

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Кафедра терапии ФПК и ППС**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

# Перечень оценочных материалов

## *Раздел 1. Болезни органов дыхания.*

### **Тема 1. Обследование больных с заболеваниями органов дыхания**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Оценка данных физикального обследования.
  - Оценка данных лабораторных методов исследования: общего анализа крови, биохимических исследований крови, иммунологических исследований крови, общего анализа мокроты, бактериологического исследования мокроты, цитологического исследования мокроты, исследования лаважной жидкости, иммунологическое исследование мокроты, общего анализа мочи;
- Оценка инструментальных методов исследования.
  - Рентгенологического: рентгеноскопии, рентгенографии, томографии, компьютерной томографии, бронхографии;
  - ЭКГ;
  - Эхо-КГ;
  - Магнитно-резонансной томографии;
  - Функции внешнего дыхания; (фармакологических проб)
  - Спирографии;
  - Пневмотахометрии;
  - Пикфлоуметрии;
  - Определения диффузионной способности легких;
  - Кислотно-основного состояния (КОС);
  - Радиоизотопного исследования;
  - Бронхоскопии с биопсией;
  - Чрескожной биопсии плевры;
  - Медиастиноскопии с биопсией.

#### Тестовый контроль:

##### **При пневмонии крепитация лучше выслушивается:**

- =в стадии прилива и разрешения
- ~в стадии красного опеченения
- ~в стадии серого опеченения
- ~во всех стадиях

##### **Ржавая мокрота более типична:**

- ~для интерстициальной пневмонии
- =для пневмококковой пневмонии
- ~для муковисцидоза
- ~для тромбоэмболии ветвей легочной артерии

##### **В первые 2 дня крупозной пневмонии (стадия прилива) над областью воспаления перкуторный звук:**

- ~низкий
- ~абсолютно тупой
- ~без изменений
- =укорочен с тимпаническим оттенком

##### **Зона лучшего выслушивания хрипов при правосторонней среднедолевой пневмонии находится:**

- ~в подлопаточной области
- =по передней поверхности грудной клетки
- ~по аксиллярной линии
- ~в подключичной области

##### **Голосовое дрожание при пневмонии усилено в стадии:**

- ~серого опеченения
- =прилива
- ~разрешения
- ~красного опеченения

**Укажите наиболее характерные изменения грудной клетки при воспалительном уплотнении доли легкого:**

~отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков

=только отставание в дыхании половины грудной клетки

~гиперстеническая грудная клетка

~увеличение переднезаднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжения межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон

**Какой перкуторный звук появляется при воспалительном уплотнении легочной ткани?**

=абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук

~ясный легочный звук

~тимпанический звук

~коробочный звук

**Какой перкуторный звук появляется при начальной стадии воспаления легких?**

~абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук

~ясный легочный звук

~тимпанический звук

=притупление с тимпаническим оттенком

**При аускультации легких используется дополнительный прием покашливание для:**

~отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов

~выявления скрытой бронхиальной обструкции

~отличия сухих хрипов от влажных хрипов

=отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры

**Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при долевом воспалительном уплотнении легких?**

~ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

~амфорическое дыхание

=бронхиальное дыхание

~жесткое дыхание

**Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при начальной стадии воспаления легких?**

=ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

~амфорическое дыхание

~бронхиальное дыхание

~жесткое дыхание

**Чем обусловлено появление влажных мелкопузырчатых звонких хрипов:**

~вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

~жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

~жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани

=жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани

**При аускультации легких у больных пневмонией не выявляются:**

~ослабленное дыхание при отсутствии хрипов;

=сухие хрипы;

~крупнопузырчатые влажные хрипы;

~мелкопузырчатые влажные хрипы.

**Укажите основной механизм появления патологического бронхиального дыхания:**

~снижение эластичности легочной ткани;

=проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом;

~сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота);

~наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизменными альвеолами.

**Диагноз пневмонии исключается при наличии клинических признаков заболевания, но на рентгенограмме легких выявлено:**

=обогащенные легочного рисунка;

~очаговая тень;

~участок затемнения, занимающего часть сегмента легкого;

~участок затемнения, занимающего весь сегмент легкого.

**При обследовании больных с тяжелым течением пневмонии прежде всего следует:**

- ~определить содержание сиаловых кислот в сыворотке крови
- ~определить содержание фибриногена в сыворотке крови
- =провести повторное цитологическое исследование мокроты для выявления опухолевых клеток и бронхоскопию
- Определить СОЭ

**Клиническим признаком дыхательной недостаточности I степени является:**

- ~мраморный рисунок кожи;
- ~резкая возбудимость, беспокойство;
- =умеренная одышка при физической нагрузке;
- ~акроцианоз.

**Признаком, наиболее характерным для дыхательной недостаточности III степени, является:**

- =диффузный цианоз;
- ~тахикардия, склонность к гипотонии;
- ~глубокое редкое дыхание;
- ~умеренная одышка при физической нагрузке.

**Самым ранним признаком острой дыхательной недостаточности является:**

- ~диффузный цианоз;
- =одышка;
- ~набухание шейных вен;
- ~тахикардия.

**К показателю спирометрии, являющимся «Золотым Стандартом» диагностики ХОБЛ относится:**

- ~ЖЕЛ;
- ~РЕФ;
- =ОФВ1/ФЖЕЛ;
- ~ОФВ1.

**Общим для течения ХОБЛ у разных пациентов является:**

- ~одышка;
- ~снижение переносимости физической нагрузки ;
- =прогрессирование заболевания;
- ~легочная гипертензия.

**Самым распространенным фактором риска ХОБЛ является:**

- ~загрязнение воздуха;
- ~сжигание органического топлива;
- =курение сигарет;
- ~заболевания сердечно-сосудистой системы.

**К исследованию, которое необходимо добавить при мониторинге и оценке течения ХОБЛ относится:**

- =оценка легочной гемодинамики;
- ~исследование газов артериальной крови;
- ~компьютерная томография (КТ);
- ~гематокрит.

**К наиболее эффективному тесту для определения толерантности к физической нагрузке относится:**

- ~тредмил-тест;
- =проба с 6-минутной ходьбой;
- ~велоэргометрия;
- ~тест предсердной стимуляции.

**Наиболее важным фактором, влияющим на течение ХОБЛ является:**

- ~тяжесть симптомов;
- =тяжесть ограничения скорости воздушного потока;
- ~частота и тяжесть обострений;
- ~наличие одного или более осложнений.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Расспрос пациентов при заболеваниях органов дыхания.

- ✓ Проведение осмотра грудной клетки.
- ✓ Определения частоты, глубины, типа и ритма дыханий.
- ✓ Пальпации грудной клетки с целью выявления болевых точек.
- ✓ Определение резистентности грудной клетки
- ✓ Определение голосового дрожания.
- ✓ Измерение окружности грудной клетки и определение дыхательной экскурсии грудной клетки.
- ✓ Посредственная пальце-пальцевая перкуссия.
- ✓ Сравнительная перкуссия легких.
- ✓ Топографическая перкуссия легких.
- ✓ Аускультация легких.
- ✓ Определение аускультативных особенностей различных видов основных и побочных дыхательных шумов.
- ✓ Трактовка анализов мокроты.
- ✓ Трактовка анализов плевральной жидкости.
- ✓ Трактовка спирограмм.
- ✓ Трактовка рентгенограмм
- ✓ Трактовка МРТ.
- ✓ Трактовка КТ.

## **Тема 2. Бронхиты, острый и хронический.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

#### **– Бронхит острый.**

- Этиология;
- Патогенез;
- Классификация;
- Клиника;
- Лабораторная и функциональная диагностика;
- Лечение;
- Профилактика;
- Диспансеризация реконвалесцентов.

#### **– Острый бронхиолит.**

- Этиология;
- Патогенез;
- Клиника;
- Лабораторная и функциональная диагностика;
- Лечение;
- Профилактика;
- Диспансеризация реконвалесцентов.

#### **– Бронхит хронический.**

- Определение понятия и распространенность;
- Этиология;
- Патогенез;
- Патоморфология;
- Классификация;
- Лабораторная, функциональная и рентгенографическая диагностика;
- Клиника обструктивных бронхитов;
- Клиника необструктивных бронхитов;
- Осложнения хронического бронхита;
- Особенности течения заболевания в различных возрастных группах;
- В экстремальных условиях;
- Формулировка диагноза;
- Дифференциальная диагностика хронических бронхитов с бронхиальной астмой, другими заболеваниями;
- Показания к диагностической бронхоскопии и бронхографии;
- Лечение хронического бронхита: антибактериальными препаратами, бронхолитиками, отхаркивающими средствами, противовоспалительными средствами, физиотерапевтическое лечение, позиционный дренаж, аэрозольная терапия, санационная бронхоскопия;

- Рефлексотерапия;
- Показания к стационарному лечению;
- Реабилитация больных хроническими бронхитами;
- Профилактика хронических бронхитов: первичная, вторичная;
- Экспертиза временной нетрудоспособности;
- Методика диспансерного наблюдения за больными хроническим бронхитом.

#### Тестовый контроль:

**Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит):**

- =благоприятный;
- ~благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией;
- ~благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения;
- ~благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит.

**Показанием к рентгенологическому обследованию больного с острым бронхитом для исключения у него бронхопневмонии не служит:**

- =нарастание тяжести бронхообструктивного синдрома;
- ~выявление при физикальном исследовании укороченного перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легких;
- ~увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ;
- ~сохранение лихорадки на фоне лечения в течении более, чем 3 дней

**Что верно для хронического бронхита?**

- =диффузное заболевание дыхательных путей;
- ~обратимая обструкция;
- ~кашель с мокротой на протяжении 1 месяца в году в течение 1года и более;
- ~приступы удушья.

**Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является:**

- ~вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей;
- ~переохлаждение;
- =вирусно-бактериальная инфекция;
- ~курение.

**Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется:**

- ~умеренно выраженными признаками интоксикации;
- ~болями за грудиной, чувством саднения в груди;
- ~в начале преимущественно сухим кашлем, а затем с мокротой;
- =жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких.

**Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов характеризуется:**

- ~отсутствием или незначительными признаками интоксикации;
- ~умеренно выраженными признаками интоксикации;
- =одышкой;
- ~болями за грудиной, чувством саднения в груди.

**При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки:**

- ~бронхоспазма;
- =воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушения мукоцилиарного транспорта;
- ~инфекционного процесса;
- ~бронхиальной дискенизии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов.

**Проведение бронхоскопического лаважа с лечебной целью наиболее эффективно при:**

- ~бронхиальной астме с высоким уровнем IgE в крови;
- =хроническом гнойном бронхите;
- ~прогрессирующей эмфиземе легких при дефиците ингибитора альфа 1-антитрипсина;
- ~экзогенном фиброзирующем альвеолите.

**Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется:**

- ~сильным сухим кашлем;

=кашлем с трудно отделяемой вязкой мокротой;  
~рассеянными сухими хрипами в легких;  
~кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем.

**Общим для течения ХОБЛ у разных пациентов является:**

~одышка;  
~снижение переносимости физической нагрузки;  
=прогрессирование заболевания;  
~легочная гипертензия.

**Самым распространенным фактором риска ХОБЛ является:**

~загрязнение воздуха;  
~сжигание органического топлива;  
=курение сигарет;  
~заболевания сердечно-сосудистой системы.

**Фактором риска развития тяжелого течения ХОБЛ является дефицит генетического фактора:**

=альфа1-антитрипсина;  
~глутатионпероксидазы;  
~супероксиддисмутазы;  
~тромбомодулина.

**Морфологическая картина ХОБЛ, как правило, не включает в себя:**

=эозинофилы;  
~лимфоциты;  
~макрофаги;  
~нейтрофилы.

**К наиболее типичному признаку позволяющему заподозрить диагноз ХОБЛ относится:**

~непродуктивный кашель;  
~пенистая мокрота;  
=хроническое отхождение мокроты;  
~нарастающая слабость.

**К группе бронходилататоров, используемых в диагностическом тестировании относятся:**

~ингаляционные ГКС;  
~теофилины;  
~ $\beta$ 2-агонисты длительного действия;  
= $\beta$ 2-агонисты короткого действия.

**К исследованию, которое необходимо добавить при мониторинговании и оценке течения ХОБЛ относится:**

=оценка легочной гемодинамики;  
~исследование газов артериальной крови;  
~компьютерная томография (КТ);  
~гематокрит.

**К наиболее эффективному тесту для определения толерантности к физической нагрузке относится:**

~тредмил-тест;  
=проба с 6-минутной ходьбой;  
~велозергометрия;  
~тест предсердной стимуляции.

**Наиболее важным фактором, влияющим на течение ХОБЛ является:**

~тяжесть симптомов;  
=тяжесть ограничения скорости воздушного потока;  
~частота и тяжесть обострений;  
~наличие одного или более осложнений.

**Для базисной терапии ХОБЛ не используют:**

~бронходилатирующие препараты;  
=муколитики;  
~ингаляционные бронходилататоры длительного действия;  
~комбинированные бронхолитики.

**К муколитическим средствам относится:**

- ~хромогликат натрия;
- =ацетилцистеин;
- ~сальметерол;
- ~теофиллин.

**С какой целью используется форсированный выдох, как дополнительный прием при аускультации легких?**

- ~для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов;
- =для выявления скрытой бронхиальной обструкции;
- ~для отличия сухих хрипов от влажных хрипов;
- ~для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры.

**Укажите основной механизм появления жесткого дыхания:**

- ~снижение эластичности легочной ткани;
- ~проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом;
- =сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота);
- ~наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизменными альвеолами.

**Самым редким осложнением ХОБЛ является:**

- ~бронхопневмония;
- ~дыхательная недостаточность;
- ~легочное сердце;
- =легочное кровотечение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с бронхитом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с бронхитом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака симулированному пациенту с бронхитом.
- ✓ Анализ жалоб, анамнеза, полученных от симулированного пациента.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с бронхитом.
- ✓ Техника пикфлоуметрии.
- ✓ Интерпретация и анализ данных спирометрии симулированного пациента с бронхитом.
- ✓ Техника пневмотахометрии.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с бронхитом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов острого и хронического бронхита.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований симулированному пациенту с бронхитом.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики бронхитов с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза бронхит с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с бронхитом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с учетом клинической картины бронхита и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины бронхита и факторов риска его развития.
- ✓ Проведение ингаляций через небулайзер.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента.
- ✓ Распознавание состояний, обострение хронического бронхита без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Ситуационные задачи:



**Задача №1.** Больной 38 лет в течение 4 лет страдает кашлем с его усилением в осенне-зимний период с отделением слизисто-гнойной мокроты, субфебрилитетом. Поступил в связи с повышением температуры, отделением гнойной мокроты. Над легкими рассеянные сухие хрипы, низкого тембра.

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Мужчина 40 лет обратился в приемный покой с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5<sup>0</sup>С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 3. Бронхоэктатическая болезнь**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология;
- Патогенез;
- Патоморфология;
- Диагностика: лабораторная, функциональная, рентгенологическая;
- Классификация;
- Клиника;
- Возрастные особенности течения заболевания;
- Дифференциальная диагностика;
- Лечение: антибактериальными препаратами, отхаркивающими средствами, бронхолитиками, санационная бронхоскопия, назотрахеальная катетеризация, аэрозольная терапия, позиционный дренаж, показания к хирургическому лечению;
- Санаторно-курортное лечение;
- Прогноз;
- Профилактика: первичная, вторичная;
- Диспансеризация;
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Какие симптомы характерны для бронхоэктатической болезни?**

- ~артралгии;
- =кашель с гнойной мокротой;
- ~сухой кашель;
- ~кровохарканье.

**Бронхоэктазы развиваются вследствие:**

- ~пневмонии;
- ~туберкулеза легких;
- =нарушения проходимости бронхиального дерева;
- ~курения;

**Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод:**

- ~дыхательной гимнастики;
- ~внутримышечной антибиотикотерапии канамицином;
- =лечебной бронхоскопии;
- ~ингаляции с тетрациклином.

**У больной 55 лет в нижней доле правого легкого - выраженное проявление бронхоэктатической болезни со значительным количеством гнойной мокроты, иногда с кровотечением. Консервативная терапия не эффективна. Больная госпитализирована для оперативного лечения. Определите лечебную тактику:**

- =удаление нижней доли;
- ~пульмонэктомия;
- ~лечебный пневмоторакс;
- ~отказаться от операции.

**Заболеванием, которое может осложниться легочным кровотечением, является:**

- ~внебольничная пневмония;
- =бронхоэктатическая болезнь;
- ~бронхиальная астма;
- ~поликистоз легких.

**Неотложная помощь при остром легочном кровотечении:**

- =избегать резких движений, запретить больному говорить, дицинон;
- ~дыхательные analeптики, интубация трахеи и ИВЛ;
- ~холод на грудную клетку, сердечные гликозиды;
- ~экстренная госпитализация в реанимационное отделение.

**При легочном кровотечении для снижения давления в малом круге кровообращения на догоспитальном этапе используют:**

- =эуфиллин;
- ~преднизалон;
- ~атропин;
- ~коргликон.

**Правильное положение больного с легочным кровотечением при транспортировке:**

- ~горизонтальное;
- =сидячее;
- ~на боку;
- ~с приподнятыми нижними конечностями.

**Заболевание, характеризующееся развитием воспаления в расширенных бронхах**

- ~абсцесс легкого
- =бронхоэктатическая болезнь
- ~пневмония
- ~экссудативный плеврит

**Основной симптом бронхоэктатической болезни**

- ~слабость
- ~снижение аппетита
- ~недомогание
- = кашель с гнойной мокротой

**Пациент выделяет мокроту по утрам полным ртом при**

- ~бронхиальной астме
- = бронхоэктатической болезни
- ~пневмонии
- ~экссудативном плеврите

**Характер мокроты при бронхоэктатической болезни**

- = гнойная
- ~"ржавая"
- ~розовая пенная
- ~стекловидная

**Наиболее информативный метод диагностики бронхоэктатической болезни**

- = бронхография

~рентгеноскопия

~спирометрия

~флюорография

**Пальцы в виде "барабанных палочек" и ногти в виде "часовых стекол" встречаются при**

= хронических заболеваниях дыхательной системы

~острых заболеваниях дыхательной системы

~острых заболеваниях пищеварительной системы

~хронических заболеваниях пищеварительной системы

**Дренажное положение придается пациенту с целью**

~снижения лихорадки

~уменьшения одышки

~расширения бронхов

= облегчения отхождения мокроты

**При легочном кровотечении необходимо:**

= введение дицинона внутримышечно

= введение аминакапроновой кислоты

~ тепло на грудную клетку

= холод на грудную клетку

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с бронхоэктатической болезнью с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с бронхоэктатической болезнью.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака пациенту с бронхоэктатической болезнью.
- ✓ Анализ жалоб, анамнеза, полученных от симулированного пациента.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с бронхоэктатической болезнью.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с бронхоэктатической болезнью.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов бронхоэктатической болезни.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований симулированному пациенту с бронхоэктатической болезнью.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики бронхоэктатической болезни с другими заболеваниями.
- ✓ Установка диагноза бронхоэктатической болезни с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения пациенту с бронхоэктатической болезнью.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с бронхоэктатической болезнью с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Техника позиционного дренажа легких.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной В., 18 лет, учащийся техникума, госпитализирован по направлению призывной комиссии. Жалобы на упорный кашель, усиливающийся по утрам, с выделением гнойной мокроты с прожилками крови, частые эпизоды лихорадки (до 38°C), слабость, снижение работоспособности. Из анамнеза: в раннем детстве перенес коклюш, корь. Трижды лечился по поводу очаговой пневмонии. Кровохарканье - 8 лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, пониженного питания. Отмечаются пальцы в виде барабанных палочек и ногти в виде часовых стекол. Левая сторона грудной клетки несколько отстаёт в акте дыхания. Перкуторный звук легочный, несколько

притупленный слева в нижних отделах. Аускультативно - дыхание жестковатое, слева ниже угла лопатки большое количество разнокалиберных влажных хрипов, характер которых, изменяется после кашля. Там же участки шума трения плевры. ЧД — 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные ритм правильный. АД — 120/80 мм рт. ст., пульс — 90 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: эр. —  $3,6 \times 10^{12}$ , Нв - 108 г/л, Цп - 1,0, лейкоц. -  $9,6 \times 10^9$ , э. — 1, п. - 10, сегм. - 59, лимф. - 24, мон. - 6, СОЭ — 28 мм/час.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф.диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной Т., 27 лет, доставлен в тер.отделение с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл, кровохарканье.

Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре. Объективно: температура  $37,4^{\circ}\text{C}$ . Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме — барабанных палочек, ногти в форме — часовых стекол, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф.диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 4. Бронхиальная астма.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение;
  - Этиология;
  - Биологические дефекты у здоровых людей, роль наследственности;
  - Классификация;
  - Патогенез основных форм;
  - Клинические особенности бронхиальной астмы: атопическая, инфекционно-зависимая, аспириновая, синдром физического усилия, ваготоническая;
  - Диагностика бронхиальной астмы: специфическая, функциональная, провокационные и медикаментозные пробы;
  - Лечение бронхиальной астмы: Лечебные программы при различных патогенетических вариантах бронхиальной астмы, специфическая терапия (гипосенсибилизация, десенсибилизация, иммунсорбция, цитаферез), медикаментозная терапия, базисная противовоспалительная, бронходилататоры;
  - Лечение приступа бронхиальной астмы;
  - Немедикаментозные методы лечения бронхиальной астмы; (рефлексотерапия, спелеотерапия, лазеротерапия и др.)
  - Ступенчатая терапия бронхиальной астмы;
  - Астма-шкала.
- Астматическое состояние**
- Клиника;
  - Лечение;

- Особенности течения бронхиальной астмы в различных возрастных группах;
- Предастма (определение понятия «диспансеризация»);
- Диспансеризация больных бронхиальной астмой;
- МСЭ.

#### Тестовый контроль:

**К необратимому компоненту бронхиальной обструкции относится:**

- ~бронхоспазм;
- ~воспалительный отек слизистой оболочки бронхов;
- =облитерация просвета бронхов;
- ~трахеобронхиальная дискинезия.

**Выделяют следующий фенотип бронхиальной астмы:**

- =аллергический;
- ~бронхитический;
- ~рестриктивный;
- ~обструктивный.

**Большие преимущества при неконтролируемой бронхиальной астме имеет добавление к терапии:**

- ~двойной дозы ингаляционного ГКС;
- ~сальмотерола;
- =тиотропия «Респимат»;
- ~рофлумиласта;

**К антихолинэргическому препарату относится:**

- ~формотерол;
- ~циклесонид;
- ~сальматерол;
- =тиотропия бромид .

**Гликопиррония бромид это:**

- ~ $\beta_2$  агонист длительного действия;
- ~глюкокортикоид длительного действия;
- =антихолинэргетик длительного действия;
- ~теофиллин длительного действия.

**Ипрамол Стери-Неб это комбинация:**

- ~фенотерола и ипратропия бромида;
- =сальбутамола и ипратропия бромида;
- ~форматерола и будесонида;
- ~бекламетазона и форматерола.

**К антилейкотриеновому препарату относится:**

- ~рофлумиласт;
- ~циклесонид;
- ~сальматерол;
- =зафирлукаст.

**SMART терапия при БА проводится:**

- ~серетидом;
- =симбикортом;
- ~ипрамолом;
- ~тиатропия бромидом.

**Лечение ГКС при бронхиальной астме во время беременности следует:**

- ~прекратить;
- ~уменьшить дозу ГКС;
- ~увеличить дозу ГКС;
- =продолжить лечение в том же режиме.

**При аспириновой БА с жаропонижающей целью можно использовать:**

- ~цитрамон;
- ~анальгин;
- ~кетопрофен;
- =парацетамол.

**Омализумаб это:**

- ~длительного действия  $\beta_2$ - агонист;
- =антагонист иммуноглобулина E;
- ~антагонист иммуноглобулина A;
- ~антихолинергический препарат.

**Бронходилататором, используемым в диагностическом тестировании при БА является:**

- ~ингаляционный ГКС;
- ~теофиллин;
- ~ $\beta_2$  агонист длительного действия;
- = $\beta_2$  агонист короткого действия.

**К необратимому процессу при БА относится:**

- ~бронхоспазм;
- ~инфильтрация слизистой;
- ~воспалительный отек;
- =экспираторный коллапс мелких бронхов.

**Имунологическим механизмом атопической БА является:**

- =аллергическая реакция немедленного типа;
- ~аллергическая реакция замедленного типа;
- ~аллергическая реакция немедленного и замедленного типа;
- ~аутоиммунный механизм.

**К ингаляционным кортикостероидам относится:**

- ~гидрокортизон;
- =беклометазон;
- ~преднизолон;
- ~полькортолон.

**К селективным бета 2-агонистам длительного действия относится:**

- =сальметерол;
- ~сальбутамол;
- ~фенотерол;
- ~тербуталин.

**Для купирования приступа бронхиальной астмы применяется:**

- ~ипратропиум бромид;
- ~теопек;
- ~кромогликат натрия;
- =сальбутамол.

**При повышенном давлении в легочной артерии у больного с БА показан:**

- ~верапамил;
- =нифедипин;
- ~дигоксин;
- ~кромогликат натрия.

**При бронхиальной астме на фоне хронического бронхита показан:**

- =ипратропиум бромид;
- ~адреналин;
- ~эфедрин;
- ~кетотифен.

**Лечение бронхиальной астмы среднетяжелого течения следует начинать с:**

- ~системных глюкокортикостероидов;
- =ингаляционных глюкокортикостероидов;
- ~хромогликата натрия;
- ~фенотерола.

**Какая разновидность одышки наиболее характерна при спазмах мелких бронхов?**

- ~стридорозное дыхание;
- =экспираторная одышка;
- ~дыхание Куссмауля или дыхание Чейн-Стокса;
- ~дыхание Чейн-Стокса или дыхание Биота.

**Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при сужении мелких бронхов?**

- ~ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;
- ~бронхиальное дыхание;
- =жесткое дыхание;
- ~смешанное бронховезикулярное дыхание.

**Какой клинический признак наиболее характерен для больных с синдромом бронхиальной обструкции?**

- ~нарушение вдоха;
- =нарушение выдоха;
- ~одышка;
- ~акроцианоз.

**Какой бронхорасширяющий препарат действует преимущественно на бета2-адренорецепторы легких?**

- ~адреналин;
- ~эфедрин;
- ~изадрин;
- =сальбутамол.

**Какой бронхорасширяющий препарат обладает пролонгированным действием?**

- ~сальбутамол;
- ~фенотерол;
- =сальметерол;
- ~ипратропиум бромид.

**Беродуал-это: {**

- ~адреномиметик;
- ~холинолитик;
- =комбинация адреномиметика и холинолитика;
- ~блокатор фосфодиэстеразы 4.

**Обратимый характер синдрома бронхиальной обструкции характерен для:**

- ~хронического обструктивного бронхита;
- =бронхиальной астмы;
- ~обструктивной эмфиземы легких;
- ~ТЭЛА.

**Что для атопической бронхиальной астмы правильно?**

- ~часто развивается в пожилом возрасте;
- =повышен уровень IgE в крови;
- ~понижен уровень IgE в крови;
- ~характерен нейтрофилез в крови.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с бронхиальной астмой с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с бронхиальной астмой.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака симулированному пациенту с бронхиальной астмой.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с бронхиальной астмой.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с бронхиальной астмой.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с бронхиальной астмой.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов бронхиальной астмы.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований симулированному пациенту с бронхиальной астмой.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики бронхиальной астмы с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.

- ✓ Установка диагноза бронхиальной астмы с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с бронхиальной астмой, с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному пациенту с бронхиальной астмой с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Техника пикфлоуметрии.
- ✓ Техника небулайзеротерапии.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с неконтролируемой астмой, ТОО и жизнеугрожающей астмой.
- ✓ Распознавание неконтролируемой астмы.
- ✓ Распознавание жизнеугрожающей астмы.
- ✓ Оказание медицинской помощи при неконтролируемой астме, и ТОО.
- ✓ Оказание медицинской помощи при жизнеугрожающей астме.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 38 лет поступила с жалобами на приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой. С детства частые бронхиты, обострения в весенне-осенний период года. На протяжении последних 5 лет приступы удушья с затрудненным выдохом, купируются ингаляциями сальбутамола.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Температура - 37,6° С. ЧДД - 20 в минуту. Над легкими коробочный звук, дыхание жесткое, повсюду сухие дискантовые хрипы. Пульс 9- в минуту. АД 140/90 мм.рт. ст.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной 20 лет. Жалобы на периодические приступы удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди. Болен 2 года. Приступы возникают чаще ночью и проходят спонтанно через час. Лекарства не принимал.

В весеннее время с детства вазомоторный ринит. Курит по 1,5 пачки в день. У матери - бронхиальная астма.

При объективном и рентгенологическом исследовании патологии в межприступном периоде не обнаружено.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 5. Эмфизема легких.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

- Патогенез;
- Классификация эмфиземы;



- Клиника;
- Осложнения;
- Лечение эмфиземы легких;
- Профилактика: первичная, вторичная;
- Диспансеризация;
- МСЭ.

#### Тестовый контроль:

**Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при эмфиземе легких?**

=ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;

~амфорическое дыхание;

~бронхиальное дыхание;

~жесткое дыхание.

**Укажите наиболее характерные изменения грудной клетки при эмфиземе легких:**

~отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков;

~только отставание в дыхании половины грудной клетки;

~гиперстеническая грудная клетка;

=увеличение переднезаднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжения межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон.

**Какой препарат нежелателен в лечении 50-летнего больного хроническим гнойно-обструктивным бронхитом в фазе обострения, эмфиземой легких, ДН 2?**

~антибиотики пенициллинового ряда;

=ингаляции трипсина;

~ацетилцистеин внутрь;

~препарат полимикробной вакцины-бронхомунал.

**Для ХОБЛ характерна эмфизема:**

~гипертрофическая;

=вторичная деструктивная, диффузная;

~острое вздутие легких;

~парасептальная.

**Вторичная деструктивная диффузная эмфизема является проявлением:**

~бронхиальной астмы;

~хронического катарального бронхита;

=ХОБЛ;

~хронического фиброзирующего альвеолита.

**Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеют:**

~хронические болезни бронхолегочного аппарата;

~функциональное перенапряжение аппарата дыхания;

~возрастная инволюция эластической ткани легких;

=дефицит альфа1-антитрипсина.

**Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеют:**

~острые болезни аппарата дыхания;

~хронические болезни бронхолегочного аппарата;

~функциональное перенапряжение аппарата дыхания;

=деградация эластической ткани легкого.

**Бронхиальную проходимость, при эмфиземе легких нарушают**

=воспалительные изменения слизистой оболочки бронхов;

~крепкая дыхательная мускулатура;

=отечность и гипертрофия слизистой оболочки;

~скопление мокроты.+

**Выберите верные утверждения, касающиеся буллезной эмфиземы**

~в патологический процесс преимущественно вовлекаются альвеолярные ходы;

=имеет врожденный характер и сопровождается спонтанным пневмотораксом;

~проявляется многообразным увеличением ацинусов и их деструкцией, сочетается с выраженным рубцовым процессом в лёгочной ткани;

~характеризуется единообразным характером изменений с вовлечением в процесс ацинуса.

**Выберите верные утверждения, касающиеся иррегулярной эмфиземы**

- ~в патологический процесс преимущественно вовлекаются альвеолярные ходы;
- ~имеет врожденным характер и сопровождается спонтанным пневмотораксом;
- =проявляется многообразием увеличения ацинусов и их деструкцией, сочетается с выраженным рубцовым процессом в лёгочной ткани;
- ~характеризуется единообразным характером изменений с вовлечением в процесс ацинуса.

**Выберите верные утверждения, касающиеся панацинарной эмфиземы**

- ~в патологический процесс преимущественно вовлекаются альвеолярные ходы;
- ~имеет врожденным характер и сопровождается спонтанным пневмотораксом;
- ~проявляется многообразием увеличения ацинусов и их деструкцией, сочетается с выраженным рубцовым процессом в лёгочной ткани;
- =характеризуется единообразным характером изменений с вовлечением в процесс ацинуса.

**Использование отягощения в виде мешочков с песком при выполнении дыхательных упражнений, у пациентов с эмфиземой легких способствует**

- =увеличению подвижности диафрагмы;
- =укреплению межреберных мышц;
- =укреплению мышц брюшного пресса;
- ~усилению притока крови к левому предсердию.

**К задачам лечебной физической культуры на палатном режиме у пациентов с эмфиземой легких включают**

- ~завершение формирования компенсации и нормализации нарушенных функций;
- =компенсацию нарушенных функций;
- =нормализацию ФВД;
- =улучшение функции кардиореспираторной системы.

**К задачам лечебной физической культуры на постельном режиме у пациентов с эмфиземой легких включают**

- ~подготовку к бытовым и профессиональным нагрузкам;
- =профилактику возможных осложнений заболевания, гиподинамии, застойных явлений в кардиореспираторной системе;
- =развитие ритмичного дыхания с более продолжительным выдохом;
- =увеличение дыхательной экскурсии диафрагмы.

**К общетонизирующему воздействию при эмфиземе легких относится**

- =восстановление и повышение толерантности к физической нагрузке;
- =повышение нервно-психического тонуса;
- =стимуляция обменных процессов;
- ~ускорение рассасывания при воспалительных процессах.

**К патогенетическому воздействию при эмфиземе легких относится**

- =коррекция «механики» дыхания;
- =регуляция ФВД и увеличение его резервов;
- =снятие или уменьшение бронхоспазма;
- ~стимуляция иммунных процессов.

**К показаниям для проведения физических тренировок, у пациентов с эмфиземой легких относится**

- ~легочное сердце с симптомами декомпенсации;
- =период выздоровления после острой пневмонии;
- =подострый период заболевания;
- =тренировочный период при бронхиальной астме.

**К противопоказаниям для проведения физических тренировок, у пациентов с эмфиземой легких относится**

- ~ХОБЛ в стадии ремиссии;
- =низкая толерантность к физическим нагрузкам;
- =острый период заболеваний бронхолегочной системы;
- ~период выздоровления после острого плеврита, бронхита.

