропонижающее действие

4. Желудочно-кишечные осложнения при применении ацетилсалициловой кислоты связаны со всем перечисленным, кроме:

прямого раздражающего действия на слизистую

уменьшением продукции мукополисахаридов слизистой ЖКТ

снижением репаративных процессов в слизистой оболочке

повышенной ломкостью капилляров

уменьшением продукции бикарбонатов

5. К НПВС с выраженной противовоспалительной активностью относится:

метамизолол

кеторолак

парацетамол

диклофенак

ибупрофен

6. Выберите селективный ингибитор ЦОГ-2:

ацетилсалициловая кислота

диклофенак

целекоксиб

кеторолак

индометацин

7. Укажите, при каком виде боли НПВС наименее эффективны:

висцеральные

почечная колика

головная боль

боли в мышцах

боли в нервных стволах

8. НПВС показаны при следующих заболеваниях:

дисменорея

лихорадка

артериальные тромбозы

невралгии

все вышеперечисленные

9. Наибольшую гастротоксичность имеет следующий препарат:

ибупрофен

индометацин

мелоксикам

диклофенак

парацетамол

10. Почему назначение НПВС в последнем триместре беременности нежелательно:

замедление родовой деятельности

усиление сократимости миометрия

мутагенное действие

нарушение роста костей и зубов плода

активация свертывающей системы

11. Взаимодействие НПВС с ингибиторами АПФ при лечении артериальной гипертензии приводит к:

ослаблению гипотензивного эффекта

усилению гипотензивного эффекта

угнетению ЦНС

снижению гастротоксичности НПВС

устранению антиагрегантного действия НПВС

12. Наиболее опасным препаратом в плане возникновения интерстициального нефрита является:

парацетамол

фенацетин

пироксикам

напроксен

индометацин

13. На каком уровне происходит взаимодействие НПВС и аминогликозидов:

тормозят всасывание аминогликозидов

тормозят метаболизм аминогликозидов в печени

тормозят почечную экскрецию аминогликозидов

вытесняют из связи с белками

физико-химическое взаимодействие

14. При взаимодействии индометацина с другими препаратами:

увеличивается диуретическая активность фуросемида

уменьшается гипотензивное действие эналаприла

уменьшается токсический эффект сердечных гликозидов

снижается активность непрямых антикоагулянтов

отсутствует взаимодействие с другими препаратами

15. Какое побочное действие НПВС исправляет комплексный препарат артротек (диклофенак + мизопростол):

кровотечение

“НПВС – гастропатии”

апластические анемии

задержку натрия

нефротоксическое действие

16. Какое свойство отличает ибупрофен от других анальгетиков-антипиретиков:

редкие побочные реакции

сильная анальгетическая и противовоспалительная активность

более раннее наступление жаропонижающего эффекта

более продолжительный эффект

возможность использования у беременных

17. Укажите препарат, способный вызвать расстройства психики:

индометацин

диклофенак

ацеклофенак

парацетамол

анальгин

18. Основным механизмом действия НПВС является:

антибактериальный

антипростагландиновый

антигистаминный

торможение реакции антиген-антитело

антилейкотриеновый

19.Основным фармакодинамическим эффектом НПВС являются все нижеперечисленные, за исключением:

антипиретического

анаболического

противовоспалительного

анальгетического

антиагрегантного

1. Какая связь с альбуминами плазмы у большинства НПВС:

высокая

умеренная

низкая

НПВС связаны с глобулинами

НПВС связаны с эритроцитами

1. Ульцерогенный эффект какого препарата наименее выражен:

у индометацина

диклофенака

напроксена

ацетилсалициловой кислоты

целебрекса

1. После приёма НПВС быстрее развивается эффект:

противовоспалительный

анальгетический

десенсибилизирующий

антиагрегантный

все эффекты одновременно

1. Наиболее выраженным противовоспалительным эффектом обладает:

ибупрофен

парацетамол

кеторолак

диклофенак

анальгин

1. Укажите недостаток высокоселективных блокаторов ЦОГ2:

выраженный гастротоксический эффект

кровоточивость

ухудшение прогноза при ИБС

нейро-мышечная блокада

психические нарушения

**«Клиническая фармакология ГКС»**

* + - 1. **Выберите естественный ГКС:**

1. преднизолон
2. дексаметазон
3. гидрокортизон
4. триамцинолон
5. бекламетазон
   * + 1. **Выберите дозу преднизолона, соответствующую фоновой выработке ГКС в надпочечниках:**
6. 10 мг
7. 15 мг
8. 20 мг
9. 30 мг
10. 40 мг
    * + 1. **Максимальная секреция ГКС в течение суток:**
11. 17 часов
12. 20 часов
13. 24 часа
14. 3-4 часа
15. 6-8 часов
    * + 1. **Противовоспалительный эффект ГКС осуществляется через:**
16. блокаду ЦОГ
17. блокаду ЛОГ
18. блокаду лейкотриеновых рецепторов
19. активацию фосфолипазы А2
20. блокаду фосфолипазы А2
    * + 1. **Что не относится к побочным эффектам ГКС:**
21. задержка натрия и воды
22. повышение глюкозы плазмы
23. катаболизм белков
24. задержка калия
25. противовоспалительный эффект
    * + 1. **Выберите препарат с наиболее выраженным противоаллергическим действием:**
26. триамцинолон
27. гидрокортизон
28. бетаметазон
29. преднизолон
30. дексаметазон
    * + 1. **Выберите ГКС в наибольшей степени стимулирующий аппетит**
31. преднизолон
32. дексаметазон
33. триамцинолон
34. бекламетазон
35. метилпреднизолон
    * + 1. **Укажите ингаляционный ГКС, обладающий наименьшей биодоступностью:**
36. бекламетазон
37. флютиказон
38. будесонид
39. бетаметазон
40. дексаметазон
    * + 1. **Какой из ГКС в наибольшей мере способствует развитию миопатии:**
41. дексаметазон
42. триамцинолон
43. бетаметазон
44. метилпреднизолон
45. преднизолон
    * + 1. **Минералкортикоидный эффект в наибольшей степени характерен для:**
46. гидрокортизона
47. преднизолона
48. метилпреднизолона
49. триамцинолона
50. бетаметазона
    * + 1. **Минералкортикоидная активность отсутствует у:**
51. кортизона
52. гидрокортизона
53. дексаметазона
54. преднизолона
55. метилпреднизолона
    * + 1. **Выберите правильный ответ:**
56. практически не влияют на липидный обмен
57. способствуют задержке кальция
58. усиливают эффект пероральных противодиабетических средств
59. являются континсулярными гормонами
60. способствуют выведению натрия и воды
    * + 1. **Влияние ГКС на обмен кальция:**
61. улучшают всасывание кальция в кишечнике
62. способствуют накоплению кальция в костной ткани
63. вызывают гипокальциемию и гиперкальцийурию
64. нарушают почечную экскрецию кальция
65. увеличивают накопление кальция в костях