**К специальным задачам лечебной гимнастики относится**

- =развитие подвижности грудной клетки;
- =сохранение эластичности легочной ткани;

~стимуляция иммунных процессов;

=укрепление дыхательных мышц, в первую очередь участвующих в выдохе.

**К средствам лечебной физической культуры на постельном режиме у пациентов с эмфиземой легких включают**

=дыхательные упражнения статического и динамического характера;

=лечебный массаж;

=произвольно управляемое локализованное дыхание;

~физические упражнения для всех мышечных групп в сочетании с дыхательными, упражнения с отягощением, в сопротивлении.

**К частным противопоказаниям, при эмфиземе легких относят**

~абсцесс легкого после прорыва в бронх и последующей санации;

=большое количество экссудата в плевральной полости;

=дыхательную недостаточность III степени;

=кровохарканье, угроза развития кровотечения и тромбоэмболии.

**К этиологической группе эмфиземы с нарушением эластичности и прочности тканей легкого относится**

=врожденная недостаточность  $\alpha$ -1 антитрипсина;

=врожденные дефекты строения легочной ткани;

~закупорка просвета бронха;

=инфекции дыхательных путей.

**К этиологической группе эмфиземы с повышением давления в легких относится**

~возрастные изменения;

~нарушение гормонального баланса;

=профессиональные вредности;

=хронический обструктивный бронхит.

**Какая генерация воздухопроводящих путей называется терминальными бронхиолами?**

~1-я генерация;

~10-я генерация;

=16-я генерация;

~25-я генерация.

**Какие воздействия имеет лечебная гимнастика при эмфиземе легких?**

=общетонизирующее воздействие;

=патогенетическое (лечебное) воздействие;

~профессиональное воздействие;

=профилактическое воздействие.

**Какие физиотерапевтические мероприятия рекомендованы пациентам с эмфиземой легких?**

=ингаляции кислородом;

~сухие азотистые ванны;

~ударно-волновая терапия рефлексогенных зон;

=чрескожная электрическая стимуляция диафрагмы и межреберных мышц.

**Лечение эмфиземы легких имеет несколько направлений**

=замедление прогрессирования болезни;

~профессиональная переподготовка пациента;

=профилактика развития сердечной и дыхательной недостаточности;

=улучшение качества жизни больных – устранение одышки и слабости.

**Лечение эмфиземы обязательно включает в себя**

=лечение патологии, вызвавшей развитие эмфиземы;

=отказ от курения;

~полный отказ от медикаментов, улучшающих состояние дыхательных путей;

=физические упражнения для улучшения вентиляции легких.

**Наиболее простым и информативным методом оценки на основании индивидуальной толерантности к физической является**

~международный опросник по эмфиземе легких;

~общая оценка пациента, медицинским персоналом;

~психологическая готовность пациента;

=субмаксимальный велоэргометрический тест.

**Нарушение газообмена при эмфиземе легких обусловлено**

=вентиляционными расстройками;  
=запустеванием части капиллярного русла;  
~содержанием азота во вдыхаемом воздухе;  
=увеличением работы дыхания.

**Основным признаком эмфиземы легких является**

~увеличение жизненной ёмкости легких;  
~увеличение минутного выдоха;  
=увеличение остаточного объема легких;  
~уменьшение глубокого выдоха.

**По патогенезу эмфизема легких классифицируется на**

=вторичную;  
=первичную;  
~третичную;  
~четвертичную.

**По распространенности эмфизема легких классифицируется на**

=диффузную;  
=локализованную;  
~милиарную;  
~полиорганную.

**Повышение давления внутри альвеол (альвеолярное давление), при эмфиземе легких, достигается за счет**

~короткого, резкого выдоха в воду;  
=медленного, удлиненного выдоха с произнесением некоторых звуков;  
~удлиненного вдоха с произнесением некоторых звуков;  
~формированного выдоха с произнесением некоторых звуков.

**Под влиянием физических упражнений при эмфиземе легких**

=увеличиваются экскурсия диафрагмы;  
=укрепляется дыхательная мускулатура;  
=улучшаются эластичность легочной ткани и подвижность легкого;  
~уменьшается подвижность грудной клетки.

**При эмфиземе легких патологический процесс развивается в**

=ацинозе;  
~бронхах;  
~легочной ткани;  
~трахее.

**Реализация задач лечебной физической культуры при эмфиземе легких зависит от**

=нарушений механики дыхания;  
=нозологической формы;  
=перфузионно-вентиляционных сдвигов;  
~пола пациента.

**Регулярные физические нагрузки небольшой и средней мощности, при эмфиземе легких**

=мобилизуют вспомогательные механизмы кровообращения;  
=повышают насыщение крови кислородом;  
~понижают потребление кислорода тканями, что влияет на борьбу с гипоксией;  
улучшают оксигенацию крови.

**С дегенерацией эластических волокон при эмфиземе связана**

=запустевание и разрыв легочных капилляров;  
=стойкое вздутие альвеол;  
=стойкое вздутие альвеолярных ходов;  
~эластичность легочной ткани.

**Сколько степеней двигательных возможностей выделяют?**

~2 степени;  
~3 степени;  
=4 степени;  
~5 степени.

**Сужению воздухопроводящих путей, при эмфиземе легких препятствует**

- =дыхание с замедленным и удлиненным выдохом;
- ~дыхание с коротким и форсированным выдохом;
- ~дыхание с медленным вдохом и резких выдохом;
- ~дыхание с равномерным укороченным вдохом и выдохом.

**Физические упражнения, при эмфиземе легких**

- =оказывают стимулирующее воздействие на рецепторный аппарат и кашлевой центр;
- =повышают продуктивность кашля;
- ~стимулируют нарушения гормонального баланса;
- ~увеличивают воспалительные изменения слизистой оболочки бронхов.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Определение диагностических признаков эмфиземы и симптомов заболевания.

**Тема 6. Пневмонии.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология;
- Факторы риска;
- Патогенез;
- Патоморфология;
- Классификация;
- Внебольничные (первичные) пневмонии;
- Госпитальные (назокомиальные аспирационные) пневмонии;
- Атипичные пневмонии;
- Пневмония при иммунодефиците;
- Клиника пневмоний различной этиологии: пневмококковая, стафилококковая, стрептококковая, Фридлендера (клебсиелла), микоплазменная, легионеллезная и др., вирусная;
- Диагностика: лабораторная, функциональная, рентгенологическая;
- Особенности течения пневмоний в различных возрастных группах;
- Осложнения;
- Формулировка диагноза;
- Дифференциальный диагноз;
- Лечение пневмоний:**
- Медикаментозное: антибактериальная терапия (этиотропная, эмпирическая), дезинтоксикационная, восстановление дренажных функций (разжижающее мокроту, отхаркивающая), бронхолитики, противовоспалительные средства, иммуномодулирующие, симптоматическая терапия (сосудистые, антиоксиданты, коррекция нарушений микроциркуляции и др.);
- Немедикаментозные методы лечения (санационная бронхоскопия, назотрахеальная катетеризация, плазмаферез, низкоинтенсивные лазеры, физиотерапевтические методы и др.);
- Особенности лечения пневмонии в различных возрастных группах;
- Профилактика пневмоний;
- Диспансеризация больных, перенесших пневмонию;
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Ржавая мокрота более типична:**

- ~для интерстициальной пневмонии
- =для пневмококковой пневмонии
- ~для муковисцидоза
- ~для тромбоэмболии ветвей легочной артерии

**В первые 2 дня крупозной пневмонии (стадия прилива) над областью воспаления перкуторный звук:**

- ~низкий
- ~абсолютно тупой
- ~без изменений
- =укорочен с тимпаническим оттенком

**Зона лучшего выслушивания хрипов при правосторонней среднедолевой пневмонии находится:**

- ~в подлопаточной области
- =по передней поверхности грудной клетки
- ~по аксиллярной линии
- ~в подключичной области

**Голосовое дрожание при пневмонии усилено в стадии:**

- ~серого опеченения
- =прилива
- ~разрешения
- ~красного опеченения

**При пневмонии возможно развитие делирия:**

- ~у стариков
- ~у детей
- =у алкоголиков
- ~при высокой лихорадке

**У лиц, страдающих алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванной:**

- ~пневмококком
- =клебсиеллой
- ~пнеumoцистой
- ~микоплазмой

**У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является:**

- ~пневмококк
- ~клебсиелла
- =пнеumoциста
- ~микоплазма

**Наиболее частым возбудителем госпитальной пневмонии у больных пожилого возраста является: {**

- ~пневмококк
- ~микоплазма
- ~легионелла
- =клебсиелла

**Внебольничные пневмонии чаще всего вызываются:**

- ~стафилококками
- =пневмококками
- ~синегнойной палочкой
- ~легионеллой

**При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать:**

- ~давность заболевания
- ~локализацию воспалительного процесса
- =природу возбудителя, вызвавшего пневмонию
- ~сопутствующие заболевания

**При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначать:**

- =амоксциллин
- ~бензамицин
- ~левомицетин
- ~левофлоксацин

**Укажите антибактериальный препарат, малоактивный в отношении пневмококка:**

- ~азитромицин
- ~пенициллин
- ~цефтриаксон
- =ципрофлоксацин

**Препаратом первой линии выбора при пневмококковой пневмонии является:**

- ~доксициклин
- ~метициллин
- ~цефотаксим
- =амоксциллин

**Лечение пневмонии в поликлинических условиях у лиц молодого возраста следует начинать с:**

~оральных цефалоспоринов второго поколения

~гентамицина

~фторхинолонов

=макролидов нового поколения

**Укажите наиболее характерные изменения грудной клетки при воспалительном уплотнении доли легкого:**

~отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков

=только отставание в дыхании половины грудной клетки

~гиперстеническая грудная клетка

~увеличение переднезаднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжения межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон

**Какой перкуторный звук появляется при воспалительном уплотнении легочной ткани?**

=абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук

~ясный легочный звук

~тимпанический звук

~коробочный звук

**Какой перкуторный звук появляется при начальной стадии воспаления легких?**

~абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук

~ясный легочный звук

~тимпанический звук

=притупление с тимпаническим оттенком

**При аускультации легких используется дополнительный прием покашливание для:**

~отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов

~выявления скрытой бронхиальной обструкции

~отличия сухих хрипов от влажных хрипов

=отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры

**Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при долевом воспалительном уплотнении легких?**

~ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

~амфорическое дыхание

=бронхиальное дыхание

~жесткое дыхание

**Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при начальной стадии воспаления легких?**

=ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

~амфорическое дыхание

~бронхиальное дыхание

~жесткое дыхание

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту пневмонией с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с пневмонией.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака симулированному пациенту с пневмонией.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента с пневмонией (жалоб, анамнеза).
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с пневмонией.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с пневмонией.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов пневмонии.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований симулированному пациенту с пневмонией.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики пневмонии с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза пневмонии с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.

- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с пневмонией с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с пневмонией с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Проведение небулайзеротерапии.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с пневмонией, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний, при пневмонии без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание состояний при пневмонии, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при пневмонии без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с пневмонией при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Пациент А. 55 лет доставлен в приемный покой больницы с жалобами на одышку и сухой кашель в течение дня, неприятные ощущения при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общая слабость, утомляемость, потливость в ночное время, повышение температуры тела до 38,8°C, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты с примесью крови.

Заболел остро три дня назад, после переохлаждения появились вышеуказанные жалобы. Не курит. Наследственный и аллергоанамнез не отягощены. Работает 30 лет шофером на легковой машине. В контакте с инфекционными больными не был. За пределы области не выезжал.

При обследовании: общее состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности, цианоз губ. ЧДД 32 в 1 минуту. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. Справа под лопаткой укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы, усиление бронхофонии и голосового дрожания. ЧСС 130 в 1 мин. АД 90 и 50 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем без особенностей.

Анализ крови: лейкоциты  $13,2 \times 10^9/\text{л}$ , ю – 2%, п - 12%, с - 56%, л - 27%, м - 3%, СОЭ 38 мм/ч, эр  $4,08 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв 120 г/л. СРБ +.

Рентгенография грудной клетки прилагается.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение медикаментозное и немедикаментозное.
6. Критерии эффективности антибиотикотерапии
7. Возможные осложнения.
8. Прогноз.
9. Профилактика.
10. Диспансеризация.

**Задача №2.** Больной 32 лет, поступил с жалобами кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение температуры до 39°C, одышку. Заболел остро, после охлаждения. При поступлении общее состояние тяжелое. ЧДД- 40 в минуту. При перкуссии спереди ниже IV ребра и сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония. Пульс 96 в минуту. АД- 90/60 мм. рт. ст. Температура 38,8°C

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.



2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение медикаментозное и немедикаментозное.
6. Критерии эффективности антибиотикотерапии
7. Возможные осложнения.
8. Прогноз.
9. Профилактика.
10. Диспансеризация.

## **Тема 7. Интерстициальные заболевания легких**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология;
- Патогенез;
- Морфология;
- Клиника;
- Лабораторная и функциональная диагностика;
- Чрезбронхиальная биопсия легких;
- Трансторакальная биопсия легких;
- Противопоказания к трансторакальной биопсии легких;
- Осложнения идиопатического фиброзирующего альвеолита;
- Дифференциальная диагностика: с саркоидозом легких II-III стадии, острой двусторонней пневмонией, гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких, поражением легких при диффузных болезнях соединительной ткани;
- Лечение;
- Прогноз;
- МСЭ;
- Диспансеризация.

### Тестовый контроль:

#### **Саркоидоз относится к:**

- ~Специфическим заболеваниям лёгких
- ~Онкологическим болезням
- = Патологии иммунной системы и системы крови
- ~Паразитарным заболеваниям

#### **Поражение внутригрудных лимфатических узлов и легких на рентгенограмме органов грудной клетки соответствует:**

- =II стадии саркоидоза
- ~Не встречается при саркоидозе.
- ~I стадии саркоидоза.
- ~III стадии саркоидоза.
- ~IV стадии саркоидоза.

#### **Гистологическим признаком саркоидоза является наличие:**

- ~Эозинофильной гранулёмы и признаков деструкции лёгкого.
- ~Нейтрофильной инфильтрации.
- ~Участков казеозного некроза.
- =Неказеифицирующейся эпителиоидноклеточной гранулёмы.
- ~Атипичных малодифференцированных клеток.

#### **Синдром Лефгрена включает в себя:**

- =Узловатую эритему, лихорадку, суставной синдром и увеличение внутригрудных лимфатических узлов.
- ~Лихорадку, увеличение околоушных слюнных желёз, увеит.
- ~Паралич Белла, озноблённую волчанку и снижение ЖЕЛ.
- ~Иридоциклит, лихорадку и гиперкальциемию.
- ~Увеличение СОЭ, общего белка сыворотки крови и задний увеит.

#### **Среди перечисленных симптомов наиболее часто при саркоидозе встречаются:**

- ~Боль в животе и неустойчивый стул.

- ~Частые позывы к мочеиспусканию.
- =Слабость и утомляемость без видимых причин.
- ~Головокружение, гипотония, подташнивание.
- ~Высокое артериальное давление, головные боли.

**Внезапная смерть при саркоидозе чаще всего бывает вызвана поражением:**

- ~Мочевыводящей системы.
- =Сердечно-сосудистой системы.
- ~Лицевого нерва.
- ~Лёгких и внутригрудных лимфатических узлов.
- ~Кожи и подкожной клетчатки.

**Какие параметры функционального состояния лёгких наиболее информативны при динамическом наблюдении больных с внутригрудным саркоидозом?**

- ~Средняя скорость середины выдоха (СОС25-75) и максимальная вентиляция лёгких (МВЛ).
- =Жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ, ФЖЕЛ) и диффузионная способность лёгких (DLco).
- ~Сатурация крови (SaO<sub>2</sub>) и уровень NO в выдыхаемом воздухе.
- ~Индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) и пиковая объёмная скорость выдоха (ПОС).
- ~Общее сопротивление дыхательных путей (Raw) и общая ёмкость лёгких (ОЕЛ).

**Какие из лабораторных данных исследования периферической крови и сыворотки крови информативны при оценке активности саркоидоза?**

- ~Эозинофилы, базофилы, уровень щелочной фосфатазы.
- ~Эритроциты, гемоглобин, гамма-глутамил-трансфераза.
- ~Базофилы, калий, натрий, медь.
- ~Тропонины, цинк, амилаза.
- =Кальций, ангиотензин-превращающий фермент.

**Наиболее характерное поражение глаз при саркоидозе?**

- ~Быстро прогрессирующая близорукость.
- ~Некорректируемый астигматизм.
- = Задний и передний увеит.
- ~Прогрессирующая катаракта.
- ~Открытоугольная глаукома.

**Наиболее характерные поражения опорно-двигательного аппарата при саркоидозе?**

- ~Дисплазия рёбер.
- =Кистозные и литические поражения малых костей рук и ног.
- ~Анкилозирующие процессы в локтевых суставах.
- ~Поражения крупных трубчатых костей.
- ~Деструкция костей черепа.

**Наиболее информативные методы при выявлении саркоидоза сердца?**

- ~ЭКГ и тонометрия.
- ~Сфигмография и кинетокардиография.
- = МРТ, ПЭТ и радиоизотопные исследования.
- ~Определение тропонинов и фонокардиография.
- ~РКТ, УЗИ и мониторинг артериального давления.

**Бессимптомному больному с первой стадией саркоидоза:**

- ~Рекомендована госпитализация и лечение преднизолоном с изониазидом.
- ~Рекомендована альтернативная терапия цитостатиками.
- ~Показаны эфферентные методы терапии.
- ~Рекомендовано трансбронхиальное удаление лимфатических узлов.
- =Показано наблюдение без лечения.

**Препаратами первой линии в терапии больных с прогрессирующим течением саркоидоза являются:**

- =Оральные системные глюкокортикостероиды.
- ~Метотрексат и циклофосфан.
- ~Респираторные фторхинолоны.
- ~Хлорохин и бифосфонаты.
- ~Витамин Е и тиосульфат натрия.

**Лечение преднизолоном или его аналогами при саркоидозе следует проводить:**

- =В течении 9-12 месяцев.

- ~Не более 3-4 месяцев или по достижению первого эффекта.
- ~По 2-4 недели с перерывами по 3-4 недели.
- ~Не менее трёх месяцев под прикрытием двух противотуберкулёзных препаратов.
- ~Сразу после выявления любой формы заболевания в условиях стационара.

**Что является доказанным этиологическим фактором развития идиопатического легочного фиброза:**

- ~вирусы, бактерии
- ~аллергические процессы
- ~токсины
- ~аутоиммунный фактор
- =этиология не установлена

**Патогенетическим субстратом, определяющим клиническую картину идиопатического легочного фиброза является:**

- ~отек межальвеолярных перегородок
- ~клеточная инфильтрация межальвеолярных перегородок
- ~облитерация альвеол фиброзной тканью
- ~облитерация капилляров фиброзной тканью
- =всё перечисленное верно

**Наиболее характерным аускультативным признаком при идиопатическом легочном фиброзе является:**

- ~Жесткое дыхание
- ~Сухие рассеянные хрипы
- ~Шум трения плевры
- = Крепитация на высоте вдоха, напоминающая треск целлофана
- ~Влажные мелкопузырчатые хрипы

**Какие данные имеют наибольшее диагностическое значение при идиопатическом легочном фиброзе?**

- ~длительный субфебрилитет
- = прогрессирующая одышка
- ~кровохарканье
- ~длительность заболевания
- ~немотивированная слабость

**Какие рентгенологические данные характерны для идиопатического легочного фиброза:**

- ~утолщение междолевой плевры
- ~деформация купола диафрагмы с ограничением ее подвижности
- ~инфильтрация различного размера с неоднородной внутренней структурой, размытым наружным контуром.
- =округлые кистозные просветления, «сотовое легкое»
- ~усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах лёгких.
- ~участок просветления, лишенный легочного рисунка, расположенный по периферии легочного поля и отделенный четкой границей

**К большим диагностическим критериям идиопатического легочного фиброза НЕ относят (ATS/ERS, 2000):**

- ~исключение других интерстициальных заболеваний легких, вызванных известными причинами
- ~изменение функции внешнего дыхания, включающее рестриктивные изменения и нарушения газообмена
- =инспираторная крепитация в базальных отделах лёгких
- ~двусторонние ретикулярные изменения в базальных отделах легких с минимальными изменениями по типу «матового стекла»
- ~по данным компьютерной томографии высокого разрешения по данным трансбронхиальной биопсии или бронхоальвеолярного лаважа, нет признаков, свидетельствующих об альтернативном диагнозе

**«Золотым» стандартом диагностики идиопатического легочного фиброза является:**

- ~рентгенография
- ~спирография
- ~сцинтиграфия легких
- ~ангиопульмонография

=исследование биоптата лёгких

**Терапия идиопатического легочного фиброза проводится:**

~нестероидными противовоспалительными препаратами

~антибактериальными препаратами

=глюкокортикостероидами

~протигрибковыми средствами

**К антифиброзным препаратам, применяемым в лечении идиопатического легочного фиброза относится:**

=D-пеницилламин

~аллопростенол

~вазопростан

~целебрекс

**Наиболее эффективным методом терапии идиопатического легочного фиброза является**

~применение цитостатиков

~применение антиоксидантов

~применение ингибиторов фактора некроза опухоли

=трансплантация лёгких

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с учетом факторов риска интерстициальных заболеваний легких.
- ✓ назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с интерстициальными заболеваниями легких.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака.
- ✓ Анализ жалоб, анамнеза, полученной от симулированного пациента с интерстициальными заболеваниями легких.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с интерстициальными заболеваниями легких.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с интерстициальными заболеваниями легких.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов интерстициальных заболеваний легких.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований симулированного пациента с интерстициальными заболеваниями легких.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики интерстициальных заболеваний легких с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза интерстициальных заболеваний легких с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного пациента с интерстициальными заболеваниями легких с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с интерстициальными заболеваниями легких с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная А., 25 лет, работает птичницей на птицефабрике в течение 3 лет. За указанный период дважды была госпитализирована по поводу острой пневмонии. На протяжении последнего года отмечает появление сухого кашля и одышки при работе. В связи с ухудшением состояния, усилением одышки, появлением приступов удушья, озноба, повышения температуры тела до 38-39°С, больная была госпитализирована. Объективно: состояние средней тяжести, звук над легким с коробочным оттенком, дыхание ослабленное, прослушивается крепитация и мелкопузырчатые влажные хрипы. Нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивному типу. Анализ крови: Нв

130 г/л, лейкоциты  $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/час. Рентгенограмма легких диффузное усиление и деформация легочного рисунка за счет уплотнения интерстициальной ткани.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. МСЭ.

**Задача №2.** Пациент 1942 г.р. пришел на прием с жалобами на одышку смешанного характера при небольшой физической нагрузке, слабость.

Считает себя больным около 2,5 лет, когда повысилась температура тела до фебрильных цифр, возник малопродуктивный кашель, одышка. Находился на лечении в стационаре по поводу двусторонней пневмонии, после лечения - температура тела стойко нормализовалась, одышка стала менее выраженная. Но при рентгенографии ОГК сохранялись двусторонние изменения в легочной ткани по типу диссеминации. Специфический процесс фтизиатром был исключен. Больной был выписан под наблюдение специалистов, но пациент пропал из поля зрения врачей, и обратился на прием уже весной этого года, когда начала постепенно прогрессировать одышка при нагрузке.

При осмотре: Небольшой цианоз, одышки в покое нет, ногти в форме «часовых стекол», пальцы - «барабанные палочки». Аускультативно над легкими грубая крепитация ниже уровня VI-VII ребер с обеих сторон, напоминающая «треск целлофана». Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, шумов нет, тахикардия 102 в 1 мин., АД – 140/80 мм рт ст. Со стороны органов брюшной полости без патологии. Обследование: В ОАК норма, за исключением СОЭ 18 мм/ч, острофазовые показатели в норме. Спирография – нарушение вентиляции по рестриктивному типу, ОФВ в 1 сек. в норме, ЖЕЛ – 61% к должной. Компьютерная томография лёгких - изменения легочной паренхимы по типу матового стекла, групповые кистозно-воздушные пространства, расположенные субплеврально диаметром 5–7 мм.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. МСЭ.

## **Тема 8. Абсцесс и гангрена легкого.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология;
- Патогенез;
- Патоморфология;
- Классификация;
- Диагностика: лабораторная, функциональная, рентгенологическая;
- Клиника острого абсцесса;
- Особенности течения заболевания;
- Возрастные особенности течения заболевания;
- При сочетании с другими соматическими заболеваниями;
- Дифференциальная диагностика;
- Лечение острого абсцесса.

### **Стафилококковая деструкция легких**

- Особенности этиологии и патогенеза;
- Особенности клиники;
- Особенности лечения.

## **Гангрена легких**

- Особенности этиологии, патогенеза;
- Особенности клиники;
- Особенности лечения.

## **Хронический абсцесс легкого**

- Клиника;
- Возрастные особенности течения заболевания;
- При сочетании с другими соматическими заболеваниями;
- Дифференциальная диагностика;
- Лечение хронического абсцесса;
- Лечение больших абсцессами легких: антибактериальная терапия, отхаркивающими средствами, бронхолитиками, десенсибилизирующими препаратами, общеукрепляющими средствами, санационная бронхоскопия, назотрахеальная катетеризация, позиционный дренаж, аэрозольная терапия, пункционное лечение, хирургическое лечение;
- Прогноз;
- Реабилитация;
- Диспансеризация;
- МСЭ;

### Тестовый контроль:

#### **Какое состояние предрасполагает к развитию абсцесса легкого?**

- ~СПИД;
- ~наркомания;
- =инородное тело бронха;
- ~нейтропения при гемобластозах.

#### **Какой антибиотик следует назначить 40-летнему больному абсцессом легких при неэффективности оксациллина?**

- ~пенициллин;
- =гентамицин;
- ~ампициллин;
- ~амоксициллин.

#### **Какие микроорганизмы вызывают развитие абсцесса легкого?**

- ~пневмококк;
- =золотистый стафилококк;
- ~микоплазма;
- ~палочка Пфейффера.

#### **Осложнением острого абсцесса легкого не может быть:**

- ~прорыв абсцесса в плевральную полость;
- ~аспирация гноя в здоровое легкое;
- ~сепсис;
- =образование сухой полости в легком.

#### **При гангрене, поражающей одну из долей легкого, рекомендуется:**

- ~ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп;
- ~введение антибиотиков в легочную артерию;
- =лобэктомия;
- ~интенсивная терапия с эндобронхиальным введением антибиотиков.

#### **При развитии пиопневмоторакса при абсцессе легкого в первую очередь показано:**

- ~эндобронхиальное введение протеолитических ферментов;
- =дренирование плевральной полости;
- ~рентгенотерапия;
- ~введение цитостатиков;

#### **Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающем 1-2 сегмента:**

- ~дренирование полости абсцесса;
- ~пульмонэктомия;
- ~иссечение полости абсцесса;
- =лобэктомия .

**У больного с абсцессом легкого развилась клиническая картина пиопневмоторакса. Ваши действия в первые сутки с момента диагностики этого осложнения:**

- ~лечебная бронхоскопия;
- =дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия;
- ~торакотомия и санация плевральной полости;
- ~резекция доли, несущей полость абсцесса.

**Лечебной тактикой больному с острым абсцессом легкого в стадии формирования, без прорыва в бронх, является:**

- ~оперативное лечение – пневмотомия;
- ~пункция плевральной полости;
- ~оперативное лечение – торакопластика;
- =консервативный метод лечения, антибиотики, детоксикация.

**Укажите наиболее частое осложнение острого абсцесса легкого:**

- =эмпиема плевры;
- ~флегмона грудной клетки;
- ~амилоидоз;
- ~абсцесс головного мозга.

**Острый абсцесс легкого отличается от пневмонии, протекающей с абсцедированием:**

- ~более тяжелым клиническим течением;
- ~количеством и характером отделяемой мокроты;
- =характерной этапностью течения заболевания и преобладанием при формировании гнояника в легком некробиотических реакций над воспалительными;
- ~отсутствием признаков интоксикации.

**При гнойно-воспалительных процессах противопоказано применение:**

- ~УВЧ – терапии;
- ~микроволновой терапии;
- =индуктотермии;
- ~электрофореза димедрола.

**При гангрене средней доли легкого показана:**

- ~консервативная операция;
- ~торакопластика;
- =лобэктомия;
- ~пульмонэктомия.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Диагностическая трактовка анализов мокроты при наличии полости в легких.
- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с абсцессом легких или гангреной легких с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с абсцессом легких или гангреной легких.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с абсцессом легких или гангреной легких.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента) с абсцессом легких или гангреной легких. .
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента) с абсцессом легких или гангреной легких.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов при абсцессе и гангрене легких.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований) при абсцессе легких или гангрене легких.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики абсцесса легких или гангрены легких с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза абсцесса легких или гангрены легких с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения при абсцессе легких или гангрене легких.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного) с абсцессом легких или гангреной легких

- ✓ с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с абсцессом легких или гангреной легких с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания при абсцессе и гангрене легких с учетом клинической картины и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациенту при абсцессе и гангрене легких, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с абсцессом легких или гангреной легких, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний, без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи при абсцессе и гангрене легких в неотложной форме.
- ✓ Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациента при абсцессе и гангрене легких, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам без явных признаков угрозы жизни пациента при абсцессе и гангрене легких.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента при абсцессе и гангрене легких.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах при абсцессе и гангрене легких.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 40 лет, поступил с жалобами кашель с выделением гнойно-кровянистой мокроты, повышение температуры до 39°C, одышка. Заболел остро 5 дней назад.

Объективно: общее состояние тяжелое. ЧДД - 32 в минуту. В легких справа в задненижних отделах укорочение перкуторного звука, звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы.

На рентгенограмме затемнение справа соответственно нижней доле, несколько полостей с уровнем. Лейкоциты крови -  $18 \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом влево.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной М., 42 года, рабочий, поступил в стационар в коматозном состоянии с запахом алкоголя изо рта. На фоне интенсивной дезинтоксикационной терапии состояние улучшилось, восстановилось сознание. При расспросе удалось установить, что он дважды лечился в ЛТП по поводу хронического алкоголизма. Курит около 20 лет. На 3 день пребывания в стационаре больной стал жаловаться на боли в грудной клетке при дыхании, кашель с выделением умеренного количества слизисто-гнойной мокроты, озноб, чувство жара, одышка в покое. Объективно: состояние тяжелое, заторможен, сниженного питания, температура тела 39,8°C, ЧДД — 40 в 1 мин. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, перкуторно определяется массивное притупление в области проекции верхней доли справа. Там же при аускультации - резко ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 120 ударов в 1 мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Край плотный, малоблезненный. Общий анализ крови: эр. —  $3,8 \cdot 10^{12}$ , гем. - 110 г/л, цв. п. - 0,96; лейкоц. -  $4,0 \cdot 10^9$ , э. - 1, п. - 18, сегм. - 45, лимф. - 28, мон. - 8, СОЭ — 55 мм/час. Рентгенографическое исследование выявило обширное затемнение верхней доли правого легкого без четкой границы. К 5 дню болезни несмотря на интенсивную терапию антибиотиками температура тела больного стала гектической, количество мокроты постепенно увеличилось до 500 мл в сутки. Мокрота приобрела «шоколадный» цвет и крайне неприятный запах. Общее состояние больного продолжало ухудшаться. Наблюдались эпизоды бреда, повторного озноба и проливного пота, анорексия. Сохранялась одышка в покое. Аускультативно над областью притупления выявлялись участки бронхиального дыхания и большое количество разнокалиберных влажных хрипов.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.



2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по основному синдрому.
3. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
4. Какие исследования нужно назначить или повторить для уточнения диагноза.
5. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований (лабораторные и инструментальные данные).
6. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (группы препаратов средства) и другие методы лечения.
7. Прогноз

## **Тема 9. Рак легкого.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Ранняя симптоматология центрального и периферического рака
- Дифференциальная диагностика
- Методы диагностики.

### Тестовый контроль:

**Очень быстрое повторное накопление жидкости в плевральной полости является типичным признаком:**

- ~хронической недостаточности кровообращения;
- =рака легкого;
- ~пневмонии;
- ~системной красной волчанки.

**Кровохарканье наблюдается при:**

- ~бронхиальной астме;
- ~бронхоэктатической болезни;
- =раке легкого;
- ~эмфиземе легких.

**Основным методом для постановки диагноза центрального рака легкого является:**

- ~рентгенологическое исследование легких;
- ~томография легких;
- ~компьютерная томография;
- =бронхоскопия и биопсия.

**Ранним признаком центрального рака легкого при рентгенологическом исследовании является:**

- ~признаки гиповентиляции сегментов или долей;
- =наличие инфильтративных тканей в области корня легкого;
- ~локальная эмфизема сегментов или долей легкого;
- ~деформация бифуркации трахеи.

**Боль в плече, атрофия мышц руки и синдром Горнера (объединяемые в синдром Пенкоста) характерны для:**

- ~центрального рака нижней доли легкого;
- ~центрального рака средней доли легкого;
- =периферического рака верхней доли легкого;
- ~периферического рака средней доли легкого.

**Основными ранними симптомами центрального эндобронхиального рака легких являются:**

- ~раковый пневмонит;
- ~ателектаз участка легкого;
- ~одышка и боли при дыхании;
- =надсадный кашель и кровохарканье.

**При выявлении круглой тени на рентгенограмме легких не показана:**

- ~томография;
- ~проба Пирке и Манту;
- ~фибробронхоскопия с биопсией;
- =пневмомедиастинография.

**Основным рентгенологическим признаком центрального рака легкого является:**

- ~наличие округлой тени в легком;
- ~наличие "дорожки" к корню легкого;

=ателектаз;  
~высокое стояние диафрагмы.

**Рак Пэнкоста - это:**

~центральный рак средней доли;  
~периферический рак нижней доли;  
~центральный рак верхней доли;  
=периферический рак верхушки легкого.

**Основным методом лечения рака легкого является:**

~химиотерапия;  
~гормонотерапия;  
=хирургический;  
~санационная бронхоскопия

**Исследование мокроты на атипичные клетки целесообразно проводить:**

~один раз в сутки;  
~еженедельно;  
=пять-шесть дней подряд;  
~два раза в сутки.

**Рентгенологическим признаком периферического рака легкого с распадом является:**

~сегментарный ателектаз;  
~бугристый узел с "дорожкой" к корню легкого;  
~узурация ребер;  
=тонкостенная многокамерная полость.

**При раке главного бронха показана:**

=пульмонэктомия;  
~сегментэктомия;  
~химиотерапия;  
~лучевая терапия без операции.

**При раке легкого T3 N0 M0 у больного 45 лет показано:**

~лечение цитостатиками;  
~комбинированное цитостатическое и радиологическое лечение;  
~лучевая терапия;  
=хирургическое лечение;

**Приоритетным направлением первичной профилактики рака легкого является:**

=отказ от курения;  
~курение сигарет с низким содержанием смол;  
~использование респиратора;  
~устранение контакта с канцерогенными веществами;

**Фактор риска рака легкого**

~ожирение  
~переохлаждение  
~инфекция  
=курение

**Потенциальная проблема пациента при раке легкого**

~лихорадка  
~прибавка массы тела  
~головная боль  
=легочное кровотечение

**Метод ранней диагностики рака легкого**

~бронхография  
~анализ крови  
~анализ мокроты  
=флюорография

**При раке легкого в мокроте определяются**

=атипичные клетки  
~микобактерии  
~пневмококки  
~эозинофилы

## **Осложнение рака легкого**

- ~бронхиальная астма
- ~хронический бронхит
- ~эмфизема легких
- =экссудативный плеврит

### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Трактовка анализов мокроты при раке легкого.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза).
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** При поступлении в стационар больной Г., 60 лет, жаловался на боль в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 38 °С, одышку, сухой кашель, кровохарканье, общую слабость. Заболел около 2,5 месяцев назад. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз хронического обструктивного бронхита в стадии обострения, назначено лечение: антибиотики, сульфаниламиды, бронхолитики, антигистаминные препараты. Однако состояние больного не улучшилось.

При бронхоскопии, выполненной в стационаре, выявлена ригидность стенки левого главного бронха, слизистая его легко кровоточит, в просвете определяется бугристое опухолевидное образование до 1,5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной 56 лет, поступил с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой, повышение температуры до 38°С, одышку при физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита.

Проводилось лечение антибиотиками на протяжении 3-х недель по поводу среднедолевой пневмонии. Отмечено улучшение состояния и нормализация температуры. При повторном анализе крови: количество лейкоцитов в норме, СОЭ - 35 мм/ч. При контрольном рентгенологическом исследовании затемнение всей средней доли сохраняется, однако, интенсивность тени значительно уменьшилась.

Объективно: На рентгенограммах вся средняя доля правого легкого затемнена. Органы средостения без патологии. Правый купол диафрагмы несколько отстает в движении. Синусы свободны. В анализах крови умеренный лейкоцитоз. СОЭ - 22 мм/ч.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## Тема 10. Хроническая дыхательная недостаточность.

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение;
- Этиология;
- Патогенез;
- Лабораторная и функциональная диагностика;
- Клиника;
- Особенности течения в пожилом возрасте;
- Дифференциальная диагностика;
- Лечение;
- Прогноз;
- Реабилитация;
- МСЭ.

### Тестовый контроль:

#### **Дыхательная недостаточность по этиологии бывает:**

- ~гемолитическая;
- ~водно-электролитная;
- =центрального генеза;
- ~вазokonстрикторная.

#### **Самым ранним признаком острой дыхательной недостаточности является:**

- ~диффузный цианоз;
- =одышка;
- ~набухание шейных вен;
- ~тахикардия.

#### **Клиническим признаком дыхательной недостаточности I степени является:**

- ~мраморный рисунок кожи;
- ~резкая возбудимость, беспокойство;
- =умеренная одышка при физической нагрузке;
- ~нестабильная гемодинамика.

#### **Парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (рaO<sub>2</sub>) при ДН II степени соответствует:**

- ~60-79 мм рт. ст.;
- =40-59 мм рт. ст.;
- ~<40 мм рт. ст.;
- ~в норме.

#### **Признаком, наиболее характерным для дыхательной недостаточности III степени, является:**

- =диффузный цианоз;
- ~тахикардия, склонность к гипотонии;
- ~глубокое редкое дыхание;
- ~умеренная одышка при физической нагрузке.

#### **Абсолютные показания для начала респираторной поддержки (интубация трахеи, инвазивная ИВЛ)**

- =апноэ;
- =кома;
- =остановка кровообращения;
- сохраняющаяся гиперкапния;
- сохраняющаяся гипоксемия (PaO<sub>2</sub> < 60 мм рт ст или SpO<sub>2</sub> менее 90%).

#### **Гемодинамические эффекты гиперкапнии**

- агрессивность;
- =повышение СВ;
- =системная вазодилатация;
- =тахикардия;
- тремор.

#### **Гиперкапнический тип дыхательной недостаточности характерен для**

- ХОБЛ;
- =ателектаза легких;

- ~кардиогенного отека легких;
- ~легочного фиброза;
- ~пневмонии.

**Гипоксемический тип дыхательной недостаточности характерен для**

- =ОРДС;
- ~ХОБЛ;
- ~кифосколиоза;
- ~нейромышечных заболеваний;
- ~ожирения-гиповентиляции.

**Для декомпенсированной формы острой дыхательной недостаточности характерно**

- ~гипервентиляция;
- ~кашель;
- =нарушение газового состава крови;
- ~одышка при нагрузке;
- ~эритроцитоз.

**Для хронической дыхательной недостаточности характерна**

- ~гипоксемия;
- ~гипоксемия и /или респираторный ацидоз или алкалоз;
- ~непосредственная угроза жизни;
- =скорость развития – месяцы, годы;
- ~скорость развития – минуты, часы, дни.

**Дыхательная недостаточность – это**

- =клинический синдром, который характеризуется неспособностью дыхательной системы поддерживать адекватное парциальное давление кислорода и/или углекислого газа в артериальной крови;
- ~острое поражение легких инфекционно-воспалительного характера, в которое вовлекаются все структурные элементы легочной ткани, преимущественно – альвеолы и интерстициальная ткань легких;
- ~патологическое скопление трансудата во внесосудистом пространстве легких из-за повышенной проницаемости эндотелия сосудов;
- ~патологическое состояние, которое характеризуется перфузией жидкости из легочных сосудов в интерстициальное пространство и альвеолы;
- ~патологическое состояние, которое характеризуется процессом замещения здоровой легочной ткани фиброзной и прогрессирующей дыхательной недостаточностью.

**Задачи респираторной поддержки**

- ~восстановление гемодинамики;
- ~восстановление ритма;
- =изменение соотношений давление-объем;
- =нормализация газообмена;
- =разрешение респираторного дистресса.

**К внелегочным нарушениям вентиляции относятся**

- ~нарушения вентиляции;
- ~нарушения вентиляционно-перфузионного соотношения;
- ~нарушения диффузии газов через альвеолярную мембрану;
- ~нарушения перфузии;
- =нарушения эфферентных регуляторных воздействий на дыхательные мышцы.

**К легочным нарушениям вентиляции относятся**

- =нарушения вентиляционно-перфузионного соотношения;
- ~нарушения дыхательной экскурсии грудной клетки;
- ~нарушения нейрогенной регуляции внешнего дыхания;
- ~нарушения функции дыхательных мышц;
- ~недостаточность кровообращения.

**Какие методы респираторной поддержки включает в себя алгоритм ведения больных с дыхательной недостаточностью?**

- =ИВЛ;
- =НИВЛ;
- =высокопоточная кислородотерапия;
- ~терапия углекислотой;

=термический гелиокс (t-HeO<sub>2</sub>).

### **Клинические признаки хронической гипоксемии**

=легочная артериальная гипертензия;

=полицитемия;

~тахикардия;

~умеренная артериальная гипотония;

~цианоз.

### **Методы оценки одышки при дыхательной недостаточности**

~аускультация легких;

~велоэргометрия;

=тест 6-ти минутной ходьбы;

~шкала Борга;

=шкала одышки Medical Research Council (MRC).

### **Назовите критерии диагноза ДН**

~ВЕ;

=HCO<sub>3</sub>;

~рН;

=раО<sub>2</sub>;

=раСО<sub>2</sub>.

### **Неврологические эффекты гиперкапнии**

=бессонница, частые пробуждения ночью и сонливость в дневное время вплоть до потери памяти при

~синдроме Пиквика;

~системная вазодилатация;

~тахикардия;

=тремор;

=утренние головные боли, тошнота.

### **Основная задача врача приступающего к лечению дыхательной недостаточности**

=выбрать адекватный метод респираторной поддержки;

=назначить лечение согласно основному заболеванию;

~обеспечить адекватное кровообращение;

~определить наличие ДН;

=оценить тип, тяжесть и остроту.

### **Охарактеризуйте одышку при скрытой стадии дыхательной недостаточности**

~одышка в состоянии покоя;

~одышка в условиях стрессовой ситуации;

~одышка не беспокоит;

=одышка при нагрузке превышающей повседневную;

~одышка при повседневной нагрузке.

### **Причины снижения диффузии через альвеолярно-капиллярную мембрану**

~депрессия дыхательного центра;

=легочный фиброз;

~нейромышечные заболевания;

~обструктивные заболевания легких;

~синдром ожирения-гиповентиляции.

### **Противопоказания для проведения НИВЛ**

~артериальная гипертензия;

=выраженная секреция слизи в ДП;

=нестабильная гемодинамика;

=остановка дыхания;

=острая травма лица или анатомические нарушения.

### **Цель респираторной поддержки при дыхательной недостаточности с признаками гипоксемии и гиперкапнии**

~обеспечение РаО<sub>2</sub> 55-80 мм рт ст, SpO<sub>2</sub> 88-95%;

=обеспечение РаО<sub>2</sub> 70-80 мм рт ст, SpO<sub>2</sub> 90-98%;

=удаление СО<sub>2</sub>;

~↑ работы дыхания;

=↓ работы дыхания.

**Что из перечисленного является обязательным компонентом дыхательной недостаточности?**

- ~апноэ;
- =гипоксемия и гиперкапния;
- ~одышка;
- ~парадоксальное дыхание;
- ~частое дыхание.

**Что характерно для декомпенсированной формы хронической дыхательной недостаточности характерно?**

- ~гипервентиляция;
- ~нарушение газового состава крови;
- ~одышка при нагрузке;
- =хроническое легочное сердце;
- ~эритроцитоз.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Диагностическая трактовка спирограмм при дыхательной недостаточности.
- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ДН с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ДН.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ДН.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ДН.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ДН.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания у пациента ДН.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза пациенту с ДН и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ДН с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза ДН с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения пациенту с ДН.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ДН с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациенту с ДН, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 62 лет поступил по поводу нарастающей одышки, преимущественно экспираторного типа. Много лет курит по 1,5-2 пачки в день. Несколько лет отмечает кашель с трудно отхаркиваемой мокротой, отделение которой ухудшилось за последнее время. Температура не повысилась. Принимал β-стимуляторы и эуфиллин без эффекта.

Объективно: признаки эмфиземы легких. При аускультации дыхание с удлиненным выдохом, сухие протяжные хрипы на выдохе. АД - 180/105 мм. рт. ст. Пульс - 90 в минуту.

При рентгенографии: усиленный легочной рисунок, эмфизема легких.

Спирография: ФЖЕЛ - 1200 мл, проба Тиффно - 55%

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифдиагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной Т.60 лет, работник завода по производству минеральных удобрений, предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, надсадный, мучительный кашель с трудно-отделяемой вязкой слизистой мокротой по утрам, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание. Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Последние 2 года отмечает 2 обострения в год, требующие госпитализации. Объективно: темп. тела 37,3, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Грудная клетка бочкообразной формы. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена. Перкуторно легочной звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами — ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС — 90 в мин. АД на обеих руках — 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эр. —  $5,0 \times 10^{12}/л$ , Нв — 150 г/л, ц.п. — 1,0; тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ , лейкоциты —  $10,0 \times 10^9/л$ , пал. — 7%, сегм. — 53%, лимф. — 32%, мон. — 8%, СОЭ — 10 мм/час.

Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, без запаха, эпителий плоский — 4-6 в п/зр., лейкоциты — 15-20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены.

Посев мокроты на флору — Высеяна граммположительная кокковая флора, чувствительная к амоксициллину, цефтриаксону, эритромицину, линкомицину.

Бронхоскопия — признаки катарального бронхита.

Исследование функции внешнего дыхания: признаки нарушения вентиляции по обструктивному типу.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 11. Легочное сердце.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение понятия;
- Этиология;
- Патогенез;
- Функциональные классы хронического легочного сердца;
- Классификация;
- Острая легочная гипертензия:
  - при тромбозе легочной артерии (ТЭЛА),
  - затянувшимся приступе бронхиальной астмы,
  - тяжелой пневмонии,
  - пневмотораксе;
- Клиника различных вариантов хронического и подострого легочного сердца:
  - бронхолегочного,
  - васкулярного,
  - торакодиафрагмального;
- Компенсированное легочное сердце;
- Декомпенсированное легочное сердце;
- Стадии сердечной недостаточности при легочном сердце;
- Лечение хронического легочного сердца: лечение основного заболевания, лечение недостаточности кровообращения;
- Особенности лечения больных в пожилом, старческом, подростковом возрасте;
- Особенности ведения больных в амбулаторных условиях;
- Санаторно-курортное лечение больных хроническим легочным сердцем;



- Профилактика легочного сердца у подростков, в пожилом и старческом возрасте: первичная, вторичная;
- Прогноз;
- Реабилитация больных с легочным сердцем;
- МСЭ.

#### Тестовый контроль:

**Хроническое легочное сердце чаще всего развивается при:**

- ~саркоидозе;
- ~фиброзирующем альвеолите;
- =ХОБЛ;
- ~ожирении.

**К мерам профилактики легочной гипертензии относится:**

- =раннее выявление и лечение заболеваний, вызывающих легочную гипертензию;
- ~уменьшение потребления углеводов;
- ~снижение индекса массы тела;
- ~аэробные физические нагрузки.

**Прогноз выживаемости больных идиопатической легочной гипертензией без лечения:**

- ~8 лет;
- ~5 лет;
- ~10 лет;
- =2-3 года.

**В основе возникновения легочного сердца лежит гипертензия малого круга, обусловленная спазмом сосудов и:**

- =анатомическим уменьшением сосудистого русла;
- ~повышением внутригрудного давления;
- ~понижением внутригрудного давления;
- ~наличием артерио-венозных шунтов.

**По течению легочное сердце не делится на:**

- ~острое;
- ~подострое;
- ~хроническое;
- =затяжное.

**Анализы крови при ЛС нередко выявляют:**

- =эритроцитоз;
- ~ускорение СОЭ;
- ~замедление СОЭ;
- ~снижение PaO<sub>2</sub>.

**В развитии острого ЛС сосудистого генеза играют роль:**

- =тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА);
- ~астматический статус;
- ~пневмоторакс;
- ~тотальный выпотной плеврит.

**В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение:**

- ~инфузии растворов нитроглицерина;
- =блокаторов кальциевых каналов;
- ~сердечных гликозидов;
- ~антагонистов альдостерона.

**В основе возникновения легочного сердца лежит гипертензия малого круга, обусловленная спазмом сосудов:**

- ~от гипоксии;
- =анатомическим уменьшением сосудистого русла;
- ~повышением внутригрудного давления;
- ~понижением внутригрудного давления.

**Характерным рентгенологическим изменением при ХЛС является:**

- ~расширение легочной артерии;
- ~расширение корня аорты;

=дилатация правых отделов сердца;

~дилатация левых отделов сердца.

**В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение:**

~инфузии растворов нитроглицерина;

=блокаторов кальциевых каналов;

~сердечных гликозидов;

~антагонистов альдостерона.

**Укажите изменения при хроническом легочном сердце:**

~анемия;

=эритроцитоз;

~тромбоцитоз;

~тромбоцитопения.

**Заболеванием, чаще всего приводящим к развитию хронического легочного сердца, является:**

=ХОБЛ;

~саркоидоз;

~фиброзирующий альвеолит;

~ожирение.

**Изменением в легких при синдроме Пиквика, приводящим к развитию легочного сердца, является:**

~пневмосклероз;

~эмфизема легких;

~ателектаз;

=альвеолярная гиповентиляция.

**Признаком не характерным для больного с хроническим легочным сердцем, является:**

~одышка;

=акроцианоз;

~блокада правой ножки пучка Гиса;

~бочкообразная грудная клетка.

**Препаратами, не входящими в объем лечения при ХЛС, являются:**

~антагонисты кальция;

~блокаторы РААС;

~диуретики;

=антибиотики.

**Препаратами, снижающими давление в малом круге кровообращения, являются:**

=антагонисты кальция;

~иАПФ;

~диуретики;

~бета-блокаторы.

**Лекарственными препаратами, не применяющимися при декомпенсированном хроническом легочном сердце, являются:**

=бета-блокаторы;

~антагонисты кальция группы нифедипина;

~иАПФ;

~диуретики.

**Характерным физикальным признаком у пациентов с хроническим легочным сердцем является:**

=набухание и/или пульсация яремных вен шеи;

~выраженная пульсация сонных артерий;

~жесткое дыхание и сухие базовые хрипы; ~амфорическое дыхание.

**Легочное сердце развивается при:**

~поражении эндокринных органов;

=поражении легочных сосудов;

~эссенциальной гипертензии;

~выраженном ожирении.

**Основная причина развития легочного сердца у больного ХОБЛ:**

~деформация бронхиального дерева;

=обструкция дыхательных путей;

- ~гипоксия и длительный спазм артерий легких;
- ~понижение давления в бронхиолах и альвеолах

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ЛС учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ЛС.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ЛС.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ЛС.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ЛС.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов ЛС.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза ЛС и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ЛС с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза ЛС с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения при ЛС.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ЛС с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ЛС с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины ЛС и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с ЛС, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной Р., 42 лет, инвалид II группы, поступил в терапевтическое отделение. При поступлении жаловался на одышку при незначительной физической нагрузке, чувство тяжести в правом подреберье, увеличении в размерах живота, отеки нижних конечностей.

Из анамнеза: страдает тромбозом глубоких вен голени с 2008 г. В 2009 лечился по поводу ТЭЛА. Последнее ухудшение в состоянии отмечается с апреля 2019 года, когда появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы и склеры иктеричны. Больной пониженного питания. Имеются выраженные отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Дыхание ослабленное, проводится во все отделы, хрипов нет. Число дыханий в покое 24 в минуту.

Правая граница относительной тупости сердца примерно на 3 см вправо от правого края грудины, левая – по левой среднеключичной линии, верхняя – по III ребру. Тоны сердца глухие, ритм правильный, выраженный акцент II тона над легочной артерией, в точке выслушивания трехстворчатого клапана систолический шум, усиливающийся на вдохе. ЧСС 100 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст. Набухшие шейные вены, положительный симптом Плеша.

Пальпация живота безболезненна. Печень выступает из-под края реберной дуги примерно на 6 см, край ее ровный, плотный. Селезенка не пальпируется.

Рентгенография грудной клетки: бронхолегочный рисунок усилен, деформирован. Корни очень широкие, плотные. Сердце расширено в поперечнике, больше за счет правого желудочка. Резко выбухает легочный конус. Аорта без особенностей.

ЭКГ: синусовая тахикардия. ЧСС 104 в минуту. Вертикальное положение электрической оси сердца, полная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки выраженной гипертрофии правого желудочка и правого предсердия.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.

**Задача №2.** Больной М., 50 лет.

Жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке, кашель, отеки нижних конечностей.

Из анамнеза вышеуказанные жалобы отмечает в течение 10 лет.

Работает на мебельной фабрике.

Объективно: состояние средней тяжести, больной правильного телосложения. При осмотре кожные покровы смуглые, выраженный диффузный цианоз лица, теплый цианоз кистей рук. В легких перкуторно коробочный звук, при аускультации дыхание ослабленное везикулярное, рассеянные сухие хрипы. ЧД в покое 28 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 78 в мин. Выслушивался выраженный систолический шум в области мечевидного отростка и левого края грудины. Выраженная гипотензия - АД 90/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена (+9 см), плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Периферических отеки.

В анализе крови повышение гемоглобина до 195 г/л, эритроциты до  $6,3 \cdot 10^{10}/л$ .

ЭКГ: отклонение ЭОС вправо, выраженная гипертрофия правого желудочка с перегрузкой. На основании данных рентгенологического исследования легких: деформация и повышенная плотность стенок бронхов, признаки эмфиземы.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.

## **Тема 12. Плевриты, сухой и экссудативный.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология;
- Патогенез;
- Классификация;
- Диагностика функциональная и рентгенологическая;
- Клиника плевритов различной этиологии: сухих, экссудативных;
- Особенности клиники в зависимости от этиологии.

Тестовый контроль:

**Какой перкуторный звук появляется при сухом плеврите?**

~абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук;

=ясный легочный звук;

~тимпанический звук;

~притупление с тимпаническим оттенком.

**Чем обусловлено появление шума трения плевры?**

~наличие в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или трансудата;

=воспаление листков плевры ("сухой" плеврит);

~альвеолы полностью заполнены экссудатом или трансудатом;

~вязкая мокрота в крупных бронхах.

**Геморрагический плеврит чаще всего обнаруживают при:**

~туберкулезе;

~бронхите;

=травме грудной клетки;

~пневмонии.

**Эозинофильные выпоты чаще всего обнаруживают при:**

- ~пневмонии;
- ~ТЭЛА;
- =глистной инвазии;
- ~травме грудной клетки.

**Наиболее характерен лимфоцитарный состав и незначительное количество мезотелиальных клеток в экссудате при:**

- =туберкулезе;
- ~опухоли;
- ~ревматоидном артрите;
- ~лимфолейкозе.

**Повышение уровня амилазы в плевральной жидкости наблюдается при:**

- =панкреатите;
- ~туберкулезе;
- ~пневмонии;
- ~ревматоидном артрите.

**Установить этиологию плеврита чаще всего помогает:**

- =исследование плеврального экссудата;
- ~изучение гематологических показателей;
- ~исследование мокроты;
- ~клиническая симптоматика.

**Сухой плеврит не сопровождается симптомами:**

- ~болей в груди;
- ~сухого кашля;
- ~потливости;
- =акроцианоза.

**Перкуторно плевральный экссудат определяется при его объеме не менее:**

- ~50 мл;
- ~100 мл;
- =200 мл;
- ~500 мл.

**Геморрагический плевральный экссудат наиболее редко наблюдается при:**

- ~раке легкого;
- =туберкулезе легкого;
- ~тромбоэмболии легочной артерии;
- ~мезотелиоме плевры.

**На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваша тактика:**

- ~проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами;
- ~госпитализация пациента в терапевтическое отделение в порядке очередности;
- =немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение;
- ~амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость.

**Какая разновидность одышки наиболее характерна при экссудативном плеврите или гидротораксе?**

- ~стридорозное дыхание;
- ~экспираторная одышка;
- ~дыхание Куссмауля или дыхание Чейн-Стокса;
- =инспираторная одышка.

**Плеврит не развивается при проникновении инфекции**

- ~из субплеврально расположенных очагов (пневмония, абсцесс легкого, туберкулез и др)
- ~лимфогенным путем
- ~гематогенным путем
- ~при нарушении целостности плевральной полости (операция, проникающие ранения, травмы)
- =бронхогенным путем

**Чаще всего возбудителями плеврита являются**

- ~бактерии

= mscobacteriumtuberculosis

~простейшие (амебы)

~грибы

~вирусы

**Гнойным считается экссудат, если нейтрофилы составляют**

=85% клеточного его состава

~50% клеточного его состава

~35% клеточного его состава

~70% клеточного его состава

~20% клеточного его состава

**Для болевого синдрома при фибринозном плеврите характерно**

=боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле

=боль в грудной клетке, усиливающаяся при наклоне туловища в здоровую сторону

~боль появляется при задержке дыхания на выдохе

~боль появляется при задержке дыхания на вдохе

~появление боли при ходьбе

**При верхушечных плевритах боль локализуется**

~в передних и боковых отделах грудной клетки, нередко иррадирует в шею и плечо

~в ниже-передних отделах грудной клетки, чаще справа и иррадируют в верхнюю половину живота или по ходу диафрагмального нерва — в область шеи, плеча

=в области плеч и лопаток и в результате вовлечения в патологический процесс плечевого сплетения может распространяться по ходу нервных стволов руки, кроме того, отмечается болезненность при пальпации на стороне поражения трапецевидной, большой грудной и дельтовидной мышц

~за грудиной

~ничего из перечисленного

**При медиастинальном плеврите боль локализуется**

~в передних и боковых отделах грудной клетки, нередко иррадирует в шею и плечо

~в ниже-передних отделах грудной клетки, чаще справа и иррадируют в верхнюю половину живота или по ходу диафрагмального нерва — в область шеи, плеча

~в области плеч и лопаток и в результате вовлечения в патологический процесс плечевого сплетения может распространяться по ходу нервных стволов руки, кроме того, отмечается болезненность при пальпации на стороне поражения трапецевидной, большой грудной и дельтовидной мышц

=за грудиной

~ничего из перечисленного

**Кашель при плеврите**

=сухой

~с незначительным количеством мокроты, отходящей в ранние утренние часы

~с мокротой в количестве 100мл/сутки, отходящей больше в вечернее время

~со зловонной мокротой

~с мокротой в количестве 500-1000 мл

**Аускультативно при сухом плеврите выслушиваются**

~влажные мелкопузырчатые хрипы

~сухие свистящие хрипы

=впроекции воспаления - шум трения плевры

~амфорическое дыхание

~сухие жужжащие хрипы

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Трактовка анализов плеврального пунктата.
- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с плевритом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с плевритом.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с плевритом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с плевритом .
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с плевритом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов плеврита.

- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований при плеврите.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики плеврита с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза плеврит с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения при плеврите.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного плевритом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с плевритом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины плеврита и факторов риска его развития.
- ✓ Техника плевральной пункции.
- ✓ Введение лекарственных средств в полость плевры посредством плевральной пункции.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с плевритом, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний при плеврите, возникающих и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание состояний при плеврите, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с плевритом без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах при плеврите.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная, 40 лет, поступила с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании, повышение температуры тела 38,5 °С. Заболела остро 3 дня назад. Объективно: состояние средней тяжести. ЧДД 28 в 1 мин. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, слева под лопаткой и в подмышечной области притупление, здесь же ослабленное дыхание и голосовое дрожание. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс 98 в 1 мин. АД 120/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Мужчина 29 лет заболел остро: повысилась температура до 38 °С, появилась сильная боль в левом боку при кашле и дыхании.

Состояние средней тяжести, ЧДД 24 в 1 мин., легкий цианоз губ, предпочитает лежать на левом боку. При перкуссии звук укорочен слева в нижних отделах, в подмышечной области шум трения плевры. В общем анализе крови: лейкоц. 12,5х10<sup>9</sup>/л, СОЭ 29 мм/ч.

При рентгенографии – ограничение подвижности левого купола диафрагмы, обызвествленные внутригрудные лимфоузлы в области правого корня.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.

- 6. Прогноз.
- 7. Профилактика.

### **Тема 13. Эмпиема плевры.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология и патогенез;
- Клиника;
- Лечение;
- Дифференциальная диагностика экссудата;
- Техника пункции;
- Оценка экссудата;
- Лечение плевритов: консервативное, хирургическое, санаторно-курортное;
- Диспансеризация реконвалесцентов;
- МСЭ.

#### Тестовый контроль:

##### **Эмпиема плевры считается хронической:**

- ~со второй недели;
- ~с четвертой недели;
- ~с шести недель;
- =с восьми недель.

##### **У больного 46 лет диагностирована острая тотальная эмпиема плевры. Ваше лечение больному:**

- ~бронхоскопия с катетеризацией бронхов;
- ~пункция плевральной полости;
- =торакоцентез, дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого;
- ~торакотомия, санация полости плевры.

##### **Смещению средостения в здоровую сторону выявленное перкуторного и рентгенологически, соответствует:**

- ~Гипоплазия легкого.
- ~Ателектаз легкого.
- =Скопление жидкости в плевральной полости.
- ~Тотальное воспаление легкого.
- ~Поликистоз легкого.

##### **Типичная точка пункции плевральной полости:**

- ~По средней подмышечной линии в 7 межреберье.
- =По задней подмышечной линии в 7 межреберье.
- ~По паравертебральной линии в 7 межреберье.
- ~По лопаточной линии в 7 межреберье.
- ~По передней подмышечной линии в 7 межреберье.

##### **Хронической эмпиема плевры считается:**

- ~Со второй недели.
- ~С четвертой недели.
- ~С шести недель.
- ~С восьми недель.
- =С трех месяцев.

##### **Основная причина перехода острой эмпиемы плевры в хроническую:**

- ~Наличие изначально большой полости.
- ~Специфический процесс.
- =Наличие широкого бронхиального свища.
- ~Неадекватная антибиотикотерапия.
- ~Несвоевременное удаление плеврального дренажа.

##### **Основное в лечении острой эмпиемы плевры:**

- ~Антибиотикотерапия.
- ~Пункция плевральной полости с аспирацией гноя и промыванием полости.
- =Активное дренирование плевральной полости.
- ~Дезинтоксикационная терапия.



~Иммунотерапия.

**Сроки дренирования плевральной полости при острой эмпиеме плевры:**

~10 дней.

~3 недели.

~1 месяц.

~2 месяца.

=Дренирование до полного расправления легкого и отсутствия отделяемого по дренажу.

**Какой признак не характерен для плеврита?**

~Притупление перкуторного звука.

~Ослабление или отсутствие дыхания.

=Усиление голосового дрожания.

~Смещение средостения в здоровую сторону.

~Боли, усиливающиеся при дыхании.

**Характер экссудата в плевральной полости определяется:**

~По клинической симптоматике.

~По данным УЗИ.

~На основании рентгеноскопии грудной клетки.

~По рентгенограммам и КТ.

=При плевральной пункции.

**Плевральная пункция производится после:**

~Осмotra больного.

~После бронхоскопии.

=После рентгеноскопии грудной клетки.

~После рентгенографии грудной клетки.

~При подозрении на плеврит.

**Основной признак перехода острой эмпиемы в хроническую?**

~Продолжается лихорадка, признаки гнойной интоксикации.

~По дренажу сохраняется гнойное отделяемое.

=Остаточная плевральная полость становится ригидной.

~Легкое в течение месяца не расправляется.

~По дренажу продолжается сброс воздуха.

**Плевральная полость при эмпиеме плевры:**

~Освобождается ежедневными плевральными пункциями.

~Дренируется тонким ниппельным дренажом.

~Дренажом из тонкой трубочки от разовой системы.

~Дренируется толстой полихлорвиниловой трубкой.

=Дренируется по Бюлау-Петрову толстой трубкой с боковыми отверстиями.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Трактовка анализов плеврального пунктата.
- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с эмпиемой плевры с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с эмпиемой плевры.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с эмпиемой плевры.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с эмпиемой плевры.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с эмпиемой плевры.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов эмпиемы плевры.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики эмпиемы плевры с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.

- ✓ Установка диагноза эмпиемы плевры с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с эмпиемой плевры с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с эмпиемой плевры с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение пациенту с эмпиемой плевры медикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Техника плевральной пункции.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с эмпиемой, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний при эмпиеме плевры, возникающих и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание состояний при эмпиеме плевры, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с эмпиемой плевры без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с эмпиемой плевры при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.
- ✓ Применение лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Женщина 35 лет, злоупотребляющая алкоголем, поступила в отделение терапии с лихорадкой, жалобами на инспираторную одышку, тяжесть, боль в левой половине грудной клетки при вдохе и кашле. Из-за болевых ощущений (имеют место 4 дня) не может сделать глубокий вдох. Заболела дома, около 2-х недель назад. Получала лечение по поводу инфекции верхних дыхательных путей (рифампицин), без эффекта, состояние ухудшалось.

Физикальное обследование. Состояние тяжелое, больная адинамична, отмечается гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, кожные покровы чистые, горячие, периферических отеков нет. Температура 38,7°C;

Легкие: ослабленное дыхание в нижних отделах слева, бронхофония и голосовое дрожание ослаблены, там же тупой перкуторный звук, хрипов нет. ЧДД 30 в мин;

Пульс 100 уд/мин; артериальное давление 110 и 70 мм рт. ст. Сердце: ритм правильный, шумов нет.

Живот: мягкий, печень и селезенка не увеличены. Нервная система: больная в ясном сознании, ориентирована, очаговая симптоматика отсутствует.

Лабораторные исследования.

В общем анализе крови число лейкоцитов  $24,3 \cdot 10^9$ /л; базофилы 0%, эозинофилы 1%, палочкоядерные 13%, сегментоядерные 64%, лимфоциты 15%, моноциты 15%, СОЭ 40 мм/ч, гематокрит 0,41.

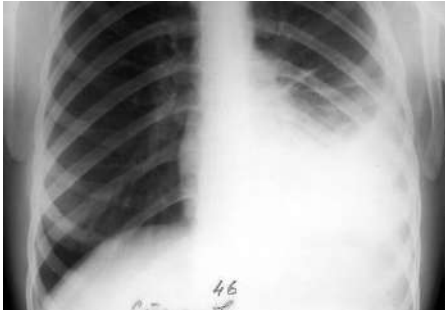
Анализ мочи: относительная плотность 1,028. В мочевом осадке - белок 0,03 г/л, лейкоциты 5-6 в поле зрения, эритроциты 1 в поле зрения

Альбумин сыворотки 68 г/л. Креатинин 90 мкмоль/л

Газы артериальной крови (при вдыхании 40% O<sub>2</sub> через лицевую маску): pH 7,37; pCO<sub>2</sub> 37 мм рт. ст.; pO<sub>2</sub> 93 мм рт. ст.; HCO<sub>3</sub> 19 мэкв/л; SaO<sub>2</sub> 98%.