**14.Какую фазу воспаления угнетают ГКС:**

1. альтерацию
2. экссудацию
3. пролиферацию
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

**15. Верно одно из утверждений: Глюкокортикостероиды:**

1. угнетают экссудацию
2. угнетают экссудацию и альтерацию
3. угнетают экссудацию и пролиферацию
4. угнетают альтерацию и пролиферацию
5. угнетают все фазы воспаления

**16.Глюкокортикоиды вызывают:**

1. лимфоцитопению
2. моноцитопению
3. эозинопению
4. стимулирует образование эритроцитов и тромбоцитов
5. все перечисленное

**17.При приеме внутрь ГКС всасываются:**

1. быстро и практически полностью в тощей кишке
2. постепенно на протяжении всего кишечника около 70%
3. медленно в течение 2-3 часов, пища нарушает всасывание
4. быстро, но прием пищи уменьшает всасывание на 50%
5. ГКС полностью всасываются в желудке

**18.Выберите неправильное утверждение:**

1. Отрицательное влияние ГКС на костно-мышечную систему проявляется:
2. миопатией
3. патологическими переломами
4. компрессионными переломами позвонков
5. остеосклерозом
6. остеопорозом

**19.Выберите ложное утверждение: Негативное влияние глюкокортикостероидов на ЦНС проявляется:**

1. неустойчивым настроением
2. психозом
3. синдромом псевдоопухоли мозга
4. понижением судорожного порога
5. бессонницей

**20. Негативное влияние ГКС на метаболизм проявляется:**

1. гипогликемией
2. снижением аппетита
3. снижением липидов
4. катаболизмом белков
5. всем перечисленным

**21. Отрицательное влияние ГКС на эндокринную систему может проявляться:**

1. ускорением полового созревания
2. ускорением роста у детей
3. усилением функции надпочечников
4. усилением полового влечения
5. дис- и аменореей

**22. Угнетения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы не происходит при приеме преднизолона в дозе:**

1. 30 мг/сутки
2. 40 мг/сутки
3. 20 мг/сутки
4. 10 мг/сутки
5. 5 мг/сутки

**23. Полное восстановление функции коры надпочечников при курсе ГКС 2-3 недели происходит:**

1. сразу после отмены
2. через 2-недели
3. 3-4 недели
4. 2-3 месяца
5. 6-12 месяцев

**24. В наибольшей степени угнетает гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковоую систему:**

1. преднизолон
2. метилпреднизолон
3. гидрокортизон
4. дексаметазон
5. бекламетазон