Мокрота (мазок, окрашенный по Граму): скопления грамположительных кокков. Микобактерии не обнаружены

Рентгенограмма грудной клетки: см. рисунок.



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Наиболее вероятный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** У больной 30 лет, поступил в тер. отделение с жалобами на выраженные боли в грудной клетке слева, повышение температуры до 39 °С.

Три дня назад выписался из травм.отделения, где лечился по поводу закрытой травмы груди с множественными переломами ребер, осложненной гемотораксом. При поступлении в клинику была выполнена плевральная пункция и получено 900 мл лизированной крови.

В связи с появлением вышеуказанных жалоб больной был вновь госпитализирован.

При полипозиционном рентгенологическом исследовании в нижнем легочном поле слева выявлено гомогенное затемнение с множественными участками просветления.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Наиболее вероятный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 14. Пневмоторакс, ателектаз легкого.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация, этиология и патогенез спонтанного пневмоторакса.
- Клинические особенности открытого пневмоторакса, клапанного (вентильного) пневмоторакса.
- Осложнения пневмоторакса.
- Показания к плевроскопии.
- Интенсивная терапия и лечение напряженного пневмоторакса.
- Показания к хирургическому лечению пневмоторакса.
- Определение ателектаза.
- Классификация ателектазов.
- Патофизиологическое значение ателектаза.
- Клинические симптомы. Диагностика.

Тестовый контроль:

**Наиболее характерными изменениями грудной клетки при закрытом пневмотораксе являются:**

~уменьшение половины грудной клетки, ее западение и отставание в дыхании;

=отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков;

~только отставание в дыхании половины грудной клетки;

~гиперстеническая грудная клетка.

**Наиболее характерными изменениями грудной клетки при обтурационном ателектазе являются:**

=уменьшение половины грудной клетки, ее западение и отставание в дыхании;  
~отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков;  
~только отставание в дыхании половины грудной клетки;  
~гиперстеническая грудная клетка.

**Какая разновидность одышки наиболее характерна при наличии препятствий в верхних дыхательных путях?**

=стридорозное дыхание;  
~экспираторная одышка;  
~дыхание Куссмауля или дыхание Чейн-Стокса;  
~инспираторная одышка.

**Какой перкуторный звук появляется при гидротораксе?**

=абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук;  
~ясный легочный звук;  
~тимпанический звук;  
~притупление с тимпаническим оттенком .

**Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при закрытом пневмотораксе?**

=ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;  
~амфорическое дыхание;  
~бронхиальное дыхание;  
~жесткое дыхание.

**Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при обтурационном ателектазе?**

=ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;  
~амфорическое дыхание;  
~бронхиальное дыхание;  
~жесткое дыхание.

**Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при гидротораксе:**

=ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;  
~амфорическое дыхание;  
~бронхиальное дыхание;  
~жесткое дыхание.

**Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:**

~трахеостомии;  
=пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости;  
~блокады межреберных нервов;  
~обездвижения грудной клетки.

**Для напряженного пневмоторакса не характерно:**

~сдавление пораженного легкого;  
~уменьшение венозного притока к сердцу;  
=смещение средостения в пораженную сторону;  
~повышение давления на пораженной стороне.

**Смещение сердца и средостения в сторону здорового легкого наблюдается при:**

~ателектазе легких;  
=клапанном пневмотораксе;  
~закрытом пневмотораксе;  
~экссудативном плеврите.

**Укажите последовательность неотложной помощи при напряженном пневмотораксе на догоспитальном этапе:**

~окклюзионная повязка, обезболивание, госпитализация;  
~обезболивание, симптоматическое лечение, госпитализация;  
=обезболивание, плевральная пункция, госпитализация;  
~обезболивание, иммобилизация, госпитализация.

**Основная причина спонтанного пневмоторакса:**

=буллезные изменения альвеол и кисты легкого;  
~парапневмонический абсцесс легкого;

- ~рак легкого;
- ~бронхоэктазы;
- ~туберкулез легких.

**Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:**

- ~трахеостомии;
- =пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости;
- ~блокады межреберных нервов;
- ~обездвижения грудной клетки;
- ~блокады диафрагмального нерва.

**У больного с абсцессом легкого развилась клиническая картина пиопневмоторакса. Ваши действия в первые сутки с момента диагностики этого осложнения?**

- ~массивная антибиотикотерапия;
- ~лечебная бронхоскопия;
- =дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия;
- ~торакотомия и санация плевральной полости;
- ~резекция доли, несущей полость абсцесса.

**Какой патологический процесс при перкуссии дает тупой тон?**

- ~полость в легком
- =обтурационный ателектаз
- ~эмфизема легких
- ~воздух в плевральной полости
- ~компрессионный ателектаз

**Какой аускультативный признак наблюдается при синдроме обтурационного ателектаза?**

- ~нормальное везикулярное дыхание
- ~усиленное везикулярное дыхание
- ~амфорическое дыхание
- = ослабленное везикулярное дыхание
- ~крепитация

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с пневмотораксом с учетом факторов риска.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с пневмотораксом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с пневмотораксом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с пневмотораксом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов с пневмотораксом.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики пневмоторакса с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза пневмоторакса с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с пневмотораксом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с пневмотораксом, с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Проведение лечебных процедур и манипуляций по вопросам оказания медицинской помощи при пневмотораксе, с учетом стандартов медицинской помощи.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента с пневмотораксом, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с пневмотораксом, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний, возникающих при спонтанном пневмотораксе, без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.

- ✓ Распознавание спонтанного пневмоторакса, представляющего угрозу жизни пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при спонтанном пневмотораксе без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при спонтанном пневмотораксе, представляющего угрозу жизни пациенту.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах при пневмотораксе.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Мужчина 25 лет при автокатастрофе получил удар по правой половине грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, усиливающиеся при глубоком дыхании. При осмотре выявлены незначительная бледность кожных покровов, выраженная болезненность при пальпации V и VI ребер справа по передней подмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации-ослабленное дыхание по правым легочным полям. При перкуссии здесь же - тимпанический звук. Состояние больного удовлетворительное, одышки и тахикардии нет.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной В., 76 лет, пенсионер. Жалобы на боли в левой половине грудной клетки при дыхании и кашле, приступообразный сухой надсадный кашель, слабость, повышение температуры тела до 37,6С.

Заболел 2 недели назад, когда после переохлаждения появились вышеуказанные жалобы. Лечился амбулаторно таблетированными антибиотиками. При рентгенологическом исследовании в поликлинике выявлено гомогенное затемнение нижней доли правого легкого, уменьшение ее в объеме, смещение средостения вправо. Слева отмечалось повышение прозрачности легочного фона. Госпитализирован с диагнозом: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Из анамнеза жизни выяснено, что с 18 лет курит. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, периферические лимфоузлы не пальпируются. Правая половина грудной клетки отстает к акте дыхания. ЧД - 20 в 1 минуту. Справа с уровня VI ребра определяется обширное притупление перкуторного звука, слева легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно в области притупления дыхание не определяется, шум трения плевры. Слева жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 115/70 мм рт. ст. Пульс 80 в 1 мин. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: эр. -  $4,2 \times 10^{12}$ , Нв — 120г/л, Цп - 0,95, лейкоц. -  $6,4 \times 10^9$ , э. — 1, п. — 4, сегм. - 62, лимф. - 23, мон. - 10, СОЭ - 42 мм/час.

Вопросы

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований (лабораторные и инструментальные данные).
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение и другие методы лечения.

### **Тема 15. ХОБЛ**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение.
- Классификация.
- Этиология.
- Патогенез.
- Клиника.
- Диагностика.

- Диф. диагностика.
- Лечение.
- Профилактика.

#### Тестовый контроль:

**Показанием для уменьшения дыхательной недостаточности у больных ХОБЛ является:**

- ~применение иммуномодулятора;
- ~ультрафиолетовое облучение;
- ~применение муколитика;
- =ингаляция бронхолитика.

**Показатель спирометрии, являющийся «Золотым Стандартом» диагностики ХОБЛ:**

- ~ЖЕЛ
- ~PEF
- ~ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ
- =ОФВ<sub>1</sub>

**Общим для течения ХОБЛ у разных пациентов является:**

- ~одышка
- ~снижение переносимости физической нагрузки
- =прогрессирование заболевания
- ~легочная гипертензия

**Самым распространенным фактором риска ХОБЛ является:**

- ~загрязнение воздуха
- ~сжигание органического топлива
- =курение сигарет
- ~заболевания сердечно-сосудистой системы

**Фактором риска развития тяжелого течения ХОБЛ является дефицит генетического фактора:**

- =альфа один-антитрипсина
- ~глутатионпероксидазы
- ~супероксиддисмутазы
- ~тромбомодулина

**Морфологическая картина ХОБЛ, как правило, не включает в себя:**

- =эозинофилы
- ~лимфоциты
- ~макрофаги
- ~нейтрофилы

**Системными проявлениями ХОБЛ является:**

- ~кахексия
- ~потеря скелетной мускулатуры
- ~остеопороз
- =все вышеперечисленное

**Наиболее типичный признак позволяющий заподозрить диагноз ХОБЛ:**

- ~непродуктивный кашель
- ~прогрессирующая одышка
- =хроническое отхождение мокроты
- ~нарастающая слабость

**Группа бронходилататоров, используемая в диагностическом тестировании:**

- ~ИГКС
- ~теофиллин
- ~β<sub>2</sub>-агонисты длительного действия
- =β<sub>2</sub>-агонисты короткого действия

**Исследования, которые необходимо добавить при мониторинге и оценке течения ХОБЛ:**

- =оценка легочной гемодинамики
- ~исследование газов артериальной крови
- ~компьютерная томография (КТ)
- ~гематокрит

**Наиболее эффективный тест для определения толерантности к физической нагрузке:**

- ~тредмил-тест
- =проба с 6-минутной ходьбой
- ~велоэргометрия
- ~тест предсердной стимуляции

**Наиболее важный фактор, влияющий на течение ХОБЛ:**

- ~тяжесть симптомов
- =тяжесть ограничения скорости воздушного потока
- ~частота и тяжесть обострений
- ~наличие одного или более осложнений

**Лекарственные средства, не применяемые для лечения ХОБЛ:**

- ~бронходилатирующие препараты
- =муколитики
- ~ингаляционные бронходилататоры длительного действия
- ~комбинированные бронхолитики

**Кислородотерапия – нефармакологический метод лечения – используется в стадии ХОБЛ:**

- ~1 стадия
- ~2 стадия
- ~3 стадия
- =4 стадия

**Основная цель кислородотерапии при ХОБЛ:**

- ~помочь больному бросить курить
- ~увеличить переносимость физической нагрузки
- =подъем базисного уровня  $PaO_2$
- ~улучшение вентиляционно-перфузионных отношений

**Лечение больных с ХОБЛ в среднетяжелой и тяжелых стадиях не включает в себя препараты:**

- ~тиотропия бромид
- ~небулайзеротерапия с симпатомиметиками
- = $\beta_2$ -адреномиметики короткого действия
- ~ИГКС

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ХОБЛ, с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ХОБЛ.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака.
- ✓ Анализ жалоб, анамнеза, полученной от симулированного пациента с ХОБЛ.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ХОБЛ.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ХОБЛ.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания ХОБЛ.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ХОБЛ с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза ХОБЛ с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ХОБЛ с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ХОБЛ с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение при ХОБЛ немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Техника небулайзеротерапии.
- ✓ Трактовка показателей спирометрии при ХОБЛ.
- ✓ Трактовка показателей пикфлоуметрии при ХОБЛ.



- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациенту с ХОБЛ, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с ХОБЛ, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание состояний, возникающих при обострении ХОБЛ без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при обострении ХОБЛ без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах при ХОБЛ.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Пациент П., 58 лет, на приеме у терапевта предъявляет жалобы на одышку экспираторного характера при повседневной физической нагрузке, сопровождающуюся свистом в грудной клетке; кашель сухой, периодически со скудной желтоватой мокротой в утренние часы. Кашель продолжается по 2-3 месяца ежегодно в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при разговоре. Усилился кашель, периодически появляется мокрота густая, скудная, желто-зеленоватого цвета. В анамнезе: Курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки. Работает прорабом на стройке. Наследственный и аллергоанамнез не отягощены.

При осмотре: Кожные покровы влажные. Температура 37,5 С. Акроцианоз. Цианоз слизистых губ. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в передне-заднем размере. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии 2,5 см. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание с удлинённым выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 100 в минуту. АД 130 и 82 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберной дуги. Отеков нет. Ан крови: эр  $4,42 \times 10^{12}/л$ , Нв=155г/л, Нт=50%, л -  $6,4 \times 10^9/л$ , п - 6%, с – 62%, э-3%, л- 25% , м – 4%, СОЭ 28 мм час. Мокрота – вязкая, зеленого цвета, примесь гноя. Лейкоциты 100 в п/з, эр –нет. Общий белок 72 г/л. Глюкоза крови 5,0 ммоль/л. Креатинин 88, мочевины 4,7. ФВД - ОФВ<sub>1</sub> 31%, ЖЕЛ 52%, индекс Тиффно 57%. При пробе с сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ<sub>1</sub> 6,12%.

Рентгенография легких прилагается.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной Р., 63 г. поступил с жалобами на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке, головокружение, боли в грудной клетке, не купирующиеся нитроглицерином, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, отёки на ногах, общую слабость. Из анамнеза: считает себя больным в течение 2 лет, когда после переохлаждения повысилась температура до 37,5 градусов, появился кашель с выделением гнойной мокроты, затруднённое «свистящее» дыхание, слабость. Больному был выставлен диагноз – ОРВИ, осложнённая инфекцией нижних дыхательных путей и бронхообструктивным синдромом, назначены противовирусные, антибиотики, бронхолитики, отхаркивающие. Состояние улучшилось, однако кашель сохранялся. Через месяц присоединилась одышка при физической нагрузке, чувство нехватки воздуха, лечился амбулаторно, применял бронхолитики. В течение последнего месяца к вышеуказанным жалобам присоединились отёки на лодыжках и боли в области сердца.

Из анамнеза vitae: Стаж курильщика - 20 лет, последние 10 лет отмечал кашель с мокротой по утрам, однако к врачу не обращался и продолжал курить.

Объективно: Над лёгкими по всем полям сухие свистящие, жужжащие хрипы, выдох удлинён. Границы относительно сердечной тупости расширены вправо на 1,0 см. При аускультации сердца вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум, акцент II тона над легочной

артерией. ЧСС - 110 в минуту, АД - 150/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 2,5 см из-под реберной дуги. Лодыжки отёчны.

Клинический анализ крови: Hb - 170 г/л, эритроциты -  $6,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $9,1 \times 10^9$ /л, п-2; сегментоядерные -57, лимфоцитов -34; моноцитов -6. СОЭ - 7 мм/ч. Глюкоза - 4,2 ммоль/л; холестерин - 5.4 ммоль/л, СРБ - 6 мг/л, сиаловые кислоты - 2,8 ммоль/л, серомукоид - 2,1 ммоль/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, признаки перегрузки правого предсердия.

Рентгенография лёгких - расширение корней лёгких, обеднение легочного сосудистого рисунка на периферии легочных полей, выбухание конуса и ствола легочной артерии.

Спирография - вентиляционные нарушения по обструктивному типу. Тест с бронхолитиком отрицательный. Постбронходилататорное снижение ОФВ в 1 сек/ФЖЁЛ=0,45.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## ***Раздел 2. Болезни сердечно-сосудистой системы.***

**Тема 16. Методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией: оценка физикальных методов исследования и лабораторных методов исследования, измерение артериального давления на периферических артериях; пульсометрия. Суточное мониторирование АД.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Методика сбора жалоб и анамнеза у пациента с сердечно-сосудистой патологией;
- Методика определения относительной и абсолютной сердечной тупости.
- Методика аускультации сердца.
- Методика аускультации сердечных тонов у здоровых лиц и распознавание патологических изменений сердечных тонов у пациентов.
- Методика осмотра и пальпации крупных сосудов.
- Методика осмотра и пальпации области сердца.
- Методика пальпации пульса.
- Методика пульсометрии.
- Методика измерения АД.
- Методика суточного мониторирования АД, показания.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Техника сбора жалоб и анамнеза у пациента с сердечно-сосудистой патологией;
- ✓ Техника и оценка физикальных методов исследования (пальпации, перкуссии, аускультации);
- ✓ Оценка лабораторных методов исследования: общего анализа крови, биохимического исследования крови, исследования мочи;
- ✓ Техника измерения АД, интерпретация.
- ✓ Техника пульсометрии, интерпретация.
- ✓ Техника суточного мониторирования АД, интерпретация.

**Тема 17. Методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией: регистрация и оценка ЭКГ, холтеровское ЭКГ-мониторирование, велоэргометрия, тредмил.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Методика регистрации ЭКГ;
- Интерпретация нормальной ЭКГ;
- Методика холтеровского мониторирования ЭКГ, показания;
- Методика велоэргометрии, показания;
- Методика тредмил, показания.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Техника регистрации ЭКГ
- ✓ Интерпретация нормальной ЭКГ
- ✓ Техника велоэргометрии, интерпретация
- ✓ Техника тредмил, интерпретация
- ✓ Техника холтеровского мониторирования ЭКГ

### **Тема 18. Методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией: оценка ЭХО-КГ сердца и сосудов.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Диагностические возможности Эхо-КГ сердца.
- Показания для Эхо-КГ сердца.
- Диагностические возможности Эхо-КГ сосудов.
- Показания для Эхо-КГ сосудов.

#### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Интерпретация ЭХО-КГ сердца.
- ✓ Интерпретация ЭХО-КГ сосудов.

### **Тема 19. Методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией: инструментального обследования пациентов (рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной клетки , КТ, МРТ, в том числе и ангиографии)**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Диагностические возможности рентгенографии и рентгеноскопии органов грудной клетки, показания.
- Рентгенография и рентгеноскопия органов грудной клетки.
- Диагностические возможности КТ сердца и сосудов, показания.
- Диагностические возможности МРТ при сердечно-сосудистой патологии, показания.
- Диагностические возможности ангиографии показания, противопоказания.

#### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- Интерпретация данных рентгенографии и рентгеноскопия органов грудной клетки.
- Интерпретация данных КТ сердца и сосудов.
- Интерпретация данных ангиографии.

### **Тема 20. Гипертоническая болезнь.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология гипертонической болезни,
- Факторы риска,
- Патогенез.
- Классификация,
- Клиника,
- Осложнения.
- Диагностика,
- Дифференциальная диагностика.
- Гипертонические кризы,
- Классификация,
- Клиника,
- Принципы лечения.
- Особенности течения гипертонической болезни в молодом и пожилом возрасте.
- Профилактика и лечение гипертонической болезни,
- Реабилитация,
- Вопросы МСЭ.

#### Тестовый контроль:

##### **Принципом подбора препарата при ГБ является:**

- ~учет стадии ГБ и степени повышения АД;
- ~ступенчатый подбор назначения монотерапии во всех случаях ГБ;
- ~острые лекарственные пробы;

=учет клинических ситуаций в пользу применения препарата, относительные и абсолютные противопоказания.

**Ингибиторы АПФ блокируют:**

- ~рецепторы ангиотензина II;
- =превращение ангиотензина I в ангиотензин II;
- ~превращение ангиотензина II в ангиотензин I;
- ~выработку ренина.

**К фактору риска ГБ относится:**

- ~сахарный диабет;
- =избыточное потребление соли;
- ~курение;
- ~высокая физическая активность.

**Следствием перегрузки клеток ионами кальция у больных ГБ является:**

- =усиление сократительной способности гладкомышечных клеток артериол;
- ~ослабление работы сердца;
- ~подавление симпатической активности;
- ~потеря натрия организмом.

**Гуморальным прессорным агентом является:**

- ~оксид азота;
- =ангиотензин II;
- ~брадикинин;
- ~барорецепторы дуги аорты.

**К прессорным агентам относят:**

- =стресс;
- ~почечную экскрецию ионов Na;
- ~активность калликреин-кининовой системы;
- ~высокую физическую активность.

**К депрессорным агентам относят:**

- ~альдестерон;
- =барорецепторы аорты и крупных артерий;
- ~эндотелин-1;
- ~инсулин.

**Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:**

- ~хирургическая реваскуляризация миокарда;
- ~сахарный диабет;
- ~гипертоническая ретинопатия;
- =микроальбуминурия.

**Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:**

- ~скорость распространения пульсовой волны (сонная – бедренная артерия) < 12 м/с.;
- ~толщина комплекса интима-медиа в сонной артерии < 0,9 мм;
- =ЭКГ критерий (индекс Соколова-Лайона > 35 мм);
- ~лодыжечно - плечевой индекс > 0,9.

**Очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них наблюдается у пациента с АГ в случае, если имеется:**

- ~поражение органа мишени;
- =ассоциированное клиническое состояние;
- ~фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний;
- ~сахарный диабет.

**Критерием гипертонической болезни II стадии является наличие у пациента:**

- ~факторов риска;
- =изменений со стороны одного или нескольких органов мишеней;
- ~ассоциированных клинических состояний;
- ~ХБП с СКФ < 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

**К гипотензивному средству центрального действия относится:**

- =моксонидин;
- ~дилтиазем;
- ~амлодипин;

~индапамид.

**К препарату первой линии при лечении АГ относится:**

=тельмисартан;

~доксазозин;

~алискирен;

~моксонидин.

**Препаратом, с которого следует начать лечение пациента 42 лет с артериальной гипертонией I степени и ожирением III степени, является:**

=периндоприл;

~бисопролол;

~гипотиазид;

~атенолол.

**Целесообразными для начала терапии пациенту 55 лет, страдающему ИБС (стенокардия II ФК) и артериальной гипертонией II степени, являются:**

~тиазиды;

~ингибиторы АПФ;

=антагонисты кальция +ингибиторы АПФ;

~сартаны.

**При наличии брадикардии у больных с артериальной гипертензией показан:**

~обзидан;

~верапамил;

=норваск;

~атенолол.

**Фактор риска развития гипертонической болезни:**

~атеросклероз;

~сахарный диабет;

=отягощенная наследственность;

~высокая физическая активность.

**Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:**

~хирургическая реваскуляризация миокарда;

~сахарный диабет;

~гипертоническая ретинопатия;

=гипертрофия левого желудочка.

**Больному с сахарным диабетом и гипертонической болезнью лечение следует начать с:**

~антагониста кальция;

~диуретика;

=ингибитора АПФ;

~альфа-адреноблокатора.

**У больного с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение:**

~дилтиазема;

=бисопролола;

~телмисартана;

~моксонидина.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ГБ учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ГБ.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ГБ.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ГБ.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ГБ.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов ГБ.

- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ГБ с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза ГБ с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения при ГБ.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного ГБ с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ГБ с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины ГБ факторов риска его развития.
- ✓ Техника определения АД.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациенту с ГБ, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с ГК, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний, возникающих при осложненных ГБ, без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациенту с ГК без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациенту с ГК при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи при ГК в экстренной или неотложной формах.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная К., 44 лет, учительница, обратилась на прием к участковому терапевту в поликлинике с жалобами на головную боль, головокружение, возникающие при повышении артериального давления до 190/110 мм рт.ст.

Анамнеззаболевания: Повышение артериального давления отмечает в течение 8 лет, регулярно АД не контролировала. Лечилась индапом, эналаприлом, тенориком, а при резком повышении АД самостоятельно принимала коринфар. В течение последних 4-х месяцев эпизоды повышения АД стали чаще, до 2 – 3 раз в неделю. Связывает с интенсивной работой в течение этого времени.

Было две беременности, во время которых повышение АД не отмечалось.

Алкоголь употребляет редко, по 200 гр сухого вина. Наследственность: у матери отмечалось повышение АД с 40 лет, умерла в возрасте 69 лет от инсульта. Обследована амбулаторно: патологии почек не выявлено.

Объективно: состояние удовлетворительное, рост 156 см, вес – 78 кг. Объем талии - 96 см. Кожные покровы нормальной влажности. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД – 18 в минуту. Левая граница сердца на 0,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, усилен 2-ой тон во 2-ом межреберье справа. ЧСС 86 уд/минуту, Пульс – 86 уд/минуту. АД D = S 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, размеры печеночной тупости по Курлову: 10см, 9см, 7см. Отеков нет. Пульсация на артериях стоп сохранена.

ЭХОКГ: Внутренний диаметр клапанного кольца аорты – 2,8 см. (норма менее 4 см) Аортальный клапан – створки тонкие, в систолу в виде «коробочки». В диастолу – сомкнуты, не смещены. Левое предсердие (переднее – задний размер) - 3,8 см. (норма менее 4 см) Митральный клапан расположен нормально. Левый желудочек – конечный диастолический размер – 4,9 см (норма менее 5,6см), конечный систолический размер – 3,8 см. (норма менее 4 см), фракция выброса – 65%, (норма более 45%), толщина задней стенки левого желудочка – 1,2 см (норма менее 1,1см), межжелудочковая перегородка – 1,2 см (норма менее 1,1см). Движение правильное. Правый желудочек Дд (по длинной оси) – 2,6 см (норма менее 3 см), диаметр фиброзного кольца легочной артерии - 2,4 см. (норма менее 2,8). Створки легочной артерии тонкие, подвижные. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) равен 120 г\м<sup>2</sup> (норма менее 110 г\м<sup>2</sup>).

ЭКГ прилагается.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.

2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

**Задача №2.** Больной А., 49 лет, работающий инженером, поступил с жалобами на боли в грудной клетке. Боли носили нетипичный для стенокардии характер: хотя они и локализовались в левой половине грудной клетки, однако были длительными, ноющими, не были связаны с физической нагрузкой, чаще возникали при волнении, подъемах АД, не купировались приемом нитроглицерина, проходили самостоятельно.

Из анамнеза известно, что в течение 2-х лет пациент отмечал подъемы АД до 170/100–180/110 мм рт. ст.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рост – 172 см, вес – 93 кг. Тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС – 82 в минуту, АД = 140/100 мм рт. ст.

В биохимическом анализе крови: холестерин – 6,5 ммоль/л, триглицериды – 2,8 ммоль/л, ХС ЛПНП 4,75 ммоль/л, креатинин – 98,2 мкмоль/л.

ЭКГ - синусовый ритм, ЧСС 76 в мин., признаки неполной блокады левой ножки пучка Гиса и гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

## **Тема 21. ИБС.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Классификация,
- Клиника,
- Диагностика,
- Лечение,
- Реабилитация,
- МСЭ.

### Тестовый контроль:

**Целесообразными для начала терапии пациенту 55 лет, страдающему ИБС (стенокардия II ФК) и артериальной гипертонией II степени, являются:**

- ~тиазиды;
- ~ингибиторы АПФ;
- =антагонисты кальция +ингибиторы АПФ;
- ~сартаны.

**У пациентов с АГ при наличии клинически манифестной ИБС целевым значением холестерина ЛПНП является \_\_\_\_\_ ммоль/л:**

- ~< 4;
- ~< 3,0;
- =< 1,8;
- ~< 2.

**Фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний является:**

- ~ИМТ  $\geq 35$ ;
- =ИМТ  $\geq 30$ ;
- ~ИМТ  $\geq 40$ ;
- ~ИМТ  $\geq 25$ .

**Для профилактики ИБС назначается:**

- =средиземноморская диета;
- ~кремлевская диета;
- ~американская диета;
- ~японская диета.

**Рекомендуемой границей окружности талии для мужчин с целью профилактики ИБС является:**

- ~90 см;
- =102 см;
- ~105 см;
- ~88 см.

**При инфаркте миокарда тромболитики показаны при подъеме сегмента ST на ЭКГ в двух смежных отведениях и более в V1-V3 более чем на:**

- ~1,5 мм;
- ~1 мм;
- ~3 мм;
- =2 мм.

**Минимальной дозой аспирина в сутки в качестве антиагреганта у больных ИБС, стабильной стенокардией является:**

- =75 мг;
- ~50 мг;
- ~300 мг;
- ~250 мг.

**Причиной возникновения стенокардии напряжения является:**

- ~дилатационная кардиомиопатия;
- ~миокардит;
- ~пролапс митрального клапана;
- =атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%.

**При Стенокардии напряжения I ФК (Канадская классификация) приступ возникает при:**

- ~обычной физической нагрузке;
- ~подъеме по лестнице;
- =при сильном или быстром или продолжительном напряжении в работе;
- ~вставании рано утром.

**При стенокардии напряжения II ФК (Канадская классификация), минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является:**

- ~обычная физическая нагрузка;
- ~подъем по лестнице до 1-го лестничного пролета;
- ~вставание рано утром;
- =подъем по лестнице более 1 лестничного пролета нормальным шагом и в нормальных условиях или ходьба более 100-200 м по ровной местности.

**При стенокардии напряжения III ФК (Канадская классификация), минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является:**

- ~обычная физическая нагрузка;
- ~подъем по лестнице;
- ~сильная или быстрая или продолжительная напряженная работа;
- =ходьба по ровной местности или подъем по лестнице до 1-го лестничного пролета.

**При стенокардии напряжения IV ФК (Канадская классификация) минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является:**

- =обычная физическая нагрузка;
- ~подъем по лестнице;
- ~сильная или быстрая или продолжительная напряженная работа;
- ~ходьба по ровной местности или подъем по лестнице до 1-го лестничного пролета.



**Наиболее частой причиной коронарной недостаточности (стенокардии) является:**

- ~синдром Х;
- =атеросклеротическое сужение коронарных артерий;
- ~мышечные мостики;
- ~артерииты.

**Показанием для курантиловой пробы при диагностике ИБС является:**

- =невозможность провести пробу с физической нагрузкой;
- ~тяжелые нарушения ритма;
- ~пониженное артериальное давление;
- ~нестабильная стенокардия.

**Характерным проявлением стенокардии напряжения является:**

- =дискомфорт за грудиной при физической нагрузке;
- ~боль "в области сердца", возникающая при резких движениях;
- ~локализация боли в ограниченном пространстве в области верхушки сердца;
- ~продолжительность боли 5 - 20 сек.

**Признаком наличия у больного стенокардии является:**

- ~появление во время приступа систолического шума;
- ~появление прекордиальной пульсации во время приступа;
- ~появление во время приступа влажных хрипов в нижних отделах легких;
- =депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях на 1,5 мм горизонтального типа.

**Фактором, понижающим потребность миокарда в кислороде является:**

- =гипотермия ;
- ~гипертиреозидизм;
- ~использование симпатомиметиков;
- ~высокая артериальная гипертония.

**Препаратом, польза которых доказана при терапии больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения с застойной сердечной недостаточностью является:**

- ~пропранолол;
- ~атенолол;
- ~пиндолол;
- =бисопролол.

**Биохимическим маркером наличия некроза участка миокарда является:**

- ~общая ЛДГ;
- ~АЛТ;
- ~АСТ;
- =МВ – КФК.

**После появления симптомов ОКС повышение содержания МВ -КФК в крови наблюдается спустя:**

- ~2 часа;
- ~4 часа;
- =6-8 часов;
- ~12 часов.

**Содержание МВ - КФК в крови при инфаркте миокарда (без рецидива) нормализуется спустя:**

- =2 - 3 дня;
- ~5 - 6 дней;
- ~8 - 12 дней;
- ~2 недели.

**Эффективность тромболитиков доказана у больных при ОКС:**

- =с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в первые 12 часов от начала заболевания;
- ~с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в первые 6 часов от начала заболевания;
- ~без подъема сегмента ST;
- ~с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в сроки 12-18 часов от начала заболевания.

**Эхокардиографическим данным, позволяющим проводить дифференциальную диагностику боли в груди и свидетельствующим о наличии ишемии миокарда является:**

- ~усиление сократимости миокарда левого желудочка;
- =акинезия в некоторых сегментах левого желудочка;
- ~отсутствие нарушений локальной сократимости миокарда;
- ~нормальная сократимость миокарда.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с учетом факторов риска ИБС.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ИБС.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ИБС.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ИБС.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ИБС.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов ИБС.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациенту с ИБС.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ИБС с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза ИБС с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ИБС с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ИБС с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной К., машинист поезда, 50 лет, некурящий, обратился в поликлинику по поводу появления впервые в жизни кратковременных сжимающих за грудиной болей при подъеме на 3 этаж, проходящих после небольшого отдыха.

Семейный анамнез: мать больного 73 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, отец больного умер в возрасте 57 лет от рака легких.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 178 см, вес 74 кг, ИМТ 23,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные. Грудная клетка в дыхании участвует симметрично, подвижность ее снижена. ЧДД 16 в мин. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание.

Границы относительной тупости сердца и сосудистого пучка – в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. ЧСС 70 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный с частотой 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Пульс на тыльной артерии стопы определяется. При аускультации артерий патологических изменений нет. АД 120/70 мм рт. ст.

ЭКГ покоя: в пределах нормы.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

**Задача №2.** Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал. Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м<sup>2</sup>. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

## **Тема 22. Атеросклероз.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Методы диагностики (биохимические, инструментальные)
- Клиника атеросклероза различной локализации
- Лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургическое методы)
- Профилактика первичная и вторичная.
- Реабилитация

Тестовый контроль:

**Наибольший гиполлипидемический эффект может быть достигнут при приеме:**

- ~правастатина;
- =розувастатина;
- ~аторвастатина;
- ~симвастатина.

**Причинами вторичной гиперхолестеринемии могут быть:**

- ~злоупотребление алкоголем, хроническая почечная недостаточность, ожирение;
- ~прием контрацептивов, неселективных бета-адреноблокаторов, булимия;
- ~гипопитуитаризм, острый панкреатит, прием глюкокортикостероидов;
- =гипотиреоз, билиарный цирроз печени, прием анаболических гормонов.

**Гуморальным фактором, способствующим возникновению разрывов атеросклеротической бляшки, является:**

- ~повышенное содержание катехоламинов;
- =повышенное содержание вазопрессина;
- ~высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности;
- ~пониженное содержание вазопрессина.