25. **Меры профилактики надпочечниковой недостаточности при лечении ГКС:**

1. соблюдать циркадный ритм назначения
2. использовать альтернирующую терапию
3. постепенно снижать дозу при курсе более 2 недель
4. использовать наименьшие эффективные дозы
5. все ответы верны
6. **Заместительная терапия подразумевает применение ГКС:**
7. один раз в день
8. 2\3 утром и 1\3 в обед
9. 1\3 утром и 2\3 в обед
10. 1\3 утром, в обед и вечером
11. кратность приема не имеет значения
12. **Супрессивная терапия ГКС при адреногенитальном синдроме подразумевает:**
13. 1\3 дозы кортизона утром, 2\3 дозы вечером
14. 2\3 дозы кортизона утром, 1\3 вечером
15. вся доза кортизона утром
16. вся доза кортизона вечером
17. время приема не имеет значения
18. **Выберите неверный ответ: Пульс-терапия – это:**
19. неотложная терапия тяжелых, угрожающих жизни заболеваний
20. быстрый эффект, возможность последующего использования низкой поддерживающей дозы
21. быстрый эффект, но в последующем нужны более высокие дозы
22. высокие (до 3000 мг\сутки) дозы преднизолона
23. все утверждения верны
24. **Относительными противопоказаниями для преднизолона являются все, кроме:**
25. сахарного диабета
26. язвенной болезни желудка
27. тяжелой артериальной гипертензии
28. астматического статуса
29. тяжелой сердечной недостаточности
30. **При проведении пульс-терапии более предпочтителен:**
31. преднизолон
32. метилпреднизолон
33. дексаметазон
34. бетаметазон
35. флютиказон
36. **При назначении на длительный срок предпочтительнее использовать:**
37. дексаметезон
38. метилпреднизолон
39. преднизолон
40. триамцинолон
41. любой из перечисленных
42. **Выберите ГКС, противопоказанный при дерматомиозите:**
43. дексаметазон
44. триамцинолон
45. преднизолон
46. метилпреднизолон
47. бетаметазон
48. **Альтернирующая терапия ГКС предполагает использование:**
49. невысоких доз стероидов с периодическим их увеличением
50. одного препарата через день в виде одной удвоенной дозы
51. двух препаратов попеременно (с уменьшением дозы вдвое)
52. высоких доз стероидов коротким курсом
53. системных ГКС с переходом на ингаляционные формы
54. **Механизм действия ГКС при бронхиальной астме выражается в следующем, кроме:**
55. уменьшения продукции антител
56. блокирования биологически активных веществ
57. уменьшения отека
58. выраженного бронхолитического действия
59. всего перечисленного
60. **Перечислите показания к короткому курсу ГКС:**
61. надпочечниковая недостаточность
62. снятие аллергического воспаления
63. аутоиммунный процесс
64. тяжелая степень бронхиальной астмы
65. гломерулонефрит
66. **Глюкокортикостероидная терапия является основным методом лечения при:**
67. системной красной волчанке
68. бронхиальной астме
69. дерматомиозите
70. неинфекционном активном гепатите
71. всех перечисленных заболеваниях
72. **К ГКС длительного действия относится:**
73. преднизолон
74. гидрокортизон
75. кортизон
76. дексаметазон
77. бекламетазон
78. **Укажите препарат с наименьшим ульцерогенным действием:**
79. преднизолон
80. триамцинолон
81. бетаметазон
82. дексаметазон
83. метилпреднизолон
84. **Выберите ГКС, наиболее часто вызывающий остеопороз:**
85. преднизолон
86. дексаметазон
87. триамцинолон
88. бетаметазон
89. метилпреднизолон
90. **Какие симптомы могут появиться после резкой отмены ГКС:**
91. коллапс
92. рвота
93. боли в животе
94. артралгии
95. все перечисленные
96. **Укажите эффекты взаимодействия преднизолона и эстрогенных препаратов:**
97. усиление эффектов ГКС
98. задержка натрия
99. усиление отеков
100. ускорение свертывания крови
101. все перечисленное
102. **Отметьте ГКС с наибольшей минералкортикоидной активностью:**
103. преднизолон
104. гидрокортизон
105. триамцинолон
106. метилпреднизолон
107. дексаметазон
108. **Наиболее ранними нежелательными эффектами ГКС являются:**
109. катаракта
110. стероидная язва
111. остеопороз
112. кушингоидный синдром
113. надпочечниковая недостаточность
114. **Укажите препарат для лечения гипертензии на фоне длительной терапии ГКС:**
115. гипотиазид
116. метопролол
117. нифедипин-retard
118. рамиприл
119. индапамид
120. **Какой путь выведения имеют все ГКС:**
121. фильтрация в почках
122. печеночный метаболизм
123. секреция канальцами почек
124. выделение с желчью
125. все перечисленные
126. **Выберите наиболее активный глюкокортикостероид:**
127. триамцинолон
128. преднизолон
129. гидрокортизон
130. дексаметазон
131. метилпреднизолон
132. **Какой ГКС содержит дипроспан:**
133. преднизолон
134. триамцинолон
135. дексаметазон
136. бетаметазон
137. гидрокортизон
138. **Показаниями к проведению пульс-терапии ГКС являются:**
139. реакция отторжения трансплантата
140. дерматомиозит
141. системная красная волчанка
142. рассеянный склероз
143. все перечисленные
144. **Какой способ введения ГКС относят к месной терапии:**
145. ингаляционный
146. интраартикулярнй
147. внутрикожный (в рубцы)
148. внутриполостной (внутриплевральный и др.)
149. все перечисленные

49. **Укажите противопоказание для назальных форм ГКС:**

1. аллергический ринит
2. повторные носовые кровотечения
3. полипоз носа
4. искривление носовой перегородки
5. артериальная гипертензия
6. **Выберите порошковый ИГКС:**
7. беклометазон
8. флютиказон
9. будесонид
10. бетаметазон
11. метилпреднизолон
12. **Выберите ГКС для внутрисуставного введения:**
13. гидрокортизона ацетат
14. депо-медрол
15. дипроспан
16. кеналог-40
17. все перечисленные
18. **Отметьте продолжительность действия дипроспана при внутримышечном введении:**
19. 3-4 недели
20. 5-6 недель
21. 2-3 месяца
22. 0,5 года
23. 7 дней

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Больной В., 60 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость и сильные боли в лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах на обеих руках, утреннюю скованность в этих суставах, длительностью до 1,5 ч, повышение температуры тела до 37,5 °С. При осмотре названные суставы увеличены в размерах, кожа над суставами горячая на ощупь, отмечается ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов («ласты моржа»). Со слов пациента болеет уже около 6 лет, стационарно нигде не обследовался и не лечился.

По поводу вышеназванных жалоб пациент в стационаре получал максимальную суточную дозу диклофенака 200 мг/сут в течение 4 дней. На фоне приема препарата отметил появление интенсивных болей в эпигастрии, тошноту, рвоту съеденным с последующим присоединением темной крови (по цвету «кофейной гущи»).

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Предложите фармакотерапию.
3. В чем причина ухудшения состояния.
4. Ваши действия.

**Задача №2**

Больная А., 65 лет, наблюдается в клинике с диагнозом - остеоартроз коленных и тазобедренных суставов. Из сопутствующих заболеваний - хронический пиелонефрит. По поводу основного заболевания практически постоянно принимает разные НПВС. При проведении лабораторных исследований обращает на себя внимание наличие большого количества эритроцитов и плоского эпителия в общем анализе мочи (макрогематурии не наблюдается).