**Местным фактором, способствующим возникновению разрыва атеросклеротической бляшки является:**

- ~повышение содержания катехоламинов;
- ~повышение содержания вазопрессина;
- ~высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности;
- =усиление турбулентности тока крови в области бляшки.

**Минимальной дозой аспирина в сутки в качестве антиагреганта у больных ИБС, стабильной стенокардией является:**

- =75 мг;
- ~50 мг;
- ~300 мг;
- ~250 мг.

**ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются:**

- ~удлинение интервала QT;
- ~удлинение интервала PQ;
- ~зубец Q с амплитудой больше трети зубца R и длительностью более 0,03 с;
- =изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца T.

**Препаратами, обладающими выраженными ангиопротективными и антиатеросклеротическими свойствами, являются:**

- =антагонисты кальция;
- ~диуретики;
- ~β-адреноблокаторы;
- ~α-адреноблокаторы.

**К АКС относится:**

- =коронарная реваскуляризация методом ЧКВ или АКШ;
- ~дислипидемия;
- ~атеросклероз аорты;
- ~сахарный диабет.

**По Европейской модели SCORE оценивается риск смерти от заболеваний, связанных с атеросклерозом в течение ближайших:**

- =10 лет;
- ~5 лет;
- ~15 лет;
- ~20 лет.

**У пациента 18 лет с девятилетнего возраста АГ с привычными цифрами 160/100 мм рт.ст. Аускультативных признаков стеноза почечной артерии нет. При ренорадиографии резкое удлинение секреторной фазы правой почкой. Какова причина гипертензии?**

- ~гипертоническая болезнь
- ~атеросклеротический стеноз почечной артерии
- ~тромбоз почечной артерии
- =фиброваскулярная дисплазия почечной артерии

**К повышению АД у пожилых пациентов (ИСАГ) приводит локализация стеноза атеросклеротического генеза:**

- =в устье аорты;
- ~на сонной артерии;
- ~на дуге аорты;
- ~на подключичной артерии.

**Причиной возникновения стенокардии напряжения является:**

- ~дилатационная кардиомиопатия;
- ~миокардит;
- ~пролапс митрального клапана;
- =атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%.

**Гуморальным фактором, способствующим возникновению разрывов атеросклеротической бляшки, является:**

- ~повышенное содержание катехоламинов;
- =повышенное содержание вазопрессина;
- ~высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности;

~пониженное содержание вазопрессина.

**Местным фактором, способствующим возникновению разрыва атеросклеротической бляшки является:**

~повышение содержания катехоламинов;

~повышение содержания вазопрессина;

~высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности;

=усиление турбулентности тока крови в области бляшки.

**ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются:**

~удлинение интервала QT;

~удлинение интервала PQ;

~зубец Q с амплитудой больше трети зубца R и длительностью более 0,03 с;

=изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца T.

**Причиной аортального стеноза у пожилого человека чаще всего является:**

~острая ревматическая лихорадка;

~врожденный порок сердца;

~бактериальный эндокардит;

=атеросклероз.

**У пациентки с АГ при разнице АД на левой и правой руках в 20 мм рт.ст. В первую очередь следует заподозрить:**

=болезнь Такаясу;

~атеросклеротическое поражение плечевой артерии;

~болезнь Аддисона;

~болезнь Кушинга.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с атеросклерозом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с атеросклерозом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни пациенту с атеросклерозом, включая программы снижения потребления табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с атеросклерозом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с атеросклерозом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с атеросклерозом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов атеросклероза.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза атеросклероза различной локализации, составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики атеросклероза различной локализации с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза атеросклероза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения пациенту с атеросклерозом.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с атеросклерозом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с атеросклерозом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациенту с атеросклерозом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение медицинских изделий.
- ✓ Проведение лечебных процедур и манипуляций по вопросам оказания медицинской помощи пациенту с атеросклерозом, с учетом стандартов медицинской помощи.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с атеросклерозом, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной Л., 79 лет.

Жалобы на боли в икроножных мышцах при ходьбе на расстояние более 200 метров, похолодание пальцев ног, одышку малых при физических нагрузках (ходьба по ровной поверхности, подъем на первый этаж). Вышеописанные боли в ногах беспокоят в течение 3 лет, но проходили самостоятельно. Последний месяц боли в ногах участились, появились ночью. В анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС, перенесенный инфаркт миокарда 5 лет назад. Регулярно принимает аспирин, нормодипин, эналаприл, симвастатин. Курит много лет более 20 сигарет в день.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 168 см, вес 99 кг, объем талии –100см. Кожные покровы бледно-розовые. Цианоз губ. В легких жесткое дыхание, хрипов нет ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 76 в минуту, Акцент 2-го тона во втором межреберье справа. АД 150/90 мм рт.ст. Живот безболезненный, перкуторно размеры печеночной тупости по Курлову 15см, 10см, 9см. Отеков нет. Резко ослаблена пульсация на артериях нижних конечностях, начиная с *aa. dorsalis pedis*. В анализах – холестерин 7,9 ммоль/л, холестерин ЛПНП-5,0 ммоль/л, холестерин ЛПВП-0,8 ммоль/л, триглицериды 3,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

**Задача №2.** У пациента, 55 лет, длительно страдающего гипертонической болезнью, нерегулярно принимающего гипотензивные препараты, внезапно появились боли в левой околопозвоночной области. Боли носят жгучий, режущий характер. Беспокоят уже около 6 часов. В течение последних 3-х часов боли распространились на поясничную область, больше слева. Боль не купируется анальгетиками.

При осмотре состояние средней тяжести. Пациент возбужден. Сознание ясное. Кожный покров бледный, покрыт холодным потом. Дыхание проводится. ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 108 в мин. АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот симметричный, вздут. При пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика ослаблена. На ЭКГ данных за острый инфаркт миокарда не получено. Имеется умеренно выраженная анемия. Диурез за последние часы около 50 мл.



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

### **Тема 23. Стабильная стенокардия.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Диагностика
- Клиника
- Лечение
- Профилактика.
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Характерным проявлением стенокардии напряжения является:**

- =дискомфорт за грудиной при физической нагрузке;
- ~боль "в области сердца", возникающая при резких движениях;
- ~локализация боли в ограниченном пространстве в области верхушки сердца;
- ~продолжительность боли 5 - 20 сек.

**Причиной возникновения стенокардии напряжения является:**

- ~дилатационная кардиомиопатия;
- ~миокардит;
- ~пролапс митрального клапана;
- =атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%.

**Признаками стабильной стенокардии высокого функционального класса являются:**

- ~изменение фракции выброса;
- ~ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке;
- ~повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме;
- =снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50 Вт.

**Препаратом, польза которых доказана при терапии больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения с застойной сердечной недостаточностью является:**

- ~пропранолол;
- ~атенолол;
- ~пиндолол;
- =бисопролол.

**При Стенокардии напряжения I ФК (Канадская классификация) приступ возникает при:**

- ~обычной физической нагрузке;
- ~подъеме по лестнице;
- =при сильном или быстром или продолжительном напряжении в работе;
- ~вставании рано утром.

**При стенокардии напряжения II ФК (Канадская классификация), минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является:**

- ~обычная физическая нагрузка;
- ~подъем по лестнице до 1-го лестничного пролета;
- ~вставание рано утром;
- =подъем по лестнице более 1 лестничного пролета нормальным шагом и в нормальных условиях или ходьба более 100-200 м по ровной местности.

**При стенокардии напряжения III ФК (Канадская классификация), минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является:**

- ~обычная физическая нагрузка;
- ~подъем по лестнице;
- ~сильная или быстрая или продолжительная напряженная работа;
- =ходьба по ровной местности или подъем по лестнице до 1-го лестничного пролета.

**При стенокардии напряжения IV ФК (Канадская классификация) минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является:**

- =обычная физическая нагрузка;
- ~подъем по лестнице;
- ~сильная или быстрая или продолжительная напряженная работа;
- ~ходьба по ровной местности или подъем по лестнице до 1-го лестничного пролета.

**Синдром "обкрадывания" у больных со стенокардией развивается при использовании:**

- ~тринитратов;
- ~динитратов;
- ~бета-адреноблокаторов;
- =вазодилататоров.

**Эффективность антиангинального действия тринитратов у больных стенокардией снижается в результате таких причин, как:**

- =снижение числа рецепторов к нитратам в миоцитах;
- ~интенсификация образования свободных радикалов;
- ~повышение агрегации тромбоцитов;
- ~снижение уровня эндотелий-релаксирующего фактора.

**Антиангинальным и противоаритмическим действием при стенокардии обладают такие препараты, как:**

- ~дипиридамола;
- =бисопролол;
- ~корватон;
- ~изосорбид-динитрат.

**Антиангинальное действие у больных стенокардией за счет торможения агрегации или дезагрегации тромбоцитов вызывают:**

- =дипиридамола;
- ~гепарин;
- ~фенилин;
- ~стрептодеказа.



**При локальном стенозе крупной коронарной артерии оптимальным методом лечения стенокардии является:**

- ~консервативная терапия коронаролитическими препаратами;
- =транслюминальная ангиопластика коронарных артерий;
- ~разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном;
- ~операция аорто-коронарного шунтирования.

**Ранняя постинфарктная стенокардия возникает после перенесенного ИМ через:**

- =24 ч - 2 нед.;
- ~24 ч - 8 нед.;
- ~2 мес.;
- ~6 мес.

**Какой антиангинальный препарат следует назначить больному стенокардией напряжения, страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью?**

- ~пропранолол;
- ~метопролол;
- =нифедипин;
- ~тринитролонг.

**Пациенту с АГ первой степенью и стенокардией напряжения III ФК лечение следует начать с:**

- =бисопролола;
- ~тельмисартана;
- ~амлодипина;
- ~периндоприла.

**Целесообразными для начала терапии пациенту 55 лет, страдающему ИБС (стенокардия II ФК) и артериальной гипертонией II степени, являются:**

- ~тиазиды;
- ~ингибиторы АПФ;
- =антагонисты кальция +ингибиторы АПФ;
- ~сартаны.

**Минимальной дозой аспирина в сутки в качестве антиагреганта у больных ИБС, стабильной стенокардией является:**

- =75 мг;
- ~50 мг;
- ~300 мг;
- ~250 мг.

**При Стенокардии напряжения I ФК (Канадская классификация) приступ возникает при: {**

- ~обычной физической нагрузке;
- ~подъеме по лестнице;
- =при сильном или быстром или продолжительном напряжении в работе;
- ~вставании рано утром.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с стабильной стенокардией с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с стабильной стенокардией.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с стабильной стенокардией.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с стабильной стенокардией.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с стабильной стенокардией.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов стабильной стенокардии.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза стабильной стенокардии и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.

- ✓ Проведение дифференциальной диагностики стабильной стенокардии с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза стабильной стенокардии с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного стабильной стенокардией с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с стабильной стенокардией с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии пациенту с стабильной стенокардией, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъеме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально. Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал. Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счет подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 80 уд/мин.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

**Задача №2.** Пациентка Л. 50 лет, парикмахер, доставлена в кард. отделения

Жалобы на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина.

Считает себя больной в течение 3-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. В течение 10-ти лет страдает АГ. Периодически лечилась амбулаторно, принимала гипотензивные препараты, какие не помнит. По поводу сахарного диабета примаёт манинил.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 95 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 18 в мин. Перкуторно определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 150/100 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счет подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 7,8 ммоль/л, ТГ – 3,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 6,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

#### **Тема 24. Нестабильная стенокардия.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Диагностика
- Клиника
- Лечение
- Профилактика.
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**В патогенезе нестабильной стенокардии играет роль:**

- ~критический стеноз коронарной артерии;
- =разрыв бляшки;
- ~частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом;
- ~полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом.

**Наиболее частой причиной коронарной недостаточности (стенокардии) является:**

- ~синдром Х;
- =атеросклеротическое сужение коронарных артерий;
- ~мышечные мостики;
- ~артерииты.

**Признаком наличия у больного стенокардии является:**

- ~появление во время приступа систолического шума;
- ~появление прекордиальной пульсации во время приступа;
- ~появление во время приступа влажных хрипов в нижних отделах легких;
- =депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях на 1,5 мм горизонтального типа.

**Фактором, понижающим потребность миокарда в кислороде является:**

- =гипотермия;
- ~гипертиреозидизм;
- ~использование симпатомиметиков;
- ~высокая артериальная гипертензия.

**Наиболее достоверным симптомом для стенокардии является:**

- ~загрудинная боль при физической нагрузке;
- ~нарушение ритма;
- =депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступа болей;
- ~патологический зубец Q.

**Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?**

- ~патологический зубец Q;
- =депрессии сегмента ST;
- ~появление отрицательного зубца T;
- ~преходящая блокада ножек пучка Гиса.

**Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии?**

- ~заболевания пищевода;

=грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;  
~язвенная болезнь желудка;  
~хронический колит.

**Признаком нестабильной стенокардии является:**

=изменение длительности и интенсивности болевых приступов;  
~нарушение ритма и проводимости;  
~снижение АД без гипотензивной терапии;  
~появление патологического зубца Q на ЭКГ.

**Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:**

=развития инфаркта миокарда;  
~тромбоэмболии мозговых сосудов;  
~развития фатальных нарушений ритма сердца;  
~развития легочной гипертензии.

**Причиной вариантной стенокардии (типа Принцметала) является:**

~поражение мелких сосудов коронарных артерий;  
=спазм крупной коронарной артерии;  
~спазм мелких сосудов коронарной артерии;  
~тромбоз коронарной артерии.

**Наиболее эффективными лекарственными средствами, применяемыми при стенокардии являются:**

=бета-адреноблокаторы;  
~антагонисты кальция;  
~антикоагулянты;  
~антиоксиданты.

**Фактором непосредственного риска развития инфаркта миокарда является:**

=нестабильная стенокардия;  
~курение;  
~артериальная гипертензия;  
~сахарный диабет.

**Причиной возникновения стенокардии напряжения является:**

~дилатационная кардиомиопатия;  
~миокардит;  
~пролапс митрального клапана;  
=атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%.

**Наиболее частой причиной коронарной недостаточности (стенокардии) является:**

~синдром X;  
=атеросклеротическое сужение коронарных артерий;  
~мышечные мостики;  
~артерииты.

**Характерным проявлением стенокардии напряжения является:**

=дискомфорт за грудиной при физической нагрузке;  
~боль "в области сердца", возникающая при резких движениях;  
~локализация боли в ограниченном пространстве в области верхушки сердца;  
~продолжительность боли 5 - 20 сек.

**Признаком наличия у больного стенокардии является:**

~появление во время приступа систолического шума;  
~появление прекордиальной пульсации во время приступа;  
~появление во время приступа влажных хрипов в нижних отделах легких;  
=депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях на 1,5 мм горизонтального типа.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с нестабильной стенокардией с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с нестабильной стенокардией .

- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с нестабильной стенокардией.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с нестабильной стенокардией.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с нестабильной стенокардией.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания с нестабильной стенокардией.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза нестабильной стенокардии и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики нестабильной стенокардии с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза нестабильной стенокардии с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения пациенту с нестабильной стенокардией.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с нестабильной стенокардией с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с нестабильной стенокардией.
- ✓ с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента с нестабильной стенокардией, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с нестабильной стенокардией, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с нестабильной стенокардией без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента с нестабильной стенокардией.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах при нестабильной стенокардии.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной К., машинист поезда, 50 лет, некурящий, обратился в поликлинику по поводу появления впервые в жизни кратковременных сжимающих за грудиной болей при подъеме на 3 этаж, проходящих после небольшого отдыха.

Семейный анамнез: мать больного 73 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, отец больного умер в возрасте 57 лет от рака легких.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 178 см, вес 74 кг, ИМТ 23,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные. Грудная клетка в дыхании участвует симметрично, подвижность ее снижена. ЧДД 16 в мин. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание.

Границы относительной тупости сердца и сосудистого пучка – в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. ЧСС 70 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный с частотой 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Пульс на тыльной артерии стопы определяется. При аускультации артерий патологических изменений нет. АД 120/70 мм рт. ст.

ЭКГ покоя: в пределах нормы.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

**Задача №2.** Пациент 49 лет, экспедитор.

Доставлен в кард. отделение с жалобами на загрудинные боли жгучего характера, возникающие при ходьбе обычным шагом длительностью до 5-10 мин., сопровождаются одышкой, потемнением в глазах, уменьшаются после приема под язык 2 таблеток нитроглицерина через 2-3 мин, учащение таких приступов последние три дня и появление подобных болей ночью.

В анамнезе в течение 2-х лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в неделю. Регулярно принимал бисопролол 5 мг в день, изосорбида мононитрат 40 мг 1 раза в день (утром и днем), тромбо АСС 100 мг 1 раз в день, аторвостатин 10 мг на ночь. За последнюю неделю, несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 4-5 приступов в день, стали продолжительными, появились приступы в покое и в ночное время. Для купирования болей стал принимать по 2-3 таблетки нитроглицерина.

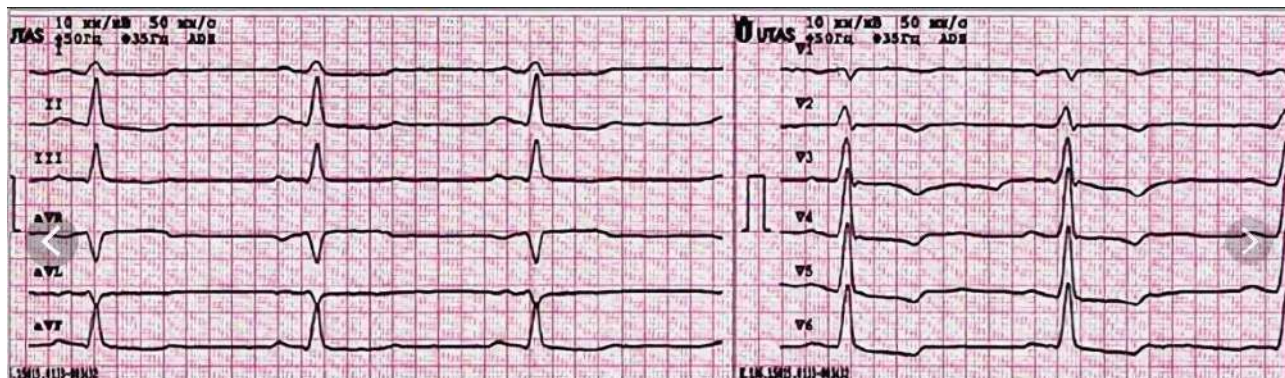
У отца был инфаркт миокарда в 55 лет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Вес 92 кг. Рост.175 см. Объем талии –96 см Цвет кожи бледно-розовый, обычной влажности. В легких единичные сухие хрипы, ЧДД-16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона во 2-ом межреберье справа от грудины. ЧСС 58 в 1 мин. АД-130\70 мм рт.ст.

Живот увеличен за счет подкожно-жирового слоя, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9 см - 8 см - 7 см.

Пульсация на arteria dorsalis pedis ослаблена с обеих сторон. Отеков нет. Холестерин 7,2 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

**Тема 25. ОКС.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Диагностика
- Диф. диагностика
- Клиника
- Лечение
- Профилактика.
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Эффективность тромболитиков доказана у больных при ОКС:**

=с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в первые 12 часов от начала заболевания;

~с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в первые 6 часов от начала заболевания;

~без подъема сегмента ST;

~с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в сроки 12-18 часов от начала заболевания.

**Показанием для назначения тромболитиков является клиника ОКС при давности заболевания менее:**

=12 ч. ;

~6 ч.;

~24 ч.;

~3 ч.

**После появления симптомов ОКС повышение содержания МВ -КФК в крови наблюдается спустя:**

~2 часа;

~4 часа;

=6-8 часов;

~12 часов.

**В патогенезе ОКС при инфаркте миокарда без зубца Q играет роль:**

~критический стеноз коронарной артерии;

~пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки;

=частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом;

~полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом.

**В патогенезе ОКС при инфаркте миокарда с зубцом Q играет роль:**

~критический стеноз коронарной артерии;

~пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки;

=полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом;

~вазоконстрикция в месте "нестабильной" бляшки.

**Биохимическим маркером наличия некроза участка миокарда является:**

~общая ЛДГ;

~АЛТ;

~АСТ;

=МВ – КФК.

**Содержание МВ - КФК в крови при инфаркте миокарда (без рецидива) нормализуется спустя:**

=2 - 3 дня;

~5 - 6 дней;

~8 - 12 дней;

~2 недели.

**диагностику боли в груди и свидетельствующим о наличии ишемии миокарда является:**

~усиление сократимости миокарда левого желудочка;

=акинезия в некоторых сегментах левого желудочка;

~отсутствие нарушений локальной сократимости миокарда;

~нормальная сократимость миокарда.

**Критерием диагностики острого инфаркта миокарда с зубцом Q в передне-перегородочной области левого желудочка является появление на ЭКГ зубца Q в сочетании с монофазной кривой в отведениях:**

=V1 - V3;

~V1 – V2;

~V3 – V4;

~V4 – V5.

**Критерием диагностики острого инфаркта миокарда без зубца Q в передней стенке левого желудочка является появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на:**

=3 мм в V3 - V4 и отрицательного T;

~2 мм в V3 - V4 справа от грудины;

~1 мм в V3 - V4;

~0,5 мм в V3 - V4.

**Положительное влияние тромболитиков при остром коронарном синдроме отсутствует у больных с:**

~ОКС и подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в сроки до 12 часов от начала заболевания;

~ОКС и остро возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса в сроки до 12 часов от начала заболевания ;

~острым инфарктом миокарда с зубцом Q в первые 6 часов от начала заболевания;

=острым инфарктом миокарда с зубцом Q в сроки 12 - 18 часов от начала заболевания.

**В патогенезе ОКС при нестабильной стенокардии играет роль:**

~критический стеноз коронарной артерии;

=разрыв бляшки;

~частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом;

~полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом.

**Гуморальным фактором, способствующим возникновению разрывов атеросклеротической бляшки, является:**

~повышенное содержание катехоламинов;

=повышенное содержание вазопрессина;

~высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности;

~пониженное содержание вазопрессина.

**Местным фактором, способствующим возникновению разрыва атеросклеротической бляшки является:**

~повышение содержания катехоламинов;

~повышение содержания вазопрессина;

~высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности;

=усиление турбулентности тока крови в области бляшки.

**Разрыв сосочковой мышцы чаще происходит при:**

=нижнем инфаркте миокарда;

~инфаркте правого желудочка;

~инфаркте передней стенки ЛЖ;

~инфаркте предсердий.

**Бета-адреноблокаторы применяются при ИБС, так как они:**

=снижают потребность миокарда в кислороде;

~расширяют коронарные сосуды;

~вызывают спазм периферических сосудов;

~увеличивают потребность в кислороде.

**Наиболее значимым фактором риска ИБС, является:**

~употребление алкоголя;

=артериальная гипертензия;

~курение;

~гиподинамия.

**К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном сидячем положении?**

=напряжения;

~покоя;

~вариантной;

~напряжения и покоя.

**Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?**

~патологический зубец Q;

=депрессии сегмента ST;

~появление отрицательного зубца T;

~преходящая блокада ножек пучка Гиса.

**Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии?**

~заболевания пищевода;

=грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;

~язвенная болезнь желудка;

~хронический колит.



**Наиболее эффективными лекарственными средствами, применяемыми при стенокардии являются:**

- =бета-адреноблокаторы;
- ~антагонисты кальция;
- ~антикоагулянты;
- ~антиоксиданты.

**Признаком нестабильной стенокардии является:**

- =изменение длительности и интенсивности болевых приступов;
- ~нарушение ритма и проводимости;
- ~снижение АД без гипотензивной терапии;
- ~появление патологического зубца Q на ЭКГ.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ОКС учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту ОКС.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табакооптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ОКС.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ОКС.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов ОКС.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза ОКС и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ОКС с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза ОКС с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения при ОКС.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ОКС с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ОКС с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с ОКС, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание ОКС без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание ОКС, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с ОКС без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при ОКС состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания).
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не связанные с дыханием, не успокаивающиеся в положении сидя и после приема нитроглицерина. В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст.

Объективно: ЧДД 20 в минуту, в лёгких – без патологических дыхательных шумов. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД 170/100 мм рт. ст. В остальном объективный статус – без особенностей.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

**Задача №2.** Женщина 64 лет, доставлена в кард.отделение с жалобами на давящие боли за грудиной, сопровождающиеся удушьем.

Боли возникли впервые ночью, как будто бы среди полного здоровья, купировались после повторного приема нитроглицерина и коринфара. Заболевание связывает с повторными стрессовыми ситуациями и физической нагрузкой в течение 2-х последних месяцев. Во время первого приступа АД было 200/120 мм рт ст. Предыдущие 2-3 года АД периодически повышалось до 150-160/90 мм.рт.ст., нормализовалось без лечения.

Страдает хроническим холециститом, хроническим панкреатитом, мать пациентки умерла от инсульта. Кроме того, в течение 10-15 лет беспокоит кашель в сырое, холодное время года, иногда приступообразный.

При осмотре: повышенного питания. Пульс ритмичный, 70 в минуту, АД 160/100 мм рт ст. Левая граница сердца смещена влево, вниз на 2 см. Тоны сердца ритмичные, I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте, систолический шум над областью сердца, более интенсивный над аортой. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное ослабленное, единичные рассеянные сухие хрипы, исчезающие при покашливании. Со стороны других органов и систем изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.
9. МСЭ.

## **Тема 26. Диагностика инфаркт миокарда.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Клиника (типичные и атипичные формы)
- Диагностика
- Дифференциальная диагностика
- Изменения ЭКГ
- Активность кардиоспецифических ферментов
- Дополнительные методы диагностики инфаркта миокарда: эхокардиография, радионуклидные методы, коронарография.

Тестовый контроль:

**Какое изменение на ЭКГ характерно для инфаркта миокарда?**

- =патологический зубец Q;
- ~конкордантный подъем сегмента ST;
- ~низкий вольтаж зубца P в стандартных отведениях;
- ~депрессия сегмента ST.

**Биохимическим маркером наличия некроза участка миокарда является:**

~общая ЛДГ;  
~АЛТ;  
~АСТ;  
=МВ – КФК.

**В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит:**

~стрессовая реакция на болевые раздражители;  
=снижение насосной функции сердца;  
~артериальная гипотония;  
~гиповолемия.

**Наиболее вероятной причиной возникновения острой правожелудочковой недостаточности и внезапного появления грубого систолического шума у больного с острым инфарктом миокарда является:**

~разрыв папиллярной мышцы;  
~разрыв свободной стенки левого желудочка;  
=разрыв межжелудочковой перегородки;  
~тромбоэмболия легочной артерии.

**Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:**

~уменьшение вольтажа всех зубцов;  
~подъем сегмента ST;  
=депрессия ST более чем на 2 мм;  
~появление отрицательных зубцов Т.

**Эхокардиографическим данным, позволяющим проводить дифференциальную диагностику боли в груди и свидетельствующим о наличии ишемии миокарда является:**

~усиление сократимости миокарда левого желудочка;  
=акинезия в некоторых сегментах левого желудочка;  
~отсутствие нарушений локальной сократимости миокарда;  
~нормальная сократимость миокарда.

**Наиболее неблагоприятным прогностическим признаком у больных с острым инфарктом миокарда является:**

~ранние желудочковые экстрасистолии;  
=групповые желудочковые экстрасистолы;  
~политопные желудочковые экстрасистолии;  
~наджелудочковые экстрасистолии.

**Какое из осложнений инфаркта миокарда является самым частым, самым ранним и самым опасным?**

~кардиогенный шок;  
~отек легких;  
=фибриляция желудочков;  
~разрыв сердца.

**Подозрение на инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса возникает, если:**

~имеется комплекс QS в отведениях V1 - V2;  
~длительность комплекса QRS превышает 0,1 сек;  
~отсутствует зубец Q в отведениях V5 - V6;  
=имеется комплекс QR или зубурин в начале восходящего колена зубца R в отведениях V5-V6.

**Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:**

~депрессия сегмента ST;  
~инверсия зубца T;  
~появление зубца Q;  
=элевация сегмента ST.

**Дольше других при остром инфаркте миокарда удерживается повышенный уровень активности одного из следующих ферментов:**

~миоглобина;  
~креатинфосфокиназы (КФК);  
=тропонина Т или I;  
~аспарагиновой трансаминазы (АСТ).

**При остром инфаркте миокарда в сыворотке крови раньше других возрастает уровень активности:**

- ~аспарагиновой трансаминазы (АСТ);
- ~креатинфосфокиназы (КФК);
- ~тропонина Т или I;
- =миоглобина.

**При инфаркте миокарда без зубца Q назначают:**

- ~тромболитики, анальгетики;
- ~гепарин, анальгетики;
- ~анальгетики, лидокаин, строфантин;
- =средства, назначаемые при нестабильной стенокардии.

**Фактором непосредственного риска развития инфаркта миокарда является: {**

- =нестабильная стенокардия;
- ~курение;
- ~артериальная гипертензия;
- ~сахарный диабет.

**Для вторичной профилактики инфаркта миокарда ингибиторы АПФ особенно показаны пациентам с:**

- ~ожирением;
- ~нижним инфарктом миокарда;
- ~блокадой левой ножки пучка Гиса;
- =передним распространенным инфарктом миокарда.

**Для вторичной профилактики инфаркта миокарда назначается:**

- ~аспирин в течение года;
- ~аспирин пожизненно;
- ~аспирин + клопидогрель пожизненно;
- =аспирин пожизненно+ клопидогрель или прасугрел или тикагрелор в течение года или более.

**Содержание МВ - КФК в крови при инфаркте миокарда (без рецидива) нормализуется спустя:**

- =2 - 3 дня;
- ~5 - 6 дней;
- ~8 - 12 дней;
- ~2 недели.

**Критерием диагностики острого инфаркта миокарда с зубцом Q в передне-перегородочной области левого желудочка является появление на ЭКГ зубца Q в сочетании с монофазной кривой в отведениях:**

- =V1 - V3;
- ~V1 - V2;
- ~V3 - V4;
- ~V4 - V5.

**Нарушения А-V проводимости при нижнем инфаркте миокарда связаны с:**

- ~нарушением кровотока по артерии синусового узла;
- =нарушением кровотока по артерии АВ - узла;
- ~обширностью повреждения боковой стенки ЛЖ;
- ~повреждением межжелудочковой перегородки.

**Критерием диагностики острого инфаркта миокарда без зубца Q в передней стенке левого желудочка является появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на:**

- =3 мм в V3 - V4 и отрицательного Т;
- ~2 мм в V3 - V4 справа от грудины;
- ~1 мм в V3 - V4;
- ~0,5 мм в V3 - V4.

**Положительное влияние тромболитиков при остром коронарном синдроме отсутствует у больных с:**

- ~ОКС и подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в сроки до 12 часов от начала заболевания;
- ~ОКС и остро возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса в сроки до 12 часов от начала заболевания ;
- ~острым инфарктом миокарда с зубцом Q в первые 6 часов от начала заболевания;

=острым инфарктом миокарда с зубцом Q в сроки 12 - 18 часов от начала заболевания.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ИМ.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ИМ.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ИМ.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов ИМ .
- ✓ Формулирование предварительного диагноза ИМ и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ИМ с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза ИМ с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с ИМ, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний при ИМ без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание состояний при ИМ, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с ИМ при состояниях, без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи при ИМ в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи при ИМ в экстренной или неотложной формах.

Ситуационные задачи:

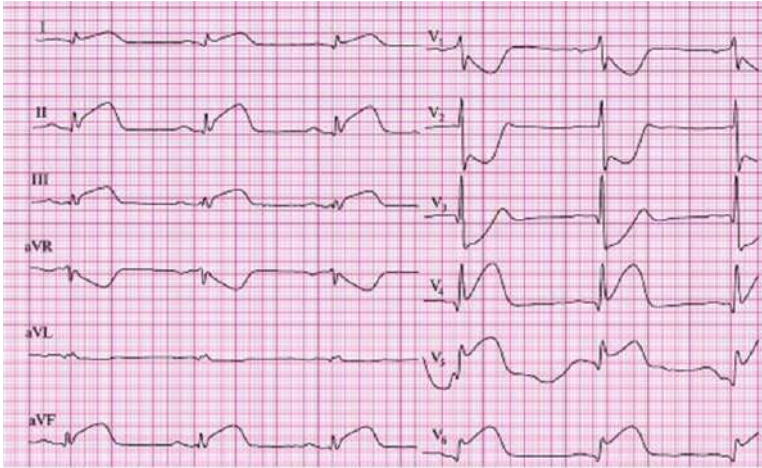
**Задача №1.** Больной Г., 44 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на интенсивные загрудинные боли в течение 2 ч, которые сопровождались резкой слабостью, страхом смерти. Заболел остро 2 ч назад, когда впервые появились вышеописанные жалобы.

Перенесенные заболевания отрицает.

Семейный анамнез: отец больного страдал ИБС, умер от ОИМ. Мать больного страдает гипертонической болезнью. Вредные привычки: курит до 20 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

При осмотре состояние крайне тяжелое. Больной нормостенического телосложения, рост 170 см, вес 110 кг. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Кожные покровы бледные, акроцианоз, холодный пот. Подкожно-жировой слой развит избыточно: толщина кожной складки на уровне пупка 6 см. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, обе её половины в дыхании участвуют симметрично, подвижность ее снижена. ЧДД 20 уд/мин. Перкуторный звук легочный. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуализируется в V межреберье по левой среднеключичной линии, пальпаторно разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 2 см. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС 110 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Дефицита пульса нет. АД 60/40 мм рт. ст. Живот симметричен. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, ровный, гладкий, безболезненный.

ЭКГ:



Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
- 3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4.Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
- 5.Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации.

**Задача №2.** Больной Т. 65 лет был доставлен в приёмное отделение больницы бригадой СИП с диагнозом хронический панкреатит, болевая форма в фазе обострения.

При осмотре жалобы на слабость, тошноту, рвоту, боли в эпигастрии и в левом подреберье, с иррадиацией в спину, левую лопатку.