**Вопросы:**1. В чем причина подобных изменений в анализе мочи?

2. Ваша тактика.

**Задача №3**

Пациенту К., 70 лет, проходившему лечение по поводу ИБС: стенокардии напряжения III функционального класса, в связи с обострением поясничного остеохондроза был назначен индометацин по 25 мг 3 раза в день. Через несколько дней у пациента появились изжога и дискомфорт в подложечной области. При проведении эзофагогастродуоденоскопии выявлены эрозии пищевода и желудка.

**Вопросы:**1. Какая тактика в данном случае является наиболее рациональной?

**Задача№ 4**

Пациентка К., 47 лет, в течение 20 лет страдает бронхиальной астмой. В связи с недостаточностью эффекта проводимой терапии и тяжелым течением заболевания в последние 6 лет постоянно принимает триамцинолон (12 мг — в 8 утра). В последние полгода у больной появились боли в области спины, усиливающиеся при движениях. Объективно: рост — 160 см, масса — 87 кг, гирсутизм, симптомокомплекс Иценко-Кушинга, АД — 150/100 мм рт. ст., сахар крови — 7,3 ммоль/л.

**Вопросы:**

1.Каковы возможные причины появления болей в спине?

1. Какие мероприятия вы предпримете для уточнения диагноза?
2. Как можно снизить нежелательное действие глюкокортикоидов у данной больной?
3. Каковы причины повышения уровня глюкозы у данной больной?

**Задача №5**

Пациентка П., 70 лет, 8 лет назад перенесла крупноочаговый инфаркт миокарда. Поступила в отделение с клиникой застойной сердечной недостаточности (отеки на ногах, приступы кардиальной астмы), нестабильностью АД (последние дни подъемы АД до 180/100 мм рт. ст.). **Проводилось лечение:** эналаприл 10 мг — утром и вечером; фуросемид 40 мг — утром натощак; гидрохлоротиазид 25 мг — утром; спиронолактон 50 мг — утром и в обед; аспирин 125 мг — в обед, после еды. Состояние больной улучшилось: уменьшилась одышка при ходьбе, исчезло ортопноэ, АД стабилизировалось на уровне 120/80-140/90 мм. Больная была переведена на прием фуросемида 2 раза в неделю, доза спиронолактона была снижена до 25 мг/ сутки. После выписки в течение месяца состояние больной было стабильным. В связи с появлением болей в спине участковый терапевт назначил дополнительно индометацин по 25 мг 4 раза в день. Через неделю болевой синдром в спине уменьшился, однако больная вновь стала отмечать усиление одышки, просыпаться по ночам из-за удушья, АД стало повышаться до 160/100 мм рт. ст.

**Вопросы:1.**В чем наиболее вероятная причина ухудшения состояния?

Переход на более редкий прием фуросемида.

Уменьшение дозы спиронолактона.

Неблагоприятное взаимодействие индометацина с диуретиками и гипотензивными средствами.

D. Одновременное назначение индометацина и аспирина.

**Задача №6**

У мальчика 6 лет в период эпидемии гриппа после посещения детского сада вечером поднялась температура тела до 39,5 °С, появились ломящие боли в руках и ногах, заложенность носа.

**Вопросы:**

**1.Какие препараты из группы НПВС можно назначить ребенку?**

Аспирин.

Парацетамол.

Ибупрофен.

Метамизол натрия.

**Задача № 7**

Пациент П., 40 лет, наблюдается с диагнозом остеохондроз поясничного отдела позвоночника. При болях в спине наиболее часто принимает метамизол натрия (анальгин) и содержащие его комбинированные препараты (пенталгин, баралгин). Последнюю неделю вновь отмечает появление болевого синдрома, самостоятельно начал принимать анальгин. Боль через несколько дней прошла, но появились боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 39 °С, общая слабость. Обратился к участковому терапевту. При осмотре зева — некротические бляшки и язвы с грязно-серым налетом на миндалинах. В анализе крови — выраженное снижение числа лейкоцитов до 1,5 х 109/л, нейтрофилов до 0,5 х Ю9/л, а также снижение числа тромбоцитов до 100 х Ю9/л.

**Вопросы:1.** Как можно объяснить данную ситуацию?

**Задача №8**

Пациентка В., 60 лет, по поводу головных болей регулярно долгое время принимала один и тот же препарат. Со слов пациентки, это был анальгетик, который она свободно покупала в аптеке. Последнее время пациентку беспокоят боли в горле, озноб, повышение температуры тела до 38,5 °С. Обратилась к врачу. В общем анализе крови выраженное снижение числа лейкоцитов до 1,5 х 109/л., нейтрофилов до 0,5 х 109/л., а также снижение числа тромбоцитов до 100 х 109/л. Изменения в крови были связаны с приемом НПВС.

**Вопросы:**

**1.** Какая группа НПВС наиболее часто вызывает подобные изменения в крови?

**Задача №9**

Пациента М., 50 лет, длительное время беспокоят боли и припухлость суставов ног. Использовал для лечения разогревающие мази (финалгон), к врачу не обращался.

В последние несколько месяцев отмечает ухудшение самочувствия: боли в суставах ног стали сильнее, появились боли и припухлость в суставах кистей, нарушился сон.

При обследовании выставлен диагноз: Ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, II степень активности. Назначено лечение диклофенаком натрия по 50 мг 3 раза в день. На фоне приема препарата боли в суставах немного уменьшились, но пациент продолжал чувствовать себя плохо.

**Вопросы:**1. Какая тактика дальнейшего лечения является наиболее рациональной?

Увеличить дозу диклофенака до 200 мг в сутки.

Дополнительно назначить другой препарат из группы НПВС (например, индометапин по 25 мг 3 раза в день).