Заболел сегодня днём - после погрешности в диете появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы.

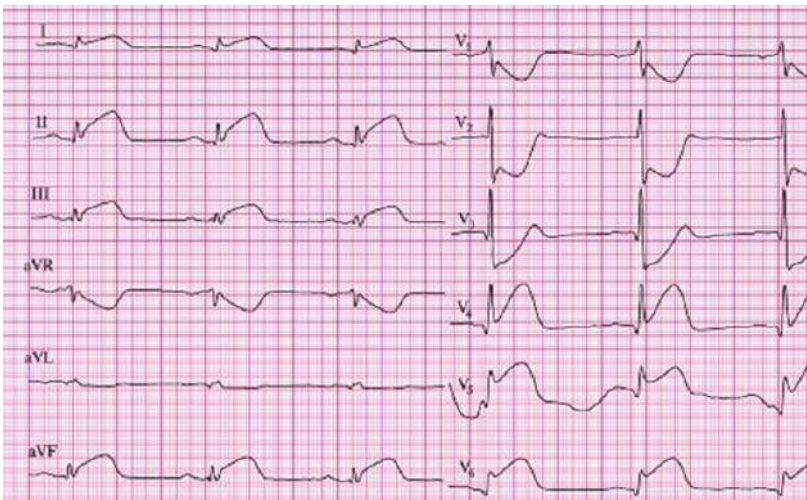
В анамнезе имеется хронический панкреатит.

Объективно:

Состояние средней тяжести. Правильного телосложения, повышенного питания. ИМТ = 30кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, легкий акроцианоз. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ослаблены, ритмичны. Пульс симметричен, пониженного наполнения и напряжения, частота – 90 в минуту. Дефицита пульса нет. АД 100/70 мм рт. ст.

Грудная клетка правильной формы, обе её половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД =18 в мин. При пальпации живота –умеренная болезненность в эпигастрии и в левом подреберье.

ЭКГ:



Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
- 3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4.Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.

5.Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации.

## **Тема 27. Лечение неосложненного инфаркта миокарда.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Лечение неосложненного инфаркта миокарда.
- Реабилитация больных инфарктом миокарда,
- МСЭ.

### Тестовый контроль:

**Для профилактики постинфарктного ремоделирования сердца применяют:**

- ~диуретики;
- ~блокаторы медленных кальциевых каналов;
- ~ $\beta$ -адреноблокаторы;
- =ингибиторы АПФ.

**При инфаркте миокарда стрептокиназу необходимо вводить в дозе:**

- ~1 млн. единиц;
- ~1,3 млн. единиц;
- =1,5 млн. единиц;
- ~2 млн. единиц.

**При инфаркте миокарда тромболитики показаны при подъеме сегмента ST на ЭКГ в двух смежных отведениях и более в V1-V3 более чем на:**

- ~1,5 мм;
- ~1 мм;
- ~3 мм;
- =2 мм .

**При синусовой брадикардии на фоне острого инфаркта миокарда лечение следует начинать с внутривенного введения:**

- ~5 мг изоптина;
- ~1 мг изупрела;
- =0,5-1 мг атропина;
- ~100 мг гидрокортизона.

**У больного с острым трансмуральным передне-перегородочным инфарктом миокарда возникли частые желудочковые экстрасистолы. Какой из перечисленных препаратов необходимо ему ввести?**

- ~строфантин;
- =лидокаин;
- ~обзидан;
- ~финоптин.

**При инфаркте миокарда без зубца Q не назначают:**

- ~антиагрегант;
- =тромболитик;
- ~антикоагулянт;
- ~аналгетик.

**При инфаркте миокарда без зубца Q не назначают:**

- ~антиагрегант;
- =тромболитик;
- ~антикоагулянт;
- ~аналгетик.

**Стрептокиназа при ОКС с подъемом сегмента ST вводится в течение:**

- =1 часа;
- ~2 часов;
- ~3 часов;
- ~4 часов.

**Альтеплаза при ОКС с подъемом сегмента ST вводится в течение \_\_\_\_\_ часов:**

- =1,5;
- ~2;
- ~3;

~4.

**При использовании прямых антикоагулянтов в лечебных дозах необходимо контролировать:**

- ~международное нормализованное отношение;
- =активированное парциальное тромбиновое время;
- ~тромбиновое время;
- ~протромбиновый индекс по Квику.

**При использовании прямых антикоагулянтов в профилактических дозах необходимо контролировать:**

- ~уровень агрегации тромбоцитов;
- ~хронометрические показатели гемостаза;
- =наличие геморрагических осложнений;
- ~уровень фибринолитической активности крови.

**Абсолютным противопоказанием для проведения системной тромболитической терапии является:**

- ~артериальная гипертония;
- =геморрагический инсульт в анамнезе;
- ~язвенная болезнь желудка в анамнезе;
- ~геморрагический васкулит.

**Препаратами, к которым возникает толерантность, являются:**

- ~антикоагулянты;
- =нитраты;
- ~ингибиторы АПФ;
- ~антагонисты кальция.

**Абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является:**

- =двусторонний стеноз почечных артерий;
- ~ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ;
- ~аортальный стеноз;
- ~констриктивный перикардит.

**Абсолютным противопоказанием к антикоагулянтной терапии является ишемический инсульт давностью:**

- =менее 3-х дней;
- ~менее 2-х дней;
- ~в 1-й день;
- ~в первые 12 часов.

**Рекомендуемой границей окружности талии для мужчин с целью профилактики ИБС является:**

- ~90 см;
- =102 см;
- ~105 см;
- ~88 см.

**При инфаркте миокарда тромболитики показаны при подъеме сегмента ST на ЭКГ в двух смежных отведениях и более в V1-V3 более чем на:**

- ~1,5 мм;
- ~1 мм;
- ~3 мм;
- =2 мм.

**Минимальной дозой аспирина в сутки в качестве антиагреганта у больных ИБС, стабильной стенокардией является:**

- =75 мг;
- ~50 мг;
- ~300 мг;
- ~250 мг.

**Содержание МВ - КФК в крови при инфаркте миокарда (без рецидива) нормализуется спустя:**

- =2 - 3 дня;
- ~5 - 6 дней;
- ~8 - 12 дней;
- ~2 недели.



**Эффективность тромболитиков доказана у больных при ОКС:**

- ≈с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в первые 12 часов от начала заболевания;
- ~с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в первые 6 часов от начала заболевания;
- ~без подъема сегмента ST;
- ~с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в сроки 12-18 часов от начала заболевания.

**После стентирования ствола левой коронарной артерии прием двойной антиагрегантной терапии должен продолжаться:**

- ~два года;
- ~не более полугода;
- =неопределенно долго;
- ~не менее года.

**«Золотым стандартом» лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является проведение:**

- =первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом;
- ~системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ;
- ~ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов;
- ~системной тромболитической терапии.

**Препаратами первой линии для снижения частоты и интенсивности приступов стенокардии являются:**

- =бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция;
- ~ивабрадин и антагонисты кальция;
- ~антагонисты кальция и дигоксин;
- ~антагонисты кальция и пролонгированные нитраты.

**Больному, перенесшему крупноочаговый инфаркт миокарда 30 дней назад, для проведения реабилитационных мероприятий целесообразно назначить:**

- ~ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника, лечебную гимнастику;
- =«суховоздушные» радоновые ванны, лечебную гимнастику;
- ~общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л, лечебную гимнастику;
- ~грязелечение на воротниковую область, лечебную гимнастику.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ИМ с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ИМ .
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения при ИМ.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ИМ с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ИМ с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины ИМ и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с ИМ при состояниях, без признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с ИМ при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).

- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

### Ситуационные задачи:

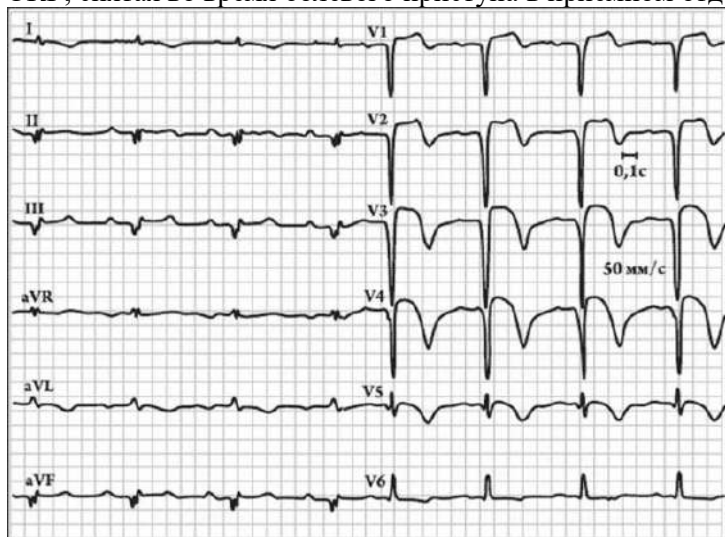
**Задача №1.** Больной А., 50 лет, начальник отдела, доставлен в стационар по поводу дискомфорта в области сердца, выраженной общей слабости. Жалобы возникли около 3 дней назад, во время ответственного совещания. В течение предшествующего месяца периодически отмечал дискомфорт в области сердца при эмоциональных и физических нагрузках.

Перенесенные заболевания: страдает язвенной болезнью 12-ти перстной кишки, 10 дней назад однократно был жидкий черный стул. 1,5 месяца назад – ДТП с ушибом головного мозга. Курит 1-2 пачки сигарет в день. Семейный анамнез: отец больного умер внезапно в возрасте 50 лет от сердечного приступа.

При осмотре состояние средней тяжести. Больной нормостенического телосложения, рост 170 см, вес 65 кг, индекс Кетле 22,3. Кожные покровы бледные, акроцианоз, холодный пот. Отеков нет. Правая и левая половины грудной клетки в дыхании участвуют симметрично, подвижность ее снижена. ЧДД 20 уд/мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет. Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудины в IV межреберье; левая – левая среднеключичная линия в V межреберье; верхняя – на уровне III ребра. Правая и левая граница сосудистого пучка располагается во II межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка – 6 см. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС 90 уд/мин. Ритм правильный, шумов нет. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, ритмичный с частотой 90 уд/мин, слабый, нитевидный. АД 130/80 мм рт. ст.

Язык розовой окраски, влажный, чистый. Живот симметричен. Окружность живота на уровне пупка — 96 см. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. При поверхностной пальпации живот мягкий, чувствительный в эпигастрии. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Размеры печеночной тупости по Курлову: 9x8x7 см. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, край печени мягкий, ровный, гладкий, безболезненный.

ЭКГ, снятая во время болевого приступа в приемном отделении:



Вопросы:

1. Сформулируйте полный диагноз, обоснуйте.
2. Как интерпретировать данные ЭКГ заболевания у этого пациента?
3. Показана ли больному тромболитическая терапия, антикоагулянты? Почему?
4. Перечислите факторы риска данного заболевания у этого больного.
5. Назначьте патогенетически обоснованное обследование и лечение с указанием доз лекарств, методов контроля за их действием и противопоказания

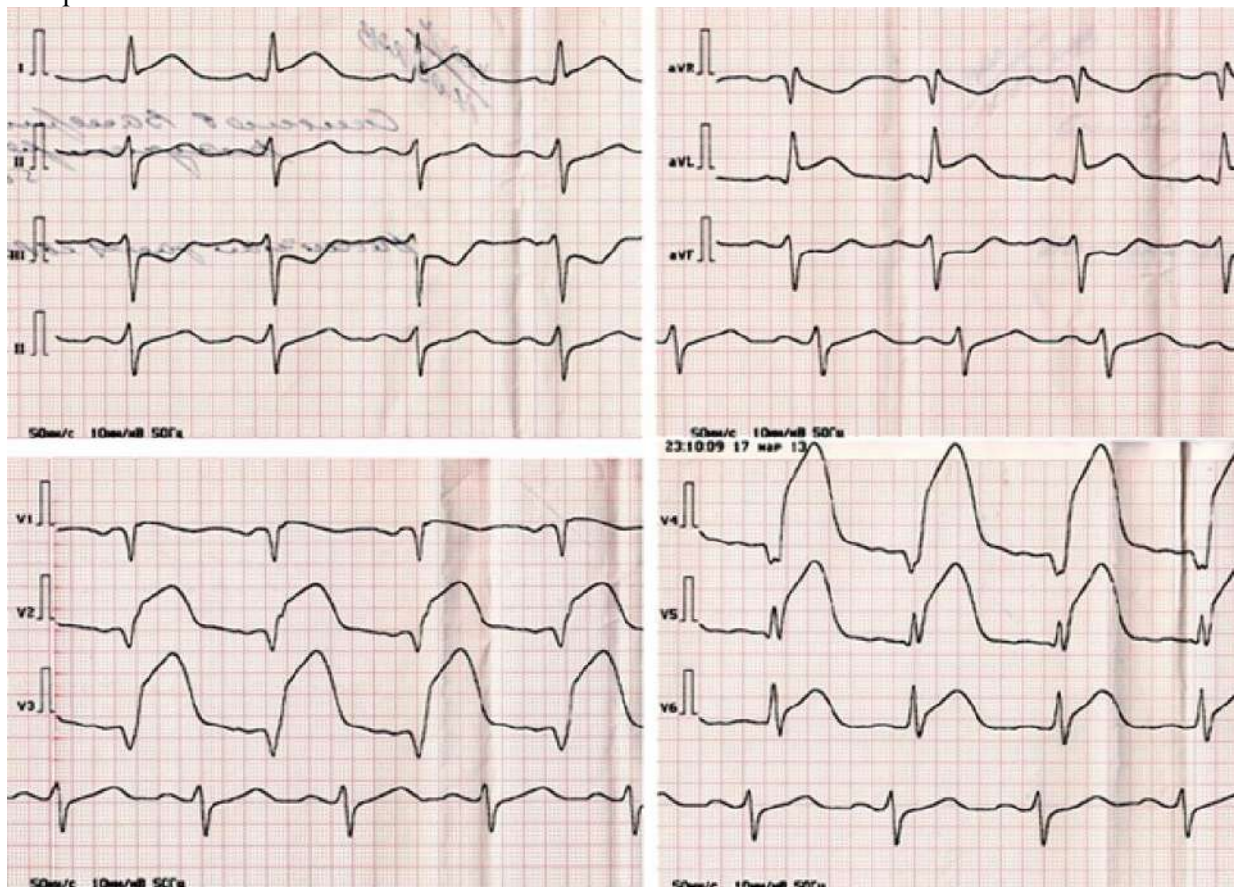
**Задача №2.** Больной поступил в стационар с жалобами на сжимающие, давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, сердцебиение, которые сопровождаются резкой слабостью.

Вышеуказанные жалобы появились внезапно, носили волнообразный характер, в продолжении часа после ссоры с женой.

Объективно: бледные кожные покровы, тоны сердца глухие, ритмичные.

АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 100 ударов в минуту.

На срочно снятой ЭКГ:



Вопросы:

1. Сформулируйте полный диагноз, обоснуйте.
2. Как интерпретировать данные ЭКГ заболевания у этого пациента?
3. Показана ли больному тромболитическая терапия, антикоагулянты? Почему?
4. Перечислите факторы риска данного заболевания у этого больного.
5. Назначьте патогенетически обоснованное обследование и лечение с указанием доз лекарств, методов контроля за их действием и противопоказания

## Тема 28. Осложнения инфаркта миокарда.

### Собеседование по контрольным вопросам:

-Ранние осложнения: аритмии, острая левожелудочковая недостаточность с развитием отека легких, кардиогенный шок.

-Поздние осложнения: Формирование аневризмы сердца; Разрывы сердца: наружные, межжелудочковой перегородки; отрыв сосочковой мышцы с развитием недостаточности митрального клапана;Тромбоэмболии; Постинфарктный аутоиммунный синдром Дресслера.

-Диагностика осложнений.

-Лечение осложнений.

### Тестовый контроль:

У больного 39 лет, перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после АКШ на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличились размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины: {

~гидроперикард;

=гемоперикард;

~повторный инфаркт миокарда;

~инфекционный экссудативный перикардит.

**Лечение отека легких при инфаркте миокарда:**

- ~антибиотики;
- =морфин, нитраты, диуретики;
- ~антиагреганты;
- ~седативная терапия.

**При остром перикардите, осложнившим инфаркт миокарда нельзя применять:**

- ~индометацин;
- ~ацетилсалициловую кислоту;
- ~глюкокортикоид;
- =антикоагулянт.

**Для лечения позднего синдрома Дресслера назначают:**

- ~антибиотики;
- =глюкокортикоиды;
- ~антикоагулянты;
- ~статины.

**Целью лечения постинфарктной стенокардии является:**

- ~контроль тропонинов;
- ~снижение ЦВД;
- =снижение риска возникновения ИМ и внезапной смерти;
- ~проведение КАГ.

**К факторам риска развития повторных инфарктов миокарда относятся:**

- ~молодой возраст и перенесенная пневмония;
- =сахарный диабет и инфаркт миокарда в анамнезе;
- ~аллергический фон;
- ~наследственная предрасположенность.

**К ранним осложнениям инфаркта миокарда относится:**

- ~повторный инфаркт миокарда;
- =острая сердечная недостаточность;
- ~синдром Дресслера;
- ~хроническая аневризма.

**При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение:**

- =атропина;
- ~норадреналина;
- ~изадрина;
- ~адреналина.

**Острейший период ИМ осложняется:**

- ~застойной сердечной недостаточностью;
- ~нарушением реполяризации;
- =острой левожелудочковой недостаточностью;
- ~синдромом Дресслера.

**Разрыв сосочковой мышцы чаще происходит при:**

- =нижнем инфаркте миокарда;
- ~инфаркте правого желудочка;
- ~инфаркте передней стенки ЛЖ;
- ~инфаркте предсердий.

**При инфаркте миокарда, осложненной левожелудочковой недостаточностью зона некроза составляет:**

- =25-30%;
- ~10-15%;
- ~45-50%;
- ~35-40%.

**Возникновение кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда:**

- ~связано с повреждением 20% массы миокарда;
- =связано с повреждением 40% и более массы миокарда;
- ~зависит от локализации инфаркта миокарда;
- ~не зависит от массы поврежденного миокарда.

**Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда:**

- ~отек легких;
- =нарушение ритма;
- ~кардиогенный шок;
- ~разрыв сердца.

**Гемодинамическим критерием кардиогенного шока при ИМ является:**

- =сердечный индекс  $< 2,5$  л/мин/м<sup>2</sup>;
- ~повышение ударного объема;
- ~повышение минутного объема;
- ~уменьшение периферического сопротивления сосудов

**При внутреннем разрыве (отрыв папиллярной мышцы) выявляют:**

- ~цианоз;
- ~резчайшую боль в нижних конечностях;
- =признаки кардиогенного шока;
- ~отрицательные зубцы Т.

**Отек легких может возникнуть при:**

- ~артериальной гипертензии;
- ~феохромоцитоме;
- =инфаркте миокарда;
- ~митральном стенозе.

**Самая частая причина смерти при остром инфаркте миокарда:**

- ~кардиогенный шок;
- ~левожелудочковая недостаточность;
- =нарушение ритма;
- ~полная АВ-блокада

**Поздним осложнением инфаркта миокарда является:**

- ~разрыв миокарда;
- ~остановка кровообращения;
- =аневризма левого желудочка;
- ~отек легких.

**К поздним осложнениям острого инфаркта миокарда относится:**

- =синдром Дресслера;
- ~блокада левой ножки пучка Гиса;
- ~фибрилляция желудочков;
- ~кардиогенный шок.

**Для лечения отека легких при инфаркте миокарда применяют:**

- ~бета-адреноблокаторы;
- =морфин, нитраты, диуретики;
- ~антиагреганты;
- ~седативную терапию.

**Осложнением острейшего периода ИМ является:**

- ~застойная сердечная недостаточность;
- ~нарушение реполяризации;
- =острая левожелудочковая недостаточность: кардиогенный шок, отек легких;
- ~синдром Дресслера.

**К внезапной кардиальной смерти наиболее часто приводит:**

- =ИБС;
- ~порок сердца;
- ~злоупотребление алкоголем;
- ~курение.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с осложнениями ИМ, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание ранних и поздних осложнений без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.



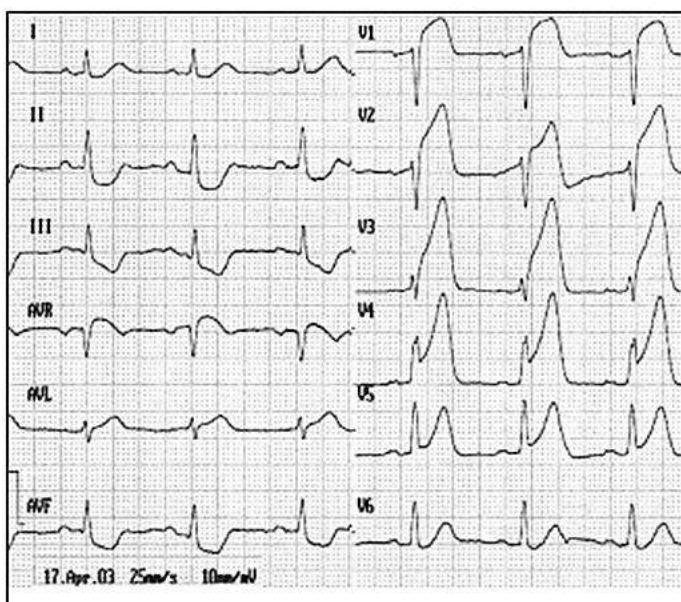
- ✓ Распознавание ранних и поздних осложнений ИМ, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при ранних и поздних осложнениях ИМ без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при ранних и поздних осложнениях ИМ представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания).
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

Ситуационные задачи:

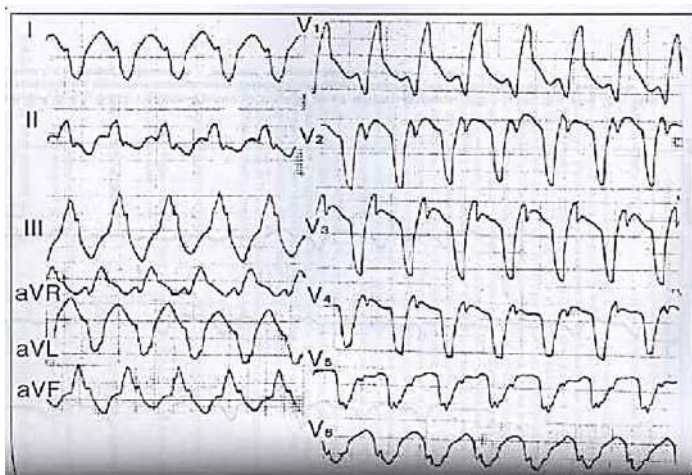
**Задача №1.** Больной 62 лет около 7 утра почувствовал боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть. Через 15 минут боль стала значительно сильнее и распространилась на правую половину грудной клетки. Неоднократный прием нитроглицерина под язык не принес облегчения. Вызвана бригада скорой помощи.

Объективно: бледность кожных покровов, потливость. АД 90/55 мм рт. ст.. ЧСС 110 в минуту. При аускультации сердца выслушиваются глухие тоны, ритм галопа.

На ЭКГ:



Во время осмотра больной внезапно потерял сознание. На ЭКГ



Вопросы:

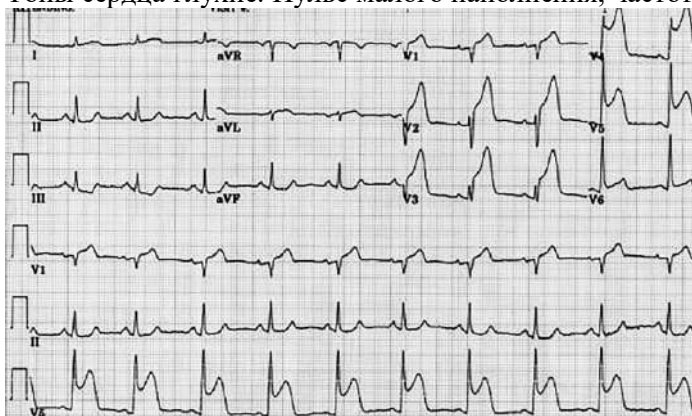
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика на госпитальном этапе.
6. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации.

**Задача №2.** Мужчина 45 лет, доставлен скорой помощью в кард. отделение.

Жалобы на интенсивные продолжительные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией под левую лопатку и в нижнюю челюсть, после стресса.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Периферические вены спавшиеся. Резко снижена температура кожи кистей и стоп. Сознание нарушено – пациент резко заторможен. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения, частота 92 уд./мин. АД 80/60 мм рт.ст. Олигурия.



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика на госпитальном этапе.
6. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации.

## Тема 29. Постинфарктный кардиосклероз.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация
- Постинфарктный кардиосклероз как единственное проявление ИБС
- Клинические формы постинфарктного кардиосклероза
- Диагностика
- Лечение
- Реабилитация

Тестовый контроль:

**У больного постинфарктный кардиосклероз. Выявлен синдром слабости синусового узла, последние 2 недели ежедневно возникают приступы мерцательной тахикардии, отмечаются эпизоды брадикардии, сопровождающиеся головокружениями. Ваша тактика:**

- ~назначить хинидин;
- ~назначить новокаиномид;
- =провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма;
- ~назначить дигоксин.

**Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться:**

- ~только при неосложненном течении;
- ~больным до 50-летнего возраста;
- ~при первичном инфаркте миокарда;
- =по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда.

**В качестве антиангинального средства у больного 50 лет со стенокардией напряжения III ФК и после перенесенного ИМ с наличием на ЭКГ синусового ритма, постепенного удлинения интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS, используется:**

- ~верапамил;
- ~атенолол;
- ~дилтиазем;
- =нитросорбид.

**У пациента после перенесенного ИМ развилась аневризма сердца. Что выявляют на ЭКГ?**

- =«застывшую» электрокардиограмму;
- ~нарушение ритма;
- ~электрическую альтернацию;
- ~отрицательный зубец Т.

**Почему бета-адреноблокаторы применяются при постинфарктном кардиосклерозе?**

- =снижают потребность миокарда в кислороде;
- ~расширяют коронарные сосуды;
- ~вызывают спазм периферических сосудов;
- ~увеличивают потребность в кислороде.

**Больная 80 лет. Периодически возникают эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием типа Чейн-Стокса. На ЭКГ зубцы Р не связаны с комплексами QRS, продолжительность интервала PP 0,8 сек, RR 1,5 сек. ЧСС 35 в мин. 2 года назад перенесла ОИМ (задний). Диагноз:**

- ~эпилепсия;
- =полная атриовентрикулярная блокада;
- ~брадисистолическая форма фибрилляции предсердий;
- ~фибрилляция желудочков.

**Рубцовые изменения после ИМ чаще затрагивают \_\_\_\_\_ клапан:**

- ~трискупидальный;
- =митральный;
- ~аортальный;
- ~легочной.

**При преимущественном поражении левой половины сердца наблюдается отёк лёгких с такими симптомами, как:**

- =дискомфорт в грудной клетке;
- =одышка в покое или при слабой физической нагрузке;
- ~сухость кожных покровов;
- ~диффузный цианоз.

**При постинфарктном кардиосклерозе аневризма сердца может привести к:**

- =разрыву с тампонадой сердца,
- ~фибрилляции желудочков,
- ~АВ-блокаде,
- ~фибрилляции \_\_\_\_\_ предсердий.

**Ключевым способом распознавания отклонения, позволяющий визуализировать объём вовлечённой мышечной ткани, степень утраты функциональной активности, сопутствующие нарушения со стороны клапанного аппарата при постинфарктном кардиосклерозе является:**

- ~ЭКГ
- =Эхо-КГ
- ~Коронарография \_\_\_\_\_ органов \_\_\_\_\_ грудной \_\_\_\_\_ клетки.
- ~рентгенография \_\_\_\_\_ органов \_\_\_\_\_ грудной \_\_\_\_\_ клетки.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с постинфарктным кардиосклерозом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с постинфарктным кардиосклерозом .
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, с постинфарктным кардиосклерозом нормализации индекса массы тела.



- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с постинфарктным кардиосклерозом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с постинфарктным кардиосклерозом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с постинфарктным кардиосклерозом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания с постинфарктным кардиосклерозом.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза постинфарктный кардиосклероз и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики постинфарктного кардиосклероза с другими заболеваниями.
- ✓ Установка диагноза постинфарктный кардиосклероз с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с постинфарктным кардиосклерозом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с постинфарктным кардиосклерозом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины с постинфарктным кардиосклерозом и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Пациент С., 81 г., находится на диспансерном наблюдении с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения ФК II. Постинфарктный кардиосклероз. Последние 2 недели стал отмечать немотивированные приступы острой слабости, сопровождающиеся шумом в ушах, головокружением, потемнением в глазах, потливостью, понижением АД. Однократно – потеря сознания. На ЭКГ – без принципиальной динамики, сохраняется синусовый ритм, рубцовые изменения передне-перегородочной области. При выполнении холтеровского мониторирования ЭКГ выявлена транзиторная АВ-блокада I степени и II степени тип Мобитц 1. По поводу имеющейся ИБС и постинфарктного кардиосклероза пациент получает иАПФ (рамприл),  $\beta$ -блокатор (метопролол), дезагрегант (аспирин) и статин (симвастатин).

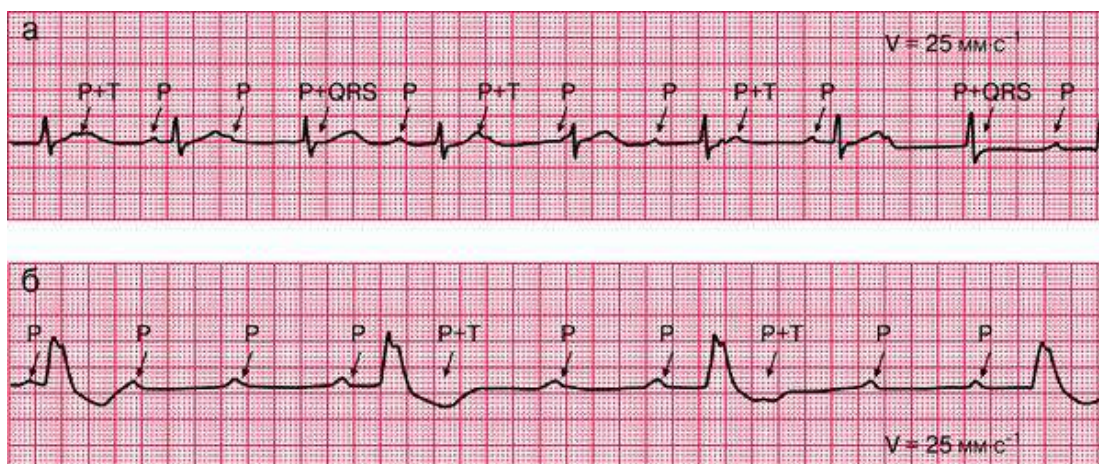
1. Какой генез нарушения проводимости сердца можно предположить у данного больного?
2. Как трактовать жалобы, появившиеся 2 недели назад?
3. Возможно ли продолжение кардиотропной терапии в прежнем объеме?
4. Имеются ли показания к кардиостимуляции?
5. Тактика дальнейшего ведения пациента.

**Задача №2.** Пациент А. 73 лет жалуется на головокружение и кратковременные обмороки, появляющиеся при физических усилиях, которыми страдает в течении последних месяцев.

10 лет назад перенес инфаркт миокарда. В последующие годы отмечал кратковременные загрудинные боли и слабость. По назначению врача принимал бисопролол, триметазидин, АСК, ситуационно нитроглицерин. По поводу головокружения и обмороков обращался к неврологу и по его назначению принимал фезам, мексидол, бетагистин. Однако, не смотря на эти меры, эпизоды слабости и обмороков участились. В последнее время заметил значительное урежение пульса.

При объективном осмотре общее состояние средней тяжести. В сознании, активен в постели. Кожные покровы нормальной окраски. Пульс, на лучевой артерии, редкий: 30 в одну минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Пульс на сонных и височных артериях пальпируется хорошо. АД - 150/60 мм. рт. ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Верхушечный толчок в пятом межреберье по средней ключичной линии слева. Звучность сердечных тонов меняющаяся, эпизодически выслушиваются громкие тоны у верхушки. Тоны ритмичные с частотой 30 в одну минуту. В пятой точке аускультации и над аортой выслушиваются систолический шум мягкого тембра и небольшой интенсивности и продолжительности. Второй тон на аорте сохранен. На сонных артериях шумы не выслушиваются. Над легочными полями дыхания везикулярное ЧДД 20 в одну минуту. Живот мягкий и безболезненный, печень и селезенка не

увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика на госпитальном этапе.
6. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации.

### Тема 30. Атеросклеротический кардиосклероз.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология.
- Патогенез.
- Клиника.
- Диагностика.
- Лечение.
- Прогноз.
- Профилактика.

Тестовый контроль:

**Атеросклеротический кардиосклероз – диффузное развитие соединительной рубцовой ткани в миокарде вследствие:**

- ~ коллагенозов;
- ~ перенесенного ИМ;
- ~ миокардитов;
- = атеросклеротического поражения коронарных артерий.

**На скорость формирования атеросклероза коронарных сосудов существенно влияют:**

- = сопутствующая артериальная гипертензия,
- ~ склонность к вазодилатации,
- ~ сниженное потребление легкоусвояемых углеводов,
- ~ сниженное потребление калия.

**Целесообразными для начала терапии пациенту 55 лет, страдающему ИБС и артериальной гипертонией II степени, являются:**

- ~ тиазиды;
- ~ ингибиторы АПФ;
- = антагонисты кальция + ингибиторы АПФ;
- ~ сартаны.

**Для профилактики ИБС назначается:**

- = средиземноморская диета;
- ~ кремлевская диета;
- ~ американская диета;

~японская диета.

**Рекомендуемой границей окружности талии для мужчин с целью профилактики ИБС является:**

- ~90 см;
- =102 см;
- ~105 см;
- ~88 см.

**Минимальной дозой аспирина в сутки в качестве антиагреганта у больных ИБС, стабильной стенокардией является:**

- =75 мг;
- ~50 мг;
- ~300 мг;
- ~250 мг.

**Причиной ИБС является:**

- ~дилатационная кардиомиопатия;
- ~миокардит;
- ~пролапс митрального клапана;
- =атеросклеротическое сужение коронарной артерии.

**Фактором, понижающим потребность миокарда в кислороде является:**

- =гипотермия;
- ~гипертиреозидизм;
- ~использование симпатомиметиков;
- ~высокая артериальная гипертензия.

**Препаратом, польза которых доказана при терапии больных ИБС с застойной сердечной недостаточностью является:**

- ~пропранолол;
- ~атенолол;
- ~пиндолол;
- =бисопролол.

**В диагностике ИБС наиболее информативными являются:**

- ~аускультативные данные;
- =типичные анамнестические данные;
- ~данные ЭКГ;
- ~данные анализа крови (клинического, биохимического).

**Бета-адреноблокаторы применяются при ИБС, так как они:**

- =снижают потребность миокарда в кислороде;
- ~расширяют коронарные сосуды;
- ~вызывают спазм периферических сосудов;
- ~увеличивают потребность в кислороде.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с атеросклеротическим кардиосклерозом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с атеросклеротическим кардиосклерозом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза атеросклеротическим кардиосклерозом).
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с атеросклеротическим кардиосклерозом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания с атеросклеротическим кардиосклерозом.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.

- ✓ Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больногосатеросклеротическим кардиосклерозом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больногосатеросклеротическим кардиосклерозом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной М., 70 лет. Жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, перебои в работе сердца, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, снижение диуреза, утомляемость. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 месяцев, когда появились перебои в работе сердца, одышка в покое. За неделю до обращения в клинику появилась тяжесть в правом подреберье, отеки стоп и голеней. Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. Отеки на стопах и голенях. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Сердце значительно увеличено в размерах. Тоны сердца глухие, мерцательная аритмия. ЧСС- 135 в 1 мин. Пульс аритмичный, слабого наполнения и напряжения, 100 в 1 мин. АД — 10/70 мм рт. ст. Нижний край печени выступает из подреберья на 5 см, слегка болезнен.

Вопросы:

1. Каков патогенез данного заболевания.
2. Выделите ведущие синдромы.
3. Диф. диагностический ряд по ведущим синдромам.
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Составьте план обследования.
6. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований (лабораторные и инструментальные данные).

**Задача №2.** Больной Т. 50 лет, инженер, поступил в кард.отделение с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приемом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке.

Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки.

Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см внутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. 8 Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л. Коронароангиография: стеноз верхнее трети левой коронарной артерии - 80%, средней трети огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

## Тема 31. Приобретенные пороки сердца (митральные)

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Диагностика
- Клиника
- Лечение
- Профилактика.
- МСЭ.

### Тестовый контроль:

#### **Аускультативным симптомом митральной регургитации является:**

- =Систолический шум у верхушки сердца;
- ~Систолический шум у мечевидного отростка;
- ~Систолический шум во 2 межреберья справа от грудины;
- ~Систолический шум во 2 межреберья слева от грудины;
- ~Систолический шум в центре грудины.

#### **Признаком митральной недостаточности является:**

- ~хлопающий I тон у верхушки сердца;
- =ослабление I тона у верхушки сердца;
- ~усиленный I тон во 2ом межреберья справа от грудины;
- ~ослабленный I тон справа от грудины в 4 межреберья;
- ~расщепленный I тон.

#### **Характерным ЭКГ признаком митральной недостаточности является:**

- =гипертрофия левого предсердия в сочетании с гипертрофией левого желудочка;
- ~гипертрофия левого предсердия в сочетании с гипертрофией правого желудочка;
- ~сочетанная гипертрофия левого и правого предсердия;
- ~гипертрофия правого предсердия и правого желудочка;
- ~блокада правой ножки пучка Гиса.

#### **Аускультативным признаком митрального стеноза является:**

- =диастолический шум у верхушки сердца;
- ~диастолический шум во 2 межреберья справа от грудины;
- ~диастолический шум во 2-3 межреберья слева от грудины;
- ~диастолический шум в 4 межреберья у правого края грудины;
- ~систолический шум у верхушки сердца.

#### **Для митрального стеноза характерно:**

- =усиление I тона у верхушки сердца в сочетании с тоном открытия митрального клапана и пресистолическим шумом;
- ~ослабление I тона у верхушки сердца в сочетании с патологическим III тоном;
- ~систолический шум во 2ом межреберья справа в сочетании с расщеплением II тона;
- ~систолический шум во 2 межреберья справа в сочетании с расщеплением I тона;
- ~диастолический шум у правого края грудины.

#### **Мягкой степени тяжести митрального стеноза соответствует:**

- =площадь митрального отверстия более 1,5 см<sup>2</sup>;
- ~площадь митрального отверстия менее 1,0 см<sup>2</sup>;
- ~площадь митрального отверстия более 2,0 см<sup>2</sup>;
- ~площадь митрального отверстия 4,0 см<sup>2</sup>;
- ~систолическое давление в легочной артерии более 30 мм рт.ст.

#### **Тяжелой степени митрального стеноза соответствует:**

- ~площадь митрального отверстия 1-1,5 см<sup>2</sup>;
- =площадь митрального отверстия менее 1 см<sup>2</sup>;
- ~площадь митрального отверстия более 1,5 см<sup>2</sup>;
- ~площадь митрального отверстия более 2,0 см<sup>2</sup>;
- ~систолическое давление в легочной артерии более 30 мм рт.ст.

#### **При пальпации сердца на верхушке выявляется дрожание, не совпадающее с пульсацией а. carotis. Это характерно для:**

- ~аортальной недостаточности;

- ~митральная недостаточности;
- ~аортального стеноза;
- =митрального стеноза.

**Аускультативным признаком митрального стеноза является диастолический шум:**

- =у верхушки сердца;
- ~во 2 межреберье справа от грудины;
- ~во 2-3 межреберье слева от грудины;
- ~в 4 межреберье у правого края грудины.

**Для митральной конфигурации сердца характерна:**

- ~«треугольная» форма сердца;
- ~смещение вправо правой границы;
- =смещение вверх верхней границы и сглаживание «талии» сердца;
- ~смещение левой границы влево и правой вправо.

**Дайте название следующему шуму: у больного митральным стенозом с признаками выраженной легочной артериальной гипертензии во II–IV межреберье слева от грудины выслушивается мягкий шум, начинающийся сразу после II тона:**

- ~шум Флинта;
- ~«шум волчка»;
- ~шум Кумбса;
- =шум Грэхем-Стилла.

**Как изменяется пресистолический шум у больных митральным стенозом при возникновении мерцательной аритмии?**

- ~значительно усиливается;
- ~не изменяется;
- =исчезает;
- ~уменьшается.

**Какие из перечисленных признаков характерны для митрального стеноза?**

- ~систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе;
- ~акцент и раздвоение второго тона над аортой;
- ~систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе;
- =дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от второго тона на 0,07-0,12 сек.

**При митральном стенозе наблюдается:**

- ~отклонение пищевода по дуге большого радиуса;
- =отклонение пищевода по дуге малого радиуса;
- ~увеличение левого желудочка;
- ~расширение восходящей аорты.

**Больные с митральным стенозом предъявляют жалобы на:**

- ~головокружения;
- ~сжимающие боли за грудиной при ходьбе;
- =кровохарканье;
- ~обмороки.

**Причиной митрального стеноза может быть:**

- =ревматизм;
- ~инфекционный эндокардит;
- ~ревматоидный артрит;
- ~муковисцидоз.

**Клиническим проявлением трикуспидальной регургитации являются:**

- ~акроцианоз;
- =гепатомегалия;
- ~одышка;
- ~влажные хрипы в легких.

**При рентгенографии у больных с трикуспидальной регургитацией выявляется:**

- ~плевральный выпот;
- ~высокое стояние диафрагмы;
- =дилатация правых отделов сердца;
- ~дилатация левых отделов.

**Аускультативным признаком сочетанного митрального порока сердца с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является:**

- ~усиление второго тона на верхушке сердца;
- ~систолический шум во втором межреберье справа от грудины;
- ~систолический шум во втором межреберье слева от грудины;
- =мезодиастолический шум.

**Клапанная митральная недостаточность диагностируется в случае:**

- ~расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках;
- =неполного смыкания створок митрального клапана из-за их органического изменения;
- ~дисфункции папиллярных мышц;
- ~разрыва хорды.

**Симптомы, характерные для аускультативной картины недостаточности митрального клапана:**

- ~систолический шум у основания сердца;
- ~хлопающий первый тон;
- ~мезодиастолический шум;
- =систолический шум на верхушке.

**Какой симптом объединяет такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок?**

- ~диастолический шум на верхушке;
- ~систо-диастолический шум;
- ~шум Флинта;
- =систолический шум на верхушке.

**Какой признак характерен для митральной недостаточности?**

- ~пульсация печени;
- ~астеническая конституция;
- =увеличение сердца влево;
- ~дрожание у левого края грудины.

**У 6-го 15 лет смещение верхушечного толчка влево, границы смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. На верхушке ослабление 1 тона, систолический шум, акцент 2 тона над легочной артерией. При R-графии увеличение левых отделов сердца. Диагноз:**

- ~сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
- =недостаточность митрального клапана;
- ~недостаточность устья аорты;
- ~стеноз устья аорты.

**При митральном стенозе:**

- ~возникает гипертрофия и дилатация левого желудочка;
- =возникает гипертрофия и дилатация правого желудочка;
- ~выслушивается диастолический шум в точке Боткина;
- ~выслушивается систолический шум на верхушке сердца.

**Щелчок открытия митрального клапана:**

- =возникает через 0,06-0,12 сек после закрытия аортальных клапанов;
- ~характерен для митральной недостаточности;
- ~характерен для аортального стеноза;
- ~лучше всего выслушивается в точке Боткина.

**Какое из приведенных положений верно в отношении митральной недостаточности?**

- ~всегда ревматической этиологии;
- =пролапс митрального клапана самая частая причина неревматической митральной недостаточности;
- ~выслушивается диастолический шум на верхушке сердца
- ~первый тон на верхушке усилен;

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с митральным пороком сердца с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с митральным пороком сердца.

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с митральным пороком сердца.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с митральным пороком сердца.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с митральным пороком сердца.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов митральных пороков сердца.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики митральных пороков сердца с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного митральными пороками сердца с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному митральными пороками сердца с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная 32 лет поступила с жалобами на одышку при ходьбе. С детства частые ангины. В 15-летнем возрасте болели и припухали суставы. В возрасте 20 лет диагностирован порок сердца, в течение полугода одышка при ходьбе.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2.0 см, грубый систолический шум на верхушке сердца, акцент II тона во II межреберье слева. Пульс - 72 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Печень не увеличена, отеков нет.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.

**Задача №2.** Пациентка А., 26 лет, поступила в тер. отделение.

Жалобы на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье.

Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

Объективно: температура 37,2<sup>0</sup>С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачье мурлыканье». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.



4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.

## **Тема 32. Приобретенные пороки сердца (аортальные)**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Диагностика
- Клиника
- Лечение
- Профилактика.
- МСЭ.

### Тестовый контроль:

**Аускультативным признакам аортальной недостаточности является:**

- ~систолический шум во 2 межреберья справа;
- =диастолический шум справа во 2 межреберья и в V точке;
- ~акцент II тона справа во 2 межреберья;
- ~ослабление II тона слева во 2 межреберья;
- ~диастолический шум у верхушки низкого тембра.

**Аортальной недостаточности свойственно следующие симптомы:**

- =увеличение сердечной тени влево и вниз;
- ~увеличение сердечной тени влево и вверх;
- ~увеличение сердечной тени вправо;
- ~сглаженная талия сердца;
- ~треугольная форма сердца.

**Для аортальной недостаточности не характерно:**

- =высокое диастолическое артериальное давление;
- ~пониженное диастолическое артериальное давление;
- ~пульсация сонных артерий;
- ~высокий скорый пульс;
- ~двойной тон Траубе и шум Дюрозье.

**Противопоказанием к оперативному лечению аортальной недостаточности служит:**

- =возраст больного;
- ~клинические признаки: одышка, стенокардитические боли обморока;
- ~регургитация более 50% ударного объема;
- ~сниженная фракция выброса < 40-50%;
- ~конечно диастолический размер левого желудочка > 70мм.

**Аускультативным симптомом аортального стеноза является:**

- а) систолический шум нежного тембра, иррадиирующий в левую подмышечную ямку;
- =систолический шум грубого тембра во 2 межреберья справа, иррадиирующий на сонную артерию;
- ~систолический шум мягкого тембра во 2 межреберья слева;
- ~Акцент II тона на аорте;
- ~систолический шум в центре грудины, иррадиирующий в межлопаточную область.

**Признаком стеноза аорты является:**

- =нерасширенная полость левого желудочка;
- ~увеличение сердца влево и вниз;
- ~увеличение сердца влево и вверх;
- ~увеличение сердца влево и вправо;
- ~треугольная форма сердца.

**Стенозу устья аорты не свойственно:**

- =повышение цифры систолического артериального давления;
- ~снижение цифры систолического артериального давления;
- ~пульс с медленным нарастанием амплитуды, мягкий и малого наполнения;

~увеличение градиента давления на клапане аорты;

~систолическое дрожание у основания сердца.

**Изменения границ относительной тупости сердца: правая граница на 1 см вправо от правого края грудины, левая по передней аксиллярной линии, верхняя III ребро, характерны для порока сердца:**

~митрального стеноза;

~митральной недостаточности;

~недостаточности трехстворчатого клапана;

=аортального порока.

**Аускультативным признакам аортальной недостаточности является:**

~систолический шум во 2 межреберье справа;

=диастолический шум справа во 2 межреберье и в V точке;

~акцент II тона справа во 2 межреберье;

~ослабление II тона справа во 2 межреберье.

**Аортальной недостаточности свойствен следующий симптом:**

=увеличение сердечной тени влево и вниз;

~увеличение сердечной тени влево и вверх;

~увеличение сердечной тени вправо;

~сглаженная талия сердца.

**Для мягкой степени аортальной регургитации характерен объем регургитации при ЭхоКГ:**

=менее 30 мл/уд;

~более 60 мл/уд;

~30-59 мл/уд;

~менее 20 мл/уд.

**Для тяжелой степени аортальной регургитации характерен объем регургитации на ЭхоКГ:**

=более 60 мл/уд;

~менее 60 мл/уд;

~менее 30 мл/уд;

~30-40 мл/уд.

**Аускультативным симптомом аортального стеноза является:**

~систолический шум нежного тембра, иррадиирующий в левую подмышечную ямку;

=систолический шум грубого тембра во 2 межреберье справа, иррадиирующий на сонную артерию;

~систолический шум мягкого тембра во 2 межреберье слева;

~акцент II тона на аорте.

**При стенозе аорты на ЭхоКГ площадь отверстия составляет:**

=не более 1,5 см<sup>2</sup>;

~3,5-4,0 см<sup>2</sup>;

~не менее 6,0 см<sup>2</sup>;

~не менее 5,0 см<sup>2</sup>.

**Изменения границ относительной тупости сердца: правая граница на 1 см вправо от правого края грудины, левая по передней аксиллярной линии, верхняя III ребро, характерны для порока сердца:**

~митрального стеноза;

~митральной недостаточности;

~недостаточности трехстворчатого клапана;

=аортального порока.

**Обмороки, головокружение и стенокардия при физической нагрузке характерны для:**

~недостаточности аортального клапана;

~дефекта межжелудочковой перегородки;

=стеноза устья аорты;

~полной AV-блокады.

**Аускультативным признаком сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности является:**

~усиление второго тона сердца над аортой;

~систолический шум во втором межреберье слева от грудины;

~систолический шум на верхушке;

=систолический и протодиастолический шум над аортой.

### **Какой симптом характерен для больных со стенозом устья аорты?**

- ~диффузный цианоз кожных покровов;
- ~акроцианоз;
- =бледность кожных покровов
- ~симптом "Мюссе".

### **При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?**

- ~недостаточность аортального клапана;
- =стеноз устья аорты;
- ~стеноз митрального клапана;
- ~недостаточность трикуспидального клапана.

### **Для аортального стеноза характерно:**

- ~мерцательная аритмия;
- =синкопальные состояния;
- ~кровохарканье;
- ~одышка.

### **Большинство больных с клапанным аортальным стенозом умирает:**

- ~внезапной смертью;
- ~в течение 4-5 лет от момента возникновения порока;
- =в течение 4-5 лет от момента возникновения болей в сердце, одышки, синкопальных состояний и сердечной недостаточности;
- ~от инфаркта миокарда.

### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с аортальным пороком сердца с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с аортальным пороком сердца.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с аортальным пороком сердца.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с аортальным пороком сердца.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с аортальным пороком сердца.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов аортального порока сердца.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики аортального порока сердца с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с аортальным пороком сердца с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с аортальным пороком сердца с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 28 лет, поступил с жалобами на боли в суставах рук и ног, головокружение, повышение температуры до- 37.5°C.

В анамнезе – частые ангины.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Резко выраженная пульсация сонных, подключичных артерий. Верхушечный толчок в VI межреберье на 1 см влево от среднеключичной линии, разлитой, усилен. Аускультативно: протодиастолический шум в точке Боткина - Эрба, ослабление II тона на аорте, акцент II тона на легочной артерии. Пульс - 90 в минуту, ритмичный,

быстрый, высокий. АД - 180/40 мм рт. ст. Печень не увеличена, периферические отёки. ЭКГ: леворама, гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.

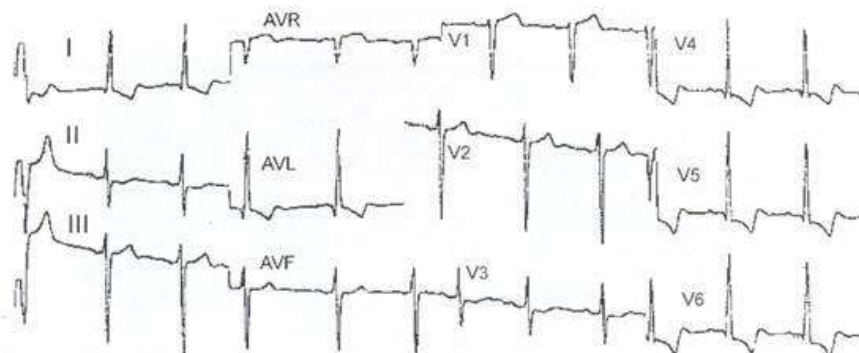
**Задача №2.** Пациент Л., 50 лет, доставлен в тер.отделение.

Жалобы на обморочные состояния и приступы давящих болей за грудиной, возникающие при физической нагрузке. До сих пор считал себя здоровым человеком, занимался спортом.

Впервые сжимающие боли за грудиной появились после нагрузки около 2 недель назад, а затем во время игры в футбол развилось обморочное состояние с кратковременной потерей сознания. В дальнейшем боли за грудиной стали повторяться при подъеме по лестнице.

Объективно: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание умеренное. Кожные покровы обычной окраски. Аускультация легких без патологии. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Пальпаторно на основании сердца во II межреберье справа от грудины определяется систолическое дрожание. Тоны сердца ритмичные, первый тон обычной звучности, второй тон не определяется. Во II межреберье справа от грудины выслушивается грубый, интенсивный скребущий систолический шум, занимающий всю систолу. Шум проводится на сосуды шеи. Пульс медленный и малый, ЧСС 60 в минуту, АД 110/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. Отеков нет.

ЭКГ:



Рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции:



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.

2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.
8. Диспансеризация.

### **Тема 33. Некоронарогенные заболевания миокарда: Миокардиты, Кардиомиопатии**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Диагностика
- Диф. диагностика
- Клиника
- Лечение
- Профилактика.
- МСЭ.

#### Тестовый контроль:

##### **Миокардит это:**

- ~воспаление сердечной мышцы неясной этиологии;
- ~воспаление сердечной мышцы, связанное с атеросклеротическим поражением коронарных артерий;
- =воспаление сердечной мышцы, вызываемое прямым или опосредованным действием инфекционного или неинфекционного агента;
- ~воспаление сердечной мышцы, обусловленное только вирусной или бактериальной природой.

##### **Наиболее распространенной причиной миокардита является:**

- =вирусная инфекция;
- ~бактериальная инфекция;
- ~ТЭЛА;
- ~паразитарная инвазия.

##### **Какие вирусы являются самыми частыми возбудителями миокардита?**

- ~парагриппа;
- =коксаки;
- ~эпидемического паротита;
- ~ветряной оспы.

##### **Какой метод является наиболее информативным для диагностики миокардита:**

- ~биохимический анализ крови;
- =эндомиокардиальная биопсия;
- ~проба с физической нагрузкой;
- ~рентгенография органов грудной клетки.

##### **Далласские критерии миокардита основаны на данных:**

- ~ЭКГ;
- ~ЭХОКГ;
- ~МРТ;
- =эндомиокардиальной биопсии.

##### **Основными причинами миокардитов является:**

- =инфекция;
- ~паразитарные инвазии;
- ~неинфекционные агенты (лекарственные вещества, вакцины, сыворотки, термические и радиохимические воздействия);
- ~идиопатические факторы.

##### **В какой период инфекционного заболевания наиболее часто развивается миокардит?**

- ~в первые дни, на высоте лихорадочного периода; фазе ранней реконвалесценции (конец первой недели или на второй неделе от начала заболевания);
- ~в фазе поздней реконвалесценции (3 неделя);
- ~в фазе поздней реконвалесценции (позже 3-й недели).

**Для миокардита наиболее характерны жалобы на боли в области сердца:**

- =сердцебиение, одышку;
- ~сердцебиение, обмороки;
- ~головокружения, одышку;
- ~температуру, сухой кашель.

**Какие ЭКГ-признаки наиболее характерны для миокардита?**

- ~низкий вольтаж ЭКГ, ширина комплекса PQ=0,22 с, QRS=0,12 с;
- =смещение сегмента ST ниже изолинии и отрицательный T;
- ~конкордантный подъем сегмента ST;
- ~дискордантный подъем сегмента ST.

**В биохимическом анализе крови при миокардите обнаруживают:**

- =умеренное повышение МВ-КФК и тропонинов;
- ~тромбоцитопению;
- ~гипохромную анемию;
- ~гипогамаглобулинемию.

**Синкопальные состояния, головокружение, коронарная недостаточность и одышка чаще всего встречаются при:**

- ~недостаточности аортального клапана;
- ~постинфарктном кардиосклерозе;
- =гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ЛЖ);
- ~дилатационной кардиомиопатии (ДКМП).

**Характерным эхокардиографическим признаком обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является:**

- ~касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу;
- ~однонаправленное диастолическое движение створки митрального клапана;
- ~систолическое и диастолическое «дрожание» передней митральной створки;=систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана.

**Обструкция выхода из левого желудочка может быть связана с:**

- ~митральным стенозом;
- =идиопатическим гипертрофическим субаортальным стенозом;
- ~стенозом легочной артерии;
- ~митральной недостаточностью.

**У больного через 3 недели после ангины слабость, АД 90/60 мм рт.ст., боли в области сердца. Появились пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии. Выявлена кардиомегалия. Через 5 недель появилась гнусавость голоса. О каком заболевании следует думать?**

- ~инфекционно-аллергический миокардит;
- =дифтерия, инфекционно-токсический миокардит;
- ~ревматический миокардит;
- ~дилатационная кардиомиопатия.

**К основной причине развития миокардита относят:**

- ~системные коллагенозы;
- =инфекцию;
- ~идиопатические факторы;
- ~паразитарную инвазию.

**Диагноз «миокардит» достоверно можно поставить по результатам:**

- ~эхокардиографии;
- =биопсии миокарда;
- ~сцинтиграфии миокарда;
- ~ЭКГ.

**Какая форма кардиомиопатии наиболее распространена:**

- =дилатационная;
- ~гипертрофическая;
- ~рестриктивная;
- ~аритмогенная дисплазия правого желудочка.

**Фракция выброса левого желудочка у больных дилатационной кардиомиопатией:**

- ~незначительно повышается;
- ~незначительно снижается;
- =значительно снижается;
- ~значительно повышается.

**Дилатационная кардиомиопатия развивается:**

- ~в детском возрасте;
- =в среднем возрасте;
- ~в пожилом возрасте;
- ~в любом возрасте.

**Для дилатационной кардиомиопатии на ЭКГ характерно:**

- ~наличие дельта волны;
- ~наличие волны Осборна;
- ~наличие синдрома QPSITIII;
- =отсутствие специфичных изменений.

**Типичным рентгенологическим признаком дилатационной кардиомиопатии является:**

- ~выпот в полость перикарда;
- =кардиомегалия;
- ~уменьшение кардиоторакального индекса;
- ~расширение сосудистого пучка.

**У больных ДКМП при катетеризации сердца не выявляется:**

- ~дилатация полости ЛЖ;
- ~гипокинезия стенок ЛЖ;
- ~снижение глобальной сократимости ЛЖ;
- =значимый стеноз коронарных артерий.

**Для лечения дилатационной кардиомиопатии не применяют:**

- ~сердечные гликозиды;
- ~бета-блокаторы;
- ~ингибиторы АПФ;
- =антагонисты кальция.

**Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии, являются:**

- ~сердечные гликозиды;
- =бета-блокаторы и антагонисты кальция;
- ~периферические вазодилататоры;
- ~сердечные гликозиды и нитраты.

**При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии противопоказаны:**

- =сердечные гликозиды;
- ~бета-блокаторы;
- ~ингибиторы АПФ;
- ~антагонисты кальция.

**К редким клиническим проявлениям гипертрофической кардиомиопатии относятся:**

- ~боли в грудной клетке;
- ~сердцебиения;
- ~синкопальные состояния;
- =эмболические осложнения.

**Рестриктивная кардиомиопатия характеризуется:**

- ~гипертрофией миокарда желудочков;
- =нарушением диастолической функции миокарда;
- ~снижением систолической функции желудочков;
- ~сниженным системным и легочным венозным давлением.

**В основе развития вторичных кардиомиопатий лежат процессы:**

- ~гипертрофии миокарда;
- ~некроза миокарда;
- =дистрофии миокарда;
- ~воспаления.

**Решающее значение в дифференциальной диагностике между ИБС и дилатационной кардиомиопатией имеет:**

~возраст и пол больного;  
~высокий уровень липидов в плазме;  
~эхокардиография;  
=коронарография.

**Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии, является:**

~стенокардия напряжения;  
~развитие сердечной недостаточности;  
~полная блокада левой ножки пучка Гиса;  
=желудочковая аритмия.

**Для лечения аритмий при гипертрофической кардиомиопатии наиболее показано:**

~новокаиномид;  
~изоптин;  
~индерал;  
=кордарон.

**У 6-ной 40 лет боли в сердце при нагрузке, иррадиирующие в левую руку. Длительность 15 мин, снимаются валокордином. АД в норме. Кардиомегалия, систолический шум на верхушке. При ЭхоКГ: толщина МЖП 1,5см, гипокинез перегородки, полость левого желудочка уменьшена, клапаны интактны. Ваш диагноз:**

~ИБС, стенокардия напряжения;  
~нейроциркуляторная дистония;  
~миокардит;  
=гипертрофическая кардиомиопатия.

**Какие изменения на ЭКГ характерны для гипертрофической кардиомиопатии?**

~синдром WPW;  
~блокада правой ножки пучка Гиса;  
~мерцательная аритмия;  
=глубокий Q в V5-V6.

**Какой эхокардиографический признак характерен для идиопатического гипертрофического субаортального стеноза?**

~симметричная гипертрофия стенок левого желудочка;  
=переднее систолическое движение передней створки митрального клапана;  
~утолщение створок аортального клапана;  
~симметричная гипертрофия стенок правого желудочка.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с болезнями миокарда с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с болезнями миокарда.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с болезнями миокарда.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с болезнями миокарда.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с болезнями миокарда.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов с болезнями миокарда.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики с болезнями миокарда с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с болезнями миокарда с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с болезнями миокарда с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.



- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная К., 19 лет, через 2 недели после перенесенного ОРВИ обратила внимание на повышенную утомляемость, слабость, ощущение «усиленных» сердечных тонов и перебоев в работе сердца, колющие боли в области сердца продолжительностью до нескольких секунд, несвязанные с физической нагрузкой, одышку при подъеме по лестнице на один этаж.

Объективный статус. Больная астенического телосложения. Кожные покровы умеренно бледные. Температура тела 36,7 °С. Над областью легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧДД 16 в минуту. Область сердца при осмотре не изменена. Верхушечный толчок ослаблен, локализован в V межреберье по 1. medioclavicularis sinistra. Границы относительной сердечной тупости: левая – V межреберье по 1. medioclavicularis sinistra, верхняя по II межреберью, правая на 2 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации сердца: тоны приглушенные, аритмичные, на верхушке выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС 52 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Мягко-эластичный нижний край печени пальпируется под краем реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см.

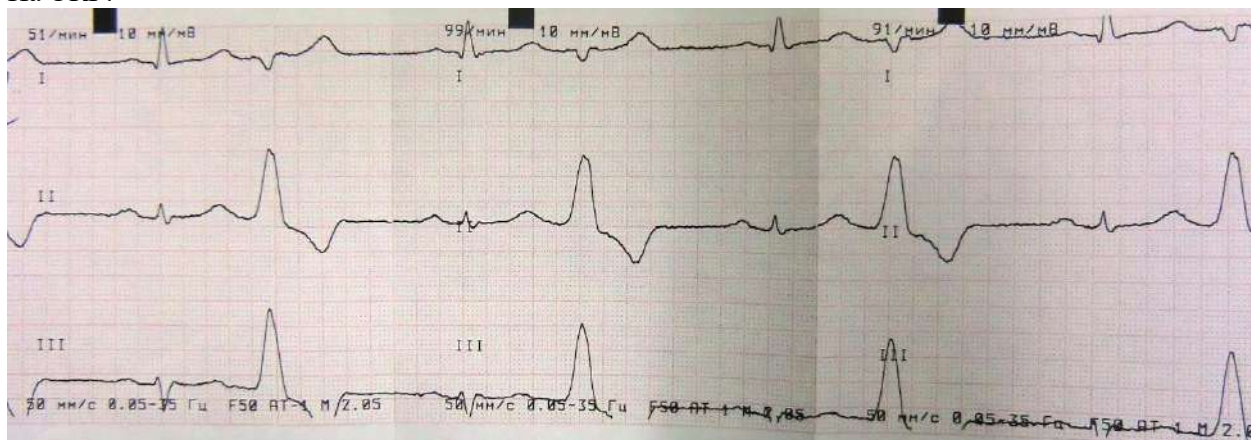
Данные дополнительного обследования: Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты  $4,5 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $8,2 \times 10^9/л$ , эозинофилы 2%, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 60%, моноциты 15%, лимфоциты 16%, СОЭ 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, креатинин 78 мкм/л, мочевины 5,2 мм/л, АЛТ 24 Ед/л, АСТ 30 Ед/л, билирубин общий 12 мкмоль/л.

Общий анализ мочи – без патологии.

Рентгенография органов грудной полости: признаки центрального венозного застоя в лёгких, признаки кардиомегалии (кардиоторакальный индекс 60%).

На ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной И., 42 лет, дворник, обратился на прием к врачу общей практики с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при физических нагрузках. Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда стала беспокоить одышка и перебои в работе сердца при ходьбе. В анамнезе: в течение 5 лет возникают перебои в работе сердца, проходящие самостоятельно. В армии не служил, во время медкомиссии было выявлено увеличение размеров сердца. Курит в течение 20 лет до 10 сигарет в день. Алкогольные напитки употребляет редко. При осмотре: кожные покровы бледно розовые, повышенного питания, в легких везикулярное дыхание, ЧДД 24 в минуту.

Границы сердца: левая: на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС 124 в минуту, пульс аритмичный 92 удара в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот безболезненный, размеры печеночной тупости по Курлову 15 см, 10 см, 10 см, край при пальпации выступает из подреберья на 4 см. Периферических отеков нет.

ЭХОКГ: Внутренний диаметр клапанного кольца аорты – 3,4 см (норма менее 4,0 см). Аортальный клапан – створки тонкие, в систолу в виде «коробочки». В диастолу – сомкнуты, не смещены. Левое предсердие (передне-задний размер) - 4,5 см (норма менее 4,0 см). Митральный клапан не изменен. Левый желудочек – конечный диастолический размер – 6,4 см (норма менее 5,6 см), конечный систолический размер – 5,2 см (норма менее 4,0 см), фракция выброса – 42% (норма более 45%), толщина задней стенки левого желудочка – 0,9 см (норма менее 1,1 см), межжелудочковая перегородка – 0,8 см (норма менее 1,1 см). Диффузная гипокинезия стенок левого желудочка. Правый желудочек Дд (по длинной оси) – 3,6 см (норма менее 3,0 см), диаметр фиброзного кольца легочной артерии - 2,4 см. Створки легочной артерии тонкие, подвижные.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика осложнений.

#### **Тема 34. Заболевания эндокарда: Инфекционный эндокардит.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

- Инфекционный эндокардит.
- Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения.
- Особенности течения у лиц пожилого возраста.
- Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы).
- Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.
- Ревматический эндокардит.
- Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения.
- Особенности течения у лиц пожилого возраста.
- Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы).
- Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.

##### Тестовый контроль:

**При инфекционном эндокардите к малым критериям в качестве проявления заболевания относят:**

- =порок сердца;
- ~появление новой регургитации;
- ~выявление типичных для инфекционного эндокардита микроорганизмов;
- ~абсцесс фиброзного кольца.

**При инфекционном эндокардите к большим критериям в качестве проявления заболевания относят:**

- ~наличие порока сердца;
- ~вмешательства, сопровождаемые возникновением бактериемии;
- ~ наличие гипертрофической кардиомиопатии;
- =признаки вовлечения эндокарда при ЭХО-КГ.