Отменить диклофенак и назначить преднизолон в начальной дозе 60 мг в сутки.

Дополнительно назначить метотрексат в начальной дозе 7,5 мг 1 раз в неделю вместе с фолиевой кислотой.

**Задача №10**

У 40-летней пациентки диагностирован ревматоидный артрит с поражением двух лучезапястных суставов с признаками местной активности. В анамнезе — вирусный гепатит В. В общем анализе крови: Нв — 100 г/л, Л — 2,8 х 109/л, Э-2, П-3, С-45, Л-40, М-10, тромбоциты — 120 х 109/л, СОЭ — 35 мм/час. Аст — 25 ЕД, Алт — 60 ЕД. В общем анализе мочи: уд.

вес 1015, белок — 1,6%, эритроциты — 2—3 в поле зрения, лейкоциты — 3—4 в поле зрения, цилиндры — 1—2 в поле зрения.

**Вопросы: Какой вариант лечения наиболее рационален?**

Нестероидные противовоспалительные препараты.

Метотрексат.

Внутрисуставное введение глюкокортикоидов.

Препараты золота.

**Задача №11**

60-летняя пациентка с остеоартрозом коленных суставов и выраженным болевым синдромом получает без эффекта ибупрофен в суточной дозе 800 мг в течение 10 дней. Клинические признаки синовита не выражены.

**Вопросы: Какие рекомендации относительно больной правильны?**

Замена на другой противовоспалительный препарат ввиду низкой активности ибупрофена при остеоартрозе.

Увеличение дозы ибупрофена до 2000 мг в сутки.

Назначение ибупрофена преимущественно в вечерние и утренние часы.

Дополнительное внутрисуставное введение ГКС.

**Задача №12**

Пациентка с системной красной волчанкой с наличием волчаночного нефрита с клинико-лабораторными признаками активности III степени получает преднизолон внутрь в суточной дозе 60 мг в течение 2 месяцев. На фоне лечения остаются признаки активности, отмечено повышение уровня креатинина, АД и глюкозы крови.

**Вопросы:**

1.При обсуждении дальнейшей программы ведения больной правильной тактикой является:

Пульс-терапия метилпреднизолоном.

Продолжить лечение преднизолоном внутрь до трех месяцев.

Переход на альтернирующий режим лечения из-за развития побочных эффектов.

Назначение циклофосфамида.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Анализа данных клинического обследования и дополнительных методов исследования для обоснования диагноза конкретного больного
* Проведение экспертной оценки качества применяемой у конкретного пациента фармакотерапии с использованием объективных методов и методов доказательной медицины

**Учебная Клинико-фармакологическая карта**конкретного курируемого больного, разработанная иоформленная студентом в течение цикла.

**«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 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% 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 клиническогодиагноза и проведении дифференциального диагнозаправильно 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 клинико-фармакологической карты курируемого пациента** | Оценки «ОТЛИЧНО» заслуживает студент, полно и грамотно проведший анализ фармакотерапии реального больного, сумевший аргументированно провести оценку применяемой фармакотерапии с использованием объективных методов и методов доказательной медицины, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, а также знакомый с дополнительной литературой по изучаемому случаю. |
| Оценки «ХОРОШО» заслуживает студент, грамотно проведший анализ фармакотерапии реального больного, достаточно убедительно проведший оценку применяемой фармакотерапии с использованием объективных методов и методов доказательной медицины, усвоивший основную литературу, рекомендованную к занятию. Вместе с тем могут отмечаться отдельные ошибки в медицинской терминологии, рецептуре, стилистические ошибки. |
| Оценки «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» заслуживает студент, недостаточно полно проведший анализ фармакотерапии реального больного, допустившим множественные погрешности при проведении анализа и применении объективных методов, использовании научной медицинской терминологии, множественные стилистические ошибки и отступления от последовательного изложения текста, однако при этом обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения смежных дисциплин, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется студентам, допустившим погрешности, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется студенту, обнаружившему при написании карты существенные пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки при проведении анализа собранного материала. |
| **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 соответствуетнеобходимому 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 формеэкзамена проводится

по экзаменационным билетам, в устной форме и в форме интерпретации данных лабораторно-инструментальных исследований

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения экзаменационного рейтинга.

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.**Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5баллов.**Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-3балла**Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний (экзамен) по дисциплине «Госпитальная терапия, клиническая фармакология»**

1. Ишемическая болезнь сердца. Социальное значение и эпидемиология. Классификация. Понятие о факторах риска.
2. Внезапная смерть. Факторы развития. Реанимационные мероприятия. Профилактика.
3. Стенокардия. Определение понятия. Этиология. Классификация. Патогенез болевого синдрома при различных вариантах. Клиника. Методы инструментальной диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Виды хирургического лечения и показания к ним. Трудовая экспертиза.
4. Инфаркт миокарда. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические варианты течения острого периода. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная терапия острого периода. Реабилитация больных инфарктом миокарда.
5. Осложнения острого периода инфаркта миокарда.
6. Кардиогенный шок при инфаркте миокарда. Патогенез. Классификация. Лечение.
7. Эссенциальная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Эпидемиология. Социальное значение проблемы. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Трудовая экспертиза. Профилактика.
8. Гипертонические кризы. Классификация. Неотложная помощь при кризах.
9. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация. Факторы развития. Схема обследования при артериальной гипертензии. Дифференциальная диагностика. Основные подходы к лечению. Особенности терапии при отдельных видах симптоматических гипертензий.
10. Острая сердечная недостаточность. Этиология. Характер нарушений гемодинамики. Клиника. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. Профилактика.
11. Атеросклероз. Социальное значение проблемы. Эпидемиология. Современные представления о патогенезе. Роль нарушений липидного обмена в развитии. Наиболее частые локализации атеросклероза. Методы лабораторной и инструментальной диагностики. Основные подходы к лечению. Первичная и вторичная профилактика.
12. Нарушения ритма сердца. Этиология. Общие механизмы развития аритмий. Классификация.
13. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). Причины развития. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение пароксизмальной и постоянной форм. Профилактика.
14. Экстрасистолия. Этиология. Патогенез. Морфо-функциональные механизмы развития. Классификация. Клиника. Значение в прогнозе других осложнений. Неотложная терапия. Лечение. Профилактика.
15. Сердечные блокады. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Неотложная терапия. Лечение. Профилактика.
16. Пароксизмальные тахикардии. Классификация. Патогенетические факторы развития. Клиническая картина и диагностика. Неотложная терапия при различных вариантах. Лечение и профилактика.
17. Синдром слабости синусового узла. Диагностика. Клинические проявления. Показания к имплантации искусственного водителя ритма.
18. Современные немедикаментозные методы антиаритмической терапии. Дефибрилляция. Электрокардиостимуляция. Показания. Возможные осложнения.
19. Кардиомиопатии. Классификация. Клинические проявления основных вариантов. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Виды и показания к хирургическому лечению. Трудовая экспертиза. Профилактика.
20. Инфекционный эндокардит. Этиология и патогенез. Способствующие факторы. Патологическая анатомия. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика обострений. Трудовая экспертиза.
21. Хроническая сердечная недостаточность. Этиологические факторы. Современные представления о патогенезе. Классификация (стадии, функциональные классы, гемодинамические варианты). Клиника. Методы диагностики.
22. Лечение хронической сердечной недостаточности. Режим. Диета. Медикаментозная терапия. Основные группы препаратов, используемых для лечения. Физическая реабилитация. Трудовая экспертиза. Прогноз. Профилактика.
23. Приобретенные митральные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Трудовая экспертиза.
24. Приобретенные аортальные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Трудовая экспертиза.
25. Перикардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины при различных вариантах. Методы инструментальной диагностики. Лечение с учетом этиологических факторов. Показания к хирургическому лечению.
26. Миокардиты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина.  
    Варианты течения. Осложнения. Диагностика (роль инструментальных и  
    лабораторных методов в диагностике). Основные принципы лечения. Трудовая  
    экспертиза. Профилактика.
27. Врожденные пороки сердца у взрослых (открытый артериальный проток,  
    дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, коарктация аорты).  
    Этиология. Значение патологической наследственности и инфекционных  
    заболеваний матери. Методы лечения.
28. Кардиалгический синдром. Этиологические факторы. Дифференциальная диагностика.
29. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Патогенез. Диагностика. Основные клинические проявления. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика.
30. Функциональная диагностика в кардиологии.
31. Ревматическая лихорадка. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Первичная и вторичная профилактика.
32. Современная классификация и номенклатура ревматизма. Диагностические критерии. Понятие об острой ревматической лихорадке.
33. Ревматический кардит (эндомиокардит, перикардит). Патологическая анатомия, клиника, лечение.
34. Профилактика ревматизма, ее виды.
35. Ревматоидный артрит. Определение понятия. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Особенности клинической картины при различных вариантах течения. Критерии диагностики. Лечение. Понятие о базисной терапии. Прогноз.
36. Системная красная волчанка. Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагностики, лабораторные изменения. Лечение, прогноз и профилактика.
37. Деформирующий остеоартроз. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
38. Системные заболевания соединительной ткани (системная склеродермия, узелковый периартериит, дерматомиозит). Определение понятий. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
39. Подагра. Этиология, патогенез, классификация. Основные клинические проявления. Критерии диагноза. Лечение.
40. Суставной синдром. Классификация заболеваний суставов. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
41. Внебольничные пневмонии. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Основные клинические проявления. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
42. Госпитальная пневмония. Этиология и условия возникновения. Особенности течения. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
43. ХОБЛ. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Понятие о базисной терапии. Трудовая экспертиза. Первичная и вторичная профилактика.
44. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Современная классификация бронхиальной астмы. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Трудовая экспертиза.
45. Приступ бронхиальной астмы. Причины возникновения. Купирование приступа бронхиальной астмы.
46. Астматический статус. Причины его формирования. Классификация. Лечение.
47. Бронхообструктивные состояния. Дифференциальная диагностика. Неотложная терапия.
48. Нагноительные заболевания легких (абсцесс легкого, бронхоэктатическая болезнь). Этиология и патогенез. Клиника. Лечение. Трудовая экспертиза.
49. Плевриты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Значение исследования характера экссудата. Диагностическая и лечебная плевральная пункция. Лечение.
50. Легочное сердце. Этиология и патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение.
51. Эмфизема легких. Определение понятия. Эпидемиология. Первичная и вторичная эмфизема. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Лечение. Профилактика.
52. Дыхательная недостаточность. Причины развития. Классификация. Диагностика.
53. Спонтанный пневмоторакс. Причины возникновения. Диагностика. Неотложная помощь.
54. Кровохарканье и легочное кровотечение. Причины возникновения. Неотложная помощь.
55. Функциональная диагностика в пульмонологии.
56. Хронический гастрит. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Классификация. Особенности клинической картины при различных формах гастрита. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение (диетическое, медикаментозное, санаторно-курортное). Трудовая экспертиза. Профилактика.
57. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Факторы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения язвенной болезни. Методы лечения (диета, медикаментозное, немедикаментозные методы, санаторно-курортное). Показания к хирургическому лечению. Неотложная терапия при желудочном кровотечении. Профилактика..
58. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные панкреатиты. Клиническая картина. Зависимость ее от локализации процесса. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение (диета, медикаментозное, санаторно-курортное). Показания к хирургическому лечению.
59. Желчно-каменная болезнь. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Основные клинические синдромы. Особенности клинической картины в период обострения и ремиссии. Осложнения. Тактика врача-терапевта. Методы лечения. Профилактика.
60. Хронические холециститы и холангиты. Этиология и патогенез. Значение инфекции, нарушений моторики, холелитиаза. Клиника. Диагностика. Лечение (диетическое, медикаментозное, санаторно-курортное).
61. Хронический гепатит. Этиология. Патогенез. Роль персистенции вируса. Морфология. Классификация. Основные клинические синдромы. Особенности течения различных форм. Дифференциальный диагноз. Лечение.
62. Циррозы печени. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез). Трудовая экспертиза. Профилактика.
63. Дифференциальный диагноз желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии.
64. Печеночно-клеточная недостаточность. Причины развития. Патогенез. Различные виды лечения.
65. Дифференциальная диагностика при гепатолиенальном синдроме.
66. Воспалительные заболевания кишечника (Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, болезнь Уиппла). Этиология и патогенез. Дифференциальный диагноз. Лечение (диетическое, медикаментозное).
67. Органические и функциональные заболевания пищевода. Рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Дифференциальный диагноз с раком пищевода.
68. Функциональная диагностика при болезнях желудка.
69. Функциональная диагностика в гепатологии.
70. Гломерулонефриты. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Классификация. Основные клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Трудовая экспертиза. Профилактика.
71. Хронический пиелонефрит. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Методы исследования и диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Трудовая экспертиза. Профилактика.
72. Нефротический синдром. Этиология и патогенез первичных и вторичных форм нефротического синдрома. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
73. Острая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Неотложная терапия.
74. Хроническая почечная недостаточность. Причины развития. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Различные методы лечения.
75. Дифференциальная диагностика отечного синдрома.
76. Функциональная диагностика в нефрологии.
77. Острый лейкоз. Классификация острых лейкозов. Этиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Лабораторно-морфологическая диагностика. Дифференциальный диагноз. Терапия отдельных вариантов заболевания. Прогноз и выживаемость.
78. Хронический лимфолейкоз. Этиологические факторы. Клиническая картина. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
79. Хронический миелолейкоз. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Бластный криз. Диагностика. Лечение. Прогноз.
80. Эритремии. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с эритроцитозами. Лечение.
81. Железодефицитная анемия. Классификация. Этиологические факторы. Патогенез. Основные клинические проявления (анемический и сидеропенический синдромы). Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
82. В12~(фолиево)-дефицитные анемии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика.
83. Гемолитические анемии. Этиология и патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
84. Гипо- и апластические анемии. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
85. Геморрагические диатезы. Современная классификация геморрагических состояний. Общие клинические признаки, типы кровоточивости. Методы исследования. Дифференциальный диагноз различных геморрагических состояний. Принципы их дифференцированной терапии.
86. Агранулоцитоз. Этиология. Клиника. Лечение и профилактика.
87. Парапротеинемические гемобластозы. Основные формы. Клинические проявления миеломной болезни. Лечение.
88. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
89. Отечественные терапевтические школы.
90. Понятие о первичной и вторичной профилактике. Цель и методы их проведения.
91. Анафилактический шок и его лечение.
92. Дифференциальная диагностика наиболее часто встречающихся коматозных состояний (комы при сахарном диабете, уремическая, печеночная комы).
93. Лихорадка неясной этиологии. Схема диагностического поиска.
94. Предмет и задачи клинической фармакологии.
95. Фармакодинамика лекарственных средств, ее значение для индивидуализации фармакотерапии.
96. Клиническая фармакокинетика.
97. Взаимодействие лекарственных средств, его виды.
98. Нежелательные эффекты действия лекарственных средств. Классификация.
99. Фармакогенетика, основные понятия, значение для клинициста.
100. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств в разных возрастных группах.
101. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств у беременных, кормящих.
102. Сердечные гликозиды. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
103. Ингибиторы АПФ. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
104. Блокаторы AT1-рецепторов. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
105. Бета-адреноблокаторы. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению. Синдром отмены бета-блокаторов.
106. Селективные бета-адреноблокаторы. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
107. Антагонисты кальция. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
108. Петлевые, тиазидные, калийсберегающие диуретики и ингибиторы карбоангдразы. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
109. Тиазидные и тиазидоподобные диуретики. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
110. Блокаторы альфа1-адренорецепторов. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
111. Гипотензивные препараты центрального действия. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
112. Нитраты и нитратоподобные средства. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
113. Гиполипидемические препараты. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
114. Статины. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
115. Антибактериальные препараты. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
116. Пеницилллины. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
117. Цефалоспорины. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
118. Карбапенемы, монобактамы. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
119. Фторхинолоны. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
120. Макролиды. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
121. Тетрациклины, гликопептиды, аминогликозиды. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
122. Антикоагулянты. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
123. Фибринолитики. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
124. Средства, тормозящие адгезию и агрегацию тромбоцитов. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
125. Системные глюкокортикостероиды. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, виды фармакотерапии, побочные эффекты, показания и противопоказания к системному назначению.
126. Осложнения системной терапии глюкокортикостероидами.
127. Способы доставки глюкокортикостероидов. Местная терапия глюкокортикостероидами. Ингаляционные глюкокортикостероиды, показания к применению, длительность назначения, побочные эффекты.
128. Нестероидные противовоспалительные средства. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению, факторы риска развития осложнений, контроль безопасности длительной терапии НПВС.
129. В2-адреномиметики. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
130. Антихолинергические препараты. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
131. Метилксантины. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
132. Мембраностабилизаторы и блокаторы лейкотриеновых рецепторов. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
133. Муколитические, отхаркивающие, противокашлевые средства. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
134. Блокаторы протонной помпы. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению
135. Блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
136. Антациды. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
137. Противогрибковые средства. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.
138. Противовирусные средства. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, показания и противопоказания к назначению.

**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 -1.45).

2.Защита Учебной истории болезни курируемого больного

3.Защита Клинико-фармакологической карты 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, клиническая фармакология

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.
3. Системные глюкокортикостероиды. Классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, виды фармакотерапии, побочные эффекты, показания и противопоказания к системному назначению

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 » марта 2018 года

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-8готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач | Знать показания и противопоказания к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач | вопросы №1-138 |
| Уметь определять показания и противопоказания к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач | практические задания №2-3 |
| Владеть навыками медицинского применения лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач | практические задания №2-3 |
| 2 | ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Знать особенности жалоб, анамнеза, клинические проявления,данные результатов лабораторных, инструментальных, патолого- и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | вопросы №1-138 |
| Уметь собрать и провести анализ жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов клинического обследования, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания. | практические задания №1.1-1.45, 2, 3 |
| Владеть навыками получения исчерпывающей информации от больного,анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, применения объективных методов клинического обследования, выявлением общих и специфических признаков заболевания, оценкой тяжести состояния пациента , анализа результатов лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания. | практические задания №1.1-1.45, 2, 3 |
| 3 | ПК-6способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | Знать основные патологические состояния, клинические симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, лабораторные, инструментальные и другие методы их раннего выявления | вопросы №1-138 |
| Уметь составить план обследования, интерпретировать полученные данные обследований, диагностировать симптомы и синдромы основных терапевтических заболеваний, их осложнения, проводить дифференциальный диагноз, оценивать тяжесть заболевания и прогноз | практические задания №1.1-1.45, 2, 3 |
| Владеть навыками диагностики основных заболеваний внутренних органов , навыками формулировки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем и клиническими классификациями; | практические задания №1.1-1.45, 2, 3 |
| 4 | ПК-8 способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами | Знатьтеоретические основы и принципы ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами заболеваний терапевтического профиля | вопросы №1-138 |
| Уметьопределять тактику ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями терапевтического профиля, определять показания для медикаментозной и немедикаментозной терапии, определять показания для госпитализации | практические задания № 2, 3 |
| Владетьнавыками ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями терапевтического профиля, определения показаний для медикаментозной и немедикаментозной терапии,определения показаний для госпитализации | практические задания №2, 3 |
| 5 | ПК-10 готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. | Знать принципы и объемы оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний терапевтического профиля, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи | вопросы №1-138 |
| Уметь оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний терапевтического профиля, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи | практические задания № 1.1-1.45, 2, 3 |
| Владеть навыками оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний терапевтического профиля, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи | практические задания № 1.1-1.45, 2, 3 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «Госпитальная терапия, клиническая фармакология»**

Программа обучения студентов включает два дисциплинарных модуля:

1. Модуль: госпитальная терапия.

2. Модуль: клиническая фармакология.

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 / клиникофармакологической карты);
* **рубежного контроля** успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (защита истории болезни / клиникофармакологической карты), за который обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно.

В модуле «госпитальная терапия» - 2 контрольные точки: 1 – контрольная точка текущего контроля (одна общая за два семестра) и 1 – рубежный контроль (учебная история болезни). В модуле «клиническая фармакология» - 2 контрольные точки: 1 – контрольная точка текущего контроля, 1 – рубежный контроль (учебная клиникофармакологическая карта).

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: тестовые задания + интерпретация результатов обследования + ответы на теоретические вопросы (оценивается каждый вопрос по отдельности) представлена в таблице 1.

**Таблица 1.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Экзаменационный этап** | **Баллы** | **Вид контроля** |
| Тестовые задания | 0 | Менее 65% |
| 5 | 65 – 74,99% |
| 10 | 75 – 89,99% |
| 15 | 90 – 100% |
| Интерпретация результатов обследования | 0 | Не правильный ответ |
| 1 | правильный ответ без интерпретации изменений или правильная интерпретация без оглашения правильного ответа |
| 2 | правильный ответ с недостаточной интерпретацией изменений |
| 3 | правильный ответ с полной интерпретацией изменений, который не требует дополнительных пояснений |
| Ответ на вопрос | 0 | отказ от ответа, молчание, незнание вопроса; |
| 1 | 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; |
| 2 | допускаются нарушения в последовательности изложения, имеются упоминания об отдельных базовых аспектах, неполное раскрытие причинно-следственной связи между явлениями и событиями, демонстрируются поверхностные знания вопроса; |
| 3 | ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно, но в недостаточном объеме, материал излагается уверенно, раскрыта причинно-следственная связь между явлением и событием; |
| 4 | 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. |

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 качестве альтернативного варианта, в условиях дистанционной работы с обучающимися, по решению руководства университета, а также в других случаях, по решению кафедрального совещания, согласованного с руководством университета, возможно проведение экзамена в виде тестирования в ИС университета. Экзаменационный рейтинг в данном случае рассчитывается согласно таблице 2.

**Таблица 2.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Экзаменационный этап** | **Баллы** | **Вид контроля** |
| Тестовые задания | 0 | Менее 71% |
| 15 | 71 – 79,99% |
| 20 | 79 – 89,99% |
| 25 | 90 – 94,99% |
| 30 | 95 – 100% |

**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 3.

**Таблица 3.**

|  |  |
| --- | --- |
| **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».