**При инфекционном эндокардите риск быстрого развития деструктивных изменений клапанного аппарата сердца повышается при наличии:**

- =золотистого стафилококка - причина эндокардита;
- ~вегетации в диаметре более 1 см;
- ~грибкового эндокардита;
- ~мелких геморрагических высыпаний на коже.

**Осложнением, резко ухудшающим прогноз жизни, у больных инфекционным эндокардитом является:**

~экссудативный перикардит;  
~микрогематурия;  
~гломерулонефрит;  
=внутрисердечный абсцесс.

**Осложнением, требующим экстренного хирургического вмешательства, у больных инфекционным эндокардитом является:**

~экссудативный перикардит;  
~микрогематурия;  
~гломерулонефрит;  
=внутрисердечный абсцесс.

**Для терапии энтерококкового эндокардита, у больных без аллергии к пенициллину назначается:**

~гентамицин;  
~пенициллин;  
=пенициллин в сочетании с гентамицином;  
~ампициллин в сочетании с гентамицином.

**Для терапии энтерококкового эндокардита, у больных имеющих аллергию к пенициллину используют:**

~гентамицин;  
~пенициллин в сочетании с гентамицином;  
~ампициллин в сочетании с гентамицином;  
=ванкомицин в сочетании с гентамицином.

**Для терапии энтерококкового эндокардита, у больных с резистентностью к гентамицину и стрептомицину используют:**

~пенициллин;  
~ампициллин в сочетании с гентамицином;  
~ванкомицин в сочетании с гентамицином;  
=ампициллин или ванкомицин длительно (8-12 недель) и хирургическое лечение.

**Для лечения стафилококкового эндокардита, у больных имеющих аллергию к пенициллину используют:**

=ванкомицин;  
~пенициллин;  
~нафциллин или оксациллин;  
~нафциллин или оксациллин в сочетании с гентамицином.

**Для лечения стрептококкового эндокардита, вызванного зеленым стрептококком, бычьим стрептококком (чувствительные к пенициллину - минимальная ингибиторная концентрация менее 0,1 мкг/мл):**

=пенициллин в комбинации с гентамицином;  
~цефазолин;  
~ампициллин;  
~пенициллин.

**Для лечения стрептококкового эндокардита, при наличии аллергии к пенициллину используют:**

~цефазолин;  
=ванкомицин+гентамицин;  
~пенициллин;  
~пенициллин в комбинации с гентамицином.

**Абсолютным показанием для хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом является:**

~высокая лихорадка;  
~возникновение сердечной недостаточности в связи с поражением клапанных структур;  
~резистентность к терапии антибиотиками, постоянная бактериемия, грибковый эндокардит;  
=длительно сохраняющаяся лихорадка у больных с эндокардитом и отрицательными посевами крови.

**Относительным показанием для хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом является:**

=высокая лихорадка;

- ~сердечная недостаточность в связи с поражением клапанных структур;
- ~нарушение функции искусственного клапана;
- ~резистентность к терапии антибиотиками.

**В диагностике инфекционного эндокардита решающую роль играет:**

- ~гепатоспленомегалия;
- ~аускультативная динамика шумов сердца;
- ~нарастание сердечной недостаточности;
- =вегетация на клапанах при ЭхоКГ-исследовании.

**Инфекционный эндокардит чаще всего встречается при:**

- ~дилатационной кардиомиопатии;
- ~врожденном пороке сердца;
- =ревматизме;
- ~миокардите.

**В диагностике инфекционного эндокардита решающее значение имеет наличие:**

- ~увеличение СОЭ;
- ~анемии;
- ~увеличение селезенки;
- =«вегетации» на клапанах.

**Основными клиническими признаками инфекционного эндокардита являются:**

- ~кожные васкулиты;
- ~шумы в сердце;
- ~тромбоэмболии;
- =лихорадка  $>38^{\circ}\text{C}$  с ознобом и спленомегалия.

**При инфекционном эндокардите риск быстрого развития эмболии крупных артерий повышается при:**

- ~лихорадке  $38^{\circ}\text{C}$ ;
- =вегетациях с большой амплитудой осцилляций;
- ~наличии вегетации на хордах;
- ~появлении новой регургитации.

**Для первичного ревмокардита характерно:**

- ~экстрасистолия;
- =систолический шум на верхушке;
- ~протодиастолический шум на верхушке;
- ~мерцательная аритмия.

**Ревматическому эндокардиту соответствует:**

- =формирование пороков;
- ~нарушение атриовентрикулярной проводимости;
- ~деформация в суставах;
- ~отрицательный зубец Т на ЭКГ.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с эндокардитом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с эндокардитом.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) пациенту с эндокардитом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента пациенту с эндокардитом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента пациенту с эндокардитом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов пациента с эндокардитом.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики пациенту с эндокардитом с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.

- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного пациента с эндокардитом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному пациенту с эндокардитом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной И., 21 года, поступил в МСЧ МВД с жалобами на повышение температуры до 40 С с ознобами, проливной пот, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку, сердцебиение.

Известно, что употреблял опиатные наркотики в течение 1,5 лет.

Анамнез заболевания: больной почувствовал себя плохо 2 недели назад, когда появилась общая слабость, повышенная утомляемость, субфебрильная температура, снижение аппетита. Состояние постепенно ухудшалось, в течение последних 2 дней появились вышеперечисленные жалобы.

При поступлении общее состояние тяжелое, больной заторможен, гиподинамия. Кожные покровы бледные. Множественные следы инфицированных инъекций в зоне предплечий с умеренными признаками локального тромбоза. В легких дыхание ослабленное везикулярное, единичные влажные хрипы, преимущественно в нижних отделах, частота дыханий 28 в минуту. Сердечные тоны глуховаты, систолический шум в зоне мечевидного отростка, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягкоэластической консистенции, поверхность гладкая, край ровный, селезенка – на 2 см выступает из-под края реберной дуги.

В общем анализе крови: лейкоциты 17,9 10<sup>9</sup>/л, выраженный нейтрофилез с появлением молодых форм со сдвигом влево, лимфопения абсолютная, гемоглобин был снижен до 90 г/л, СОЭ – 52 мм /час.

При рентгенографии легких – многофокусные зоны инфильтрации диаметром от 2-4 см.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациент Р., 40 лет, строитель, житель села.

Поступил в тер.отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С с ознобами и обильным потоотделением, общую слабость, боли в мышцах и суставах.

Указанные симптомы появились через 5 дней после экстракции зуба, за медицинской помощью не обращался, лечился в течение 4 недель самостоятельно жаропонижающими. В течение последней недели отметил появление одышки инспираторного характера при обычной физической нагрузке, отеки стоп, голеней, высыпаний на коже.

2-3 раза в год страдает простудными заболеваниями. В армии служил. Курит по 20 сигарет/день. Алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю по 150 мл водки. Полгода назад проходил медосмотр, был признан здоровым.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. Рост 170см, вес 66 кг. Температура тела 38,4<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, влажные с желтушным оттенком. На коже дистальных отделов конечностей петехии, в области подушечек пальцев кистей и стоп – множественные болезненные узелки красного цвета размером 2-4 мм. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные средне-пузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. Перкуторно левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 106 в мин. Над всеми аускультативными точками выслушивается громкий систолический шум с эпицентром на верхушке сердца. Шум проводится в подмышечную впадину. В 5 точке выслушивается короткий диастолический шум. АД 140/50 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии. Селезенка увеличена в размерах, слабо болезненна при пальпации. Почки не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицателен с обеих

сторон. Стул в норме. Мочеиспускание безболезненное, 3-4 раза в сутки, цвет мочи с/желтый. Отеки стоп, голеней.

Лабораторно. Общий анализ крови: эритроциты –  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 100 г/л, ретикулоциты – 5%, тромбоциты –  $150 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты –  $19,6 \cdot 10^9/л$ , формула: б – 1%, э – 1%, ю – 3%, п – 20%, с – 55%, л – 17%, м – 3%. СОЭ – 40 мм/ч. Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, сахар, белок – отриц, лейкоциты – 1-2 в п/зрения.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 35. Заболевания перикарда: Перикардит сухой и экссудативный. Констриктивный перикардит.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Клинические формы
- Диагностика
- Диф. диагностика
- Лечение
- Профилактика
- Реабилитация
- МСЭ.

#### Тестовый контроль:

**Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:**

- =нестероидные противовоспалительные препараты;
- ~глюкокортикостероиды;
- ~наркотические анальгетики;
- ~нитраты.

**Наиболее частой причиной констриктивного перикардита является:**

- ~травма;
- ~оперативное вмешательство на сердце;
- =туберкулез;
- ~уремия;

**Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?**

- ~измерение ЦВД;
- =рентгенография грудной клетки;
- ~ФКГ;
- ~ЭКГ.

**Заболевание, с которым чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит:**

- ~диафрагмальная грыжа;
- ~пептическая язва пищевода;
- =инфаркт миокарда;
- ~миокардит.

**Ваша тактика при перикардитах неясного генеза:**

- ~пробное противоревматическое лечение;
- ~лечение антибиотиками широкого спектра действия;
- =пробное лечение противотуберкулезными препаратами;
- ~пробное лечение кортикостероидами.

**Для перикардита характерны:**

=усиление или вновь появляющиеся боли за грудиной, носящие постоянный пульсирующий характер;

~боли усиливающиеся на выдохе;

~аускультативно – крепитации над всеми полями легких;

~систолический шум на верхушке.

**Недостаточность кровообращения по большому кругу, небольшие размеры сердца, отсутствие при пальпации верхушечного толчка характерны для:**

~кардиомиопатии;

~ревматического порока;

~легочного сердца;

=констриктивного перикардита.

**Какой рентгенологический признак является общим для миокардита и экссудативного перикардита?**

=кардиомегалия;

~отсутствие дуг по контурам сердечной тени;

~отсутствие застоя в легких;

~укорочение тени сосудистого пучка.

**У больного 47 лет перебои в работе сердца, боли в крупных суставах. За 3 недели до этого лихорадка 38,5<sup>0</sup> боли в животе и жидкий стул 10 дней. На ЭКГ PQ=0,24-0,34 сек с выпадением QRS, лейкоциты 12,9x10<sup>9</sup>, СОЭ 35 мм/час, сиаловая кислота 270 ед. Диагноз?**

~ИБС;

~ревматический миокардит;

~инфекционно-аллергический миокардит;

=йерсиниозный миокардит.

**У больного через 3 недели после ангины слабость, АД 90/60 мм рт.ст., боли в области сердца. Появились пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии. Выявлена кардиомегалия. Через 5 недель появилась гнусавость голоса. О каком заболевании следует думать?**

~инфекционно-аллергический миокардит;

=дифтерия, инфекционно-токсический миокардит;

~ревматический миокардит;

~дилатационная кардиомиопатия.

**У больного 39 лет, перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после АКШ на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличались размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины: {**

~гидроперикард;

=гемоперикард;

~повторный инфаркт миокарда;

~инфекционный экссудативный перикардит.

**У больного с ОИМ (трансмуральным) на 2-е сутки систолический шум в области абсолютной сердечной тупости, шум усиливается от нажатия стетоскопа и имеет скребущий характер. Состояние больного не изменилось. О каком осложнении инфаркта следует думать?**

~разрыв миокарда;

~перфорация межжелудочковой перегородки;

~отрыв сосочковых мышц митрального клапана;

=эпистенокардитический перикардит.

**При остром перикардите, осложнившем инфаркт миокарда нельзя применять:**

~индометацин;

~ацетилсалициловую кислоту;

~глюкокортикоид;

=антикоагулянт.

**Какой рентгенологический признак является общим для миокардита и экссудативного перикардита?**

=кардиомегалия;

~отсутствие дуг по контурам сердечной тени;

~отсутствие застоя в легких;

~укорочение тени сосудистого пучка.

**Признаком, характерным для уремиического перикардита является:**

- ~повышение температуры тела;
- ~боли в области сердца;
- =шум трения перикарда;
- ~накопление геморрагической жидкости в полости перикарда.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с перикардитом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с перикардитом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы, оптимизации физической активности.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с перикардитом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с перикардитом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с перикардитом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов перикардитов.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики перикардитов с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза перикардит с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с перикардитом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с перикардитом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с перикардитом, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний при перикардите, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 35 лет. Жалобы на боли в прекардиальной области, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и поворотах тела. Заболел остро 2 дня назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,5°C. Сердце расширено в обе стороны, на верхушке тоны приглушены, на основании ясные; в области 3 межреберного промежутка слева от грудины – систолодиастолический шум поверхностного характера, усиливающийся при надавливании фонендоскопом и при наклоне вперед. АД 110/85 мм рт. ст. Пульс 95 в минуту, наполнение снижается на выдохе. Частота дыхательных движений 24 в минуту.

При рентгеноскопии размеры сердца увеличены в обе стороны. Пульсация усилена.

ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, нарушение процессов реполяризации диффузного характера.

ЭхоКГ: расхождение листков перикарда – 1,5 см.

- На 3-й день состояние больного внезапно ухудшилось: одышка в покое, боли в правом подреберье. Отмечен цианоз, набухание шейных вен, увеличение печени. ЧДД 26 в минуту. АД 100/90 мм рт. ст. Пульс 120 в минуту, вялый, мягкий. При этом на ЭКГ:





Вопросы:

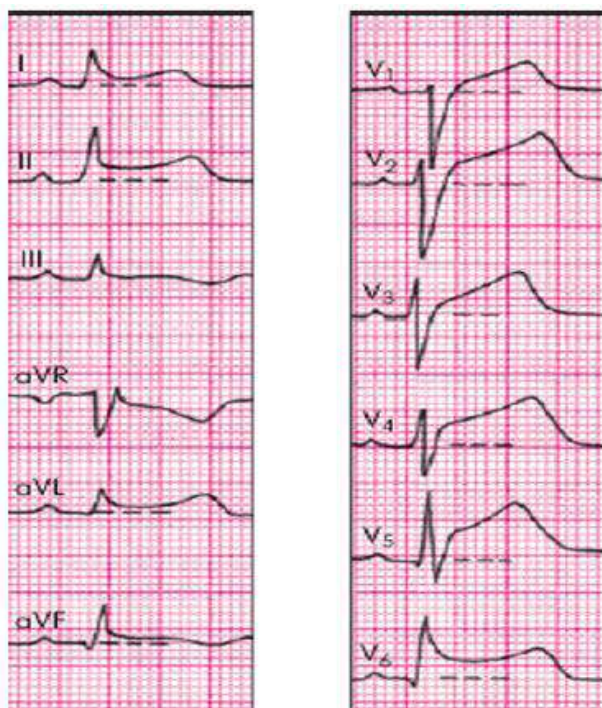
1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Женщина 33-х лет поступила в реанимационное отделение с жалобами на боль в груди, которая началась 3 дня назад. Дискомфорт в грудной клетке усиливается при дыхании, наклоне головы назад; беспокоит кашель и дисфагия. Она недавно перенесла острую вирусную инфекцию верхних дыхательных путей, в остальном – здорова.

При физикальном обследовании частота сердечных сокращений 119 в минуту, частоты дыхания 14 в минуту, артериальное давление 139/84 мм рт. ст., определяются парадоксальный пульс.

При аускультации сердца выявляется грубый шум над левым краем грудины.

На ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 36. Экстрасистолия.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Диагностика
- Диф. диагностика
- Клиника
- Лечение
- Профилактика.

-МСЭ.

Тестовый контроль:

**ЭКГ-критерии, характерные для наджелудочковой экстрасистолии:**

- ~отсутствие зубца Р и наличие F волн;
- ~экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован;
- ~наличие полной компенсаторной паузы;
- =измененный Р перед экстрасистолическим комплексом.

**К ЭКГ критериям желудочковой экстрасистолии относят:**

- ~измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом;
- =комплекс QRS преждевременный, расширен, деформирован;
- ~наличие неполной компенсаторной паузы;
- ~комплекс QRS преждевременный, не расширен.

**Наиболее неблагоприятным прогностическим признаком у больных с острым инфарктом миокарда является:**

- ~ранние желудочковые экстрасистолии;
- =групповые желудочковые экстрасистолы;
- ~политопные желудочковые экстрасистолы;
- ~наджелудочковые экстрасистолы.

**Пациент 50 лет, жалобы на замирание в работе сердца, головокружение. На ЭКГ синусовый ритм, ЧСС 78, периодически по 2-3 широких желудочковых комплекса, неправильной формы, затем полная пауза. Диагноз?**

- ~полная атриовентрикулярная блокада;
- ~узловая экстрасистолия;
- ~суправентрикулярная тахикардия;
- =желудочковая экстрасистолия.

**Нарушением ритма у подростков нуждающимся в лечении, является:**

- ~миграция водителя ритма;
- ~суправентрикулярная экстрасистолия;
- =желудочковая экстрасистолия III, IV классов по Lown;
- ~синусовая аритмия.

**ЭКГ-критерии, характерные для наджелудочковой экстрасистолии:**

- ~отсутствие зубца Р и наличие F волн;
- ~экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован;
- ~наличие полной компенсаторной паузы;
- =измененный Р перед экстрасистолическим комплексом.

**Какой ЭКГ-критерий характерен для желудочковой экстрасистолии?**

- =преждевременный комплекс QRS расширен, деформирован;
- ~экстрасистолический комплекс похож на основной;
- ~наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим комплексом;
- ~наличие неполной компенсаторной паузы.

**У больного с острым трансмуральным передне-перегородочным инфарктом миокарда возникли частые желудочковые экстрасистолы. Какой из перечисленных препаратов необходимо ему ввести?**

- ~строфантин;
- =лидокаин;
- ~обзидан;
- ~финоптин.

**К I-B классу антиаритмических препаратов относится:**

- =лидокаин;
- ~новокаионамид;
- ~этацизин;
- ~дизапирамид.

**К I-C классу антиаритмических препаратов относится:**

- ~хинидин;
- ~дизапирамид;
- =этацизин;

~новокаиномид.

**К III классу антиаритмических препаратов относится:**

=амиодарон;

~пропранолол;

~верапамил;

~бисопролол.

**К IV классу антиаритмических препаратов относится:**

=верапамил;

~лидокаин;

~дигоксин;

~бисопролол.

**Атриовентрикулярную проводимость замедляет:**

=верапамил;

~лидокаин;

~мексилетин;

~фенитоин.

**Интервал QT на ЭКГ удлиняет:**

~лидокаин;

~пропранолол;

~бисопролол;

=амиодарон.

**Автоматизм синусового узла подавляет:**

=пропранолол;

~дигоксин;

~лидокаин;

~фенитоин.

**Проводимость дополнительных путей угнетает:**

=амиодарон;

~пропранолол;

~верапамил;

~дигоксин.

**При наджелудочковых нарушениях ритма может быть эффективен:**

=недигидропиридиновый блокатор кальциевых каналов;

~лидокаин;

~мексилетин;

~фенитоин.

**При желудочковых нарушениях ритма эффективно применение:**

=кордарона

~блокатора кальциевых каналов;

~дигоксина;

~АТФ.

**При синдроме удлиненного QT на ЭКГ противопоказан:**

=кордарон;

~лидокаин;

~бисопролол;

~дигоксин.

**Лекарственным средством, не являющимся препаратом выбора для лечения аритмий у подростков, является:**

~малые транквилизаторы;

~фенибут;

~бета-блокаторы;

=лидокаин.

**Абсолютным противопоказанием для применения анаприлина является:**

~инфаркт миокарда;

~глаукома;

=бронхиальная астма;

~застойная сердечная недостаточность I ФК.

**При наджелудочковых нарушениях ритма эффективен:**

- ~дифенин;
- ~лидокаин;
- =β-адреноблокатор;
- ~мексилетин.

**При желудочковых нарушениях ритма не эффективен:**

- ~лидокаин;
- =верапамил;
- ~амиодарон;
- ~мексилетин.

**К I C классу антиаритмических препаратов относится:**

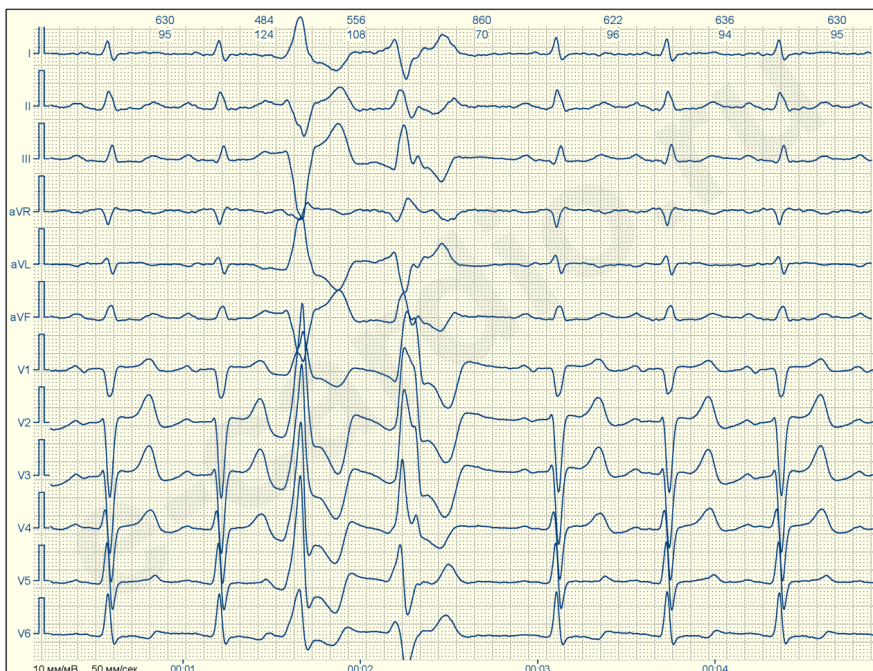
- ~новокаиномид;
- ~хинидин;
- ~лидокаин;
- =аллапинин.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с экстрасистолией с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий напрас экстрасистолией влненных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с экстрасистолией.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с экстрасистолией.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с экстрасистолией.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов с экстрасистолии.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики экстрасистолии с другими состояниями.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с экстрасистолией с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с экстрасистолией с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

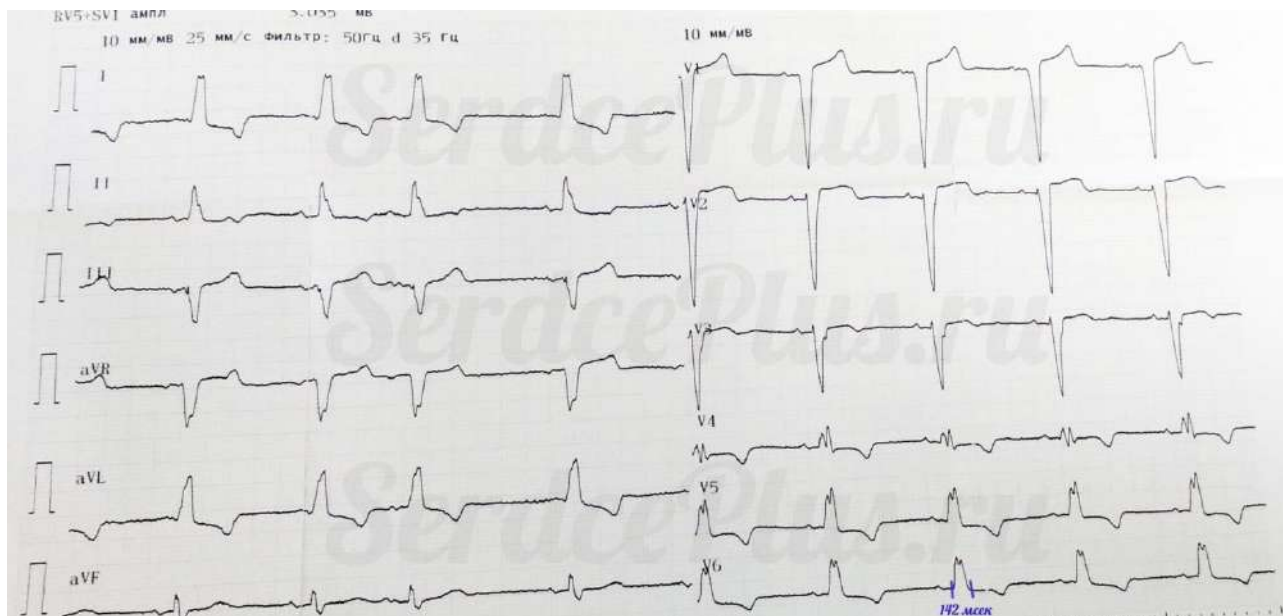
**Задача №1.** Больной Н., 19 лет, студент. Жалобы на ощущение удара в обл. верхушки сердца, чувство остановки сердца, иногда сопровождающиеся кратковременными колющими болями в области верхушки сердца, головокружением. Болен в течение месяца, заболевание связано с умственным перенапряжением. Последние 6 месяцев курит 1 пачку сигарет в день, выпивает 2—3 чашки кофе ежедневно. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Эмоционально лабилен, выявляется стойкий красный дермографизм, гипергидроз. 98 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст.



#### Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациент 69 лет направлен врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам. Ухудшение состояния наблюдается около недели до госпитализации. Из анамнеза: 6 лет назад диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Больной постоянно получал подобранное лечение: Гипотиазид - 12,5 мг в сутки, Фозиноприл - 20 мг ежедневно, Карведилол - 12,5 мг 2 раза в день. Наблюдалась слабость при физической нагрузке. Пациент сообщил, что несколько дней назад после переохлаждения появился кашель, повышалась температура тела до 37,4°C. Вследствие нарастания слабости, прекратил прием Карведилола, использовал обильное питье, витамины. Состояние ухудшилось. Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы в легких с двух сторон; тоны сердца глухие, ритмичные, протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Симметричные отеки нижних конечностей. В анализах крови: натрий - 138 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л. ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм.  
ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### Тема 37. Ускоренные ритмы сердца.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Диагностика
- Клиника
- Лечение
- Профилактика.
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является:**

- ~лидокаин;
- =амиодарон;
- ~метопролол;
- ~новокаинамид.

**Автоматизм синусового узла подавляет:**

- =пропранолол;
- ~дигоксин;
- ~лидокаин;
- ~фенитоин.

**Наиболее эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:**

- ~хинидин;
- ~прокаинамид;
- ~пропранолол;
- =амиодарон.

**Фибрилляция предсердий чаще встречается при:**

- =митральном стенозе;

- ~недостаточности аортального клапана;
- ~аортальном стенозе;
- ~недостаточности митрального клапана.

**Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является:**

- ~новокаинамид;
- =амиодарон;
- ~метопролол;
- ~лидокаин.

**Если приступ мерцательной аритмии сопровождается такими симптомами, как сердечная астма, резкая гипотония, стенокардия, то наиболее эффективным является:**

- ~введение сердечных гликозидов;
- ~введение новокаиамида;
- ~введение кордарона;
- =проведение электроимпульсной терапии.

**Рекомендуемой тактикой антиаритмической терапии при групповой желудочковой эктопии у пациента с постинфарктным кардиосклерозом является применение:**

- ~верапамила;
- =соталола – при наличии тенденции к тахикардии;
- ~амиодарона, в сочетании с бета-адреноблокаторами при тенденции к тахикардии;
- ~аллапинина или пропafenона в сочетании с соталолом.

**У 68-летнего мужчины (задний). Потерял сознание, покрылся холодным потом. Состояние тяжелое, кожа бледная, холодная. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 180. АД 80/40. На ЭКГ широкие желудочковые комплексы неправильной формы. Осложнение инфаркта?**

- ~фибрилляция желудочков;
- ~желудочковая экстрасистолия;
- ~частичная атриовентрикулярная блокада;
- =желудочковая тахикардия.

**К аритмиям, при которых может наблюдаться кардиогенный шок, относится:**

- =устойчивая желудочковая тахикардия;
- ~мерцание предсердий;
- ~АВ блокада 2 степени;
- ~частая желудочковая экстрасистолия.

**Пороговой частотой пульса по критериям ВОЗ для возрастной группы 50-59 лет является:**

- ~170 в мин;
- ~175 в мин;
- ~180 в мин;
- =140 в мин.

**У женщины 32 лет боли в сердце, сердцебиения, тахикардия до 130. Диагностирована НЦД по гипертоническому типу. Максимальное АД 160/80 мм рт. ст.. Исследование гормонов не проводилось. Возможная причина нарушений функции сердечно-сосудистой системы:**

- ~миокардит;
- ~феохромоцитома;
- =гипертиреоз;
- ~кортикостерома надпочечников.

**Во время проведения нагрузочного тредмил-теста на экране монитора зарегистрирована тахикардия с широкими комплексами, поэтому необходимо прекратить исследование:**

- =при любом генезе изменений, которые не ясны;
- ~из-за частотозависимой блокады левой ножки пучка Гиса;
- ~из-за пароксизма наджелудочковой тахикардии с абберацией внутривентрикулярного проведения;
- ~из-за пароксизма желудочковой тахикардии.

**Препаратом выбора для лечения пациентов с артериальной гипертензией и нарушениями ритма (синусовая тахикардия, желудочковые и наджелудочковые нарушения ритма) является:**

- ~дигидропиридиновый антагонист кальция;
- ~ингибитор АПФ;
- =бета-адреноблокатор;
- ~сартан.

**Какое из осложнений инфаркта миокарда является самым частым, самым ранним и самым опасным?**

- ~кардиогенный шок;
- ~отек легких;
- =фибрилляция желудочков;
- ~разрыв сердца.

**У больного острый трансмуральный переднеперегородочный инфаркт миокарда, развилась фибрилляция желудочков. Ваша тактика:**

- ~ввести строфантин;
- =произвести кардиоверсию;
- ~ввести обзидан;
- ~ввести кордарон.

**Жизнеопасной аритмией является:**

- ~ускоренный синусовый ритм;
- ~идиовентрикулярный ритм;
- ~АВ блокада I ст;
- =фибрилляция желудочков.

**Рекомендуемой тактикой антиаритмической терапии при групповой желудочковой эктопии у пациента с постинфарктным кардиосклерозом является применение:**

- ~верапамила;
- =соталола – при наличии тенденции к тахикардии;
- ~амиодарона, в сочетании с бета-адреноблокаторами при тенденции к тахикардии;
- ~аллапинина или пропафенона в сочетании с соталолом.

**При фибрилляции предсердий для восстановления ритма используют:**

- ~АТФ;
- =амиодарон;
- ~лидокаин;
- ~верапамил.

**Наиболее эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:**

- ~хинидин;
- ~прокаинамид;
- ~пропранолол;
- =амиодарон.

**Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является:**

- ~лидокаин;
- =амиодарон;
- ~метопролол;
- ~новокаинамид.

**Легочный фиброз может развиваться при приеме:**

- ~пропафенона;
- =амиодарона;
- ~хинидина гидрохлорида;
- ~лаптаконитина гидробромида.

**β-адреноблокаторы нецелесообразно сочетать с:**

- ~амлодипином;
- =верапамилом;
- ~каптоприлом;
- ~аспирином.

**К IV классу антиаритмических препаратов относится:**

- =верапамил;
- ~лидокаин;
- ~дигоксин;
- ~бисопролол.

**Атриовентрикулярную проводимость замедляет:**

- =верапамил;



~лидокаин;  
~мексилетин;  
~фенитоин.

**К IV классу антиаритмических препаратов относится:**

~амиодарон;  
=верапамил;  
~пропранолол;  
~соталол.

**Атриовентрикулярную проводимость замедляет:**

~фенитоин;  
~лидокаин;  
~мексилетин;  
=верапамил.

**Ваготропным действием обладает:**

=хинидин;  
~лидокаин;  
~пропафенон;  
~верапамил.

**Для контроля ЧСС при фибрилляции предсердий используют:**

~мексилетин;  
~лидокаин;  
~дифенин;  
=верапамил.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ускоренными ритмами сердца с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ускоренными ритмами сердца.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ускоренными ритмами сердца.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ускоренными ритмами сердца.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ускоренными ритмами сердца.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов ускоренных ритмов сердца.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ускоренных ритмов сердца с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ускоренными ритмами сердца с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ускоренными ритмами сердца с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение медицинских изделий.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с ускоренными ритмами сердца, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание состояний при ускоренных ритмах сердца, возникающих внезапно без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание состояний при ускоренных ритмах сердца, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций

организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.

- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний осложнившихся ускоренными ритмами сердца без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях осложнившихся ускоренными ритмами сердца, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной К., 48 лет, обратился в клинику с жалобами на тяжесть в затылочной области, приступы неритмичного сердцебиения, возникающие ежедневно, чаще вечером, в покое, после приема пищи или умеренного количества алкоголя, продолжительностью до 2 ч, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха и повышением артериального давления. Приступы купируются самостоятельно или при приеме 50 мг атенолола.

Анамнез заболевания. Впервые приступ сердцебиения возник после эпизода употребления алкоголя 6 лет назад. Бригадой скорой медицинской помощи зарегистрировано нарушение сердечного ритма, купировавшееся после в/в введения лекарственного препарата (названия не помнит) и перорального приема таблетки феназема. В течение последних 5 лет стал отмечать появление артериальной гипертензии (максимальное АД 160/100 мм рт. ст.), ситуационно принимал гипотензивные препараты. Приступы «аритмии» возникали 3-4 раза в год, купировались самостоятельно. В течение последнего месяца приступы участились до 4-6 раз в неделю.

Семейный анамнез: отец больного в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.

По профессии – госслужащий, профессиональные вредности отрицает. Алкоголь употребляет не чаще 2 раз в месяц, не более 100 мл в пересчете на чистый этанол.

Объективный статус. При осмотре состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, гиперстеническое, рост 185 см, вес 120 кг, индекс массы тела 35 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, периферических отеков нет. Щитовидная железа подвижная, безболезненная при пальпации, обе доли умеренно увеличены.

Дыхание свободное через нос, ЧДД 16 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный; границы легких в пределах физиологической нормы. При аускультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы.

Область сердца визуально – без патологии. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Пульс 82 уд/мин, дефицита нет. Пульсация периферических сосудов сохранена. АД 130/80 мм рт. ст. на обеих руках.

При обследовании органов брюшной полости патологии не выявлено.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурических явлений нет. Почки не пальпируются.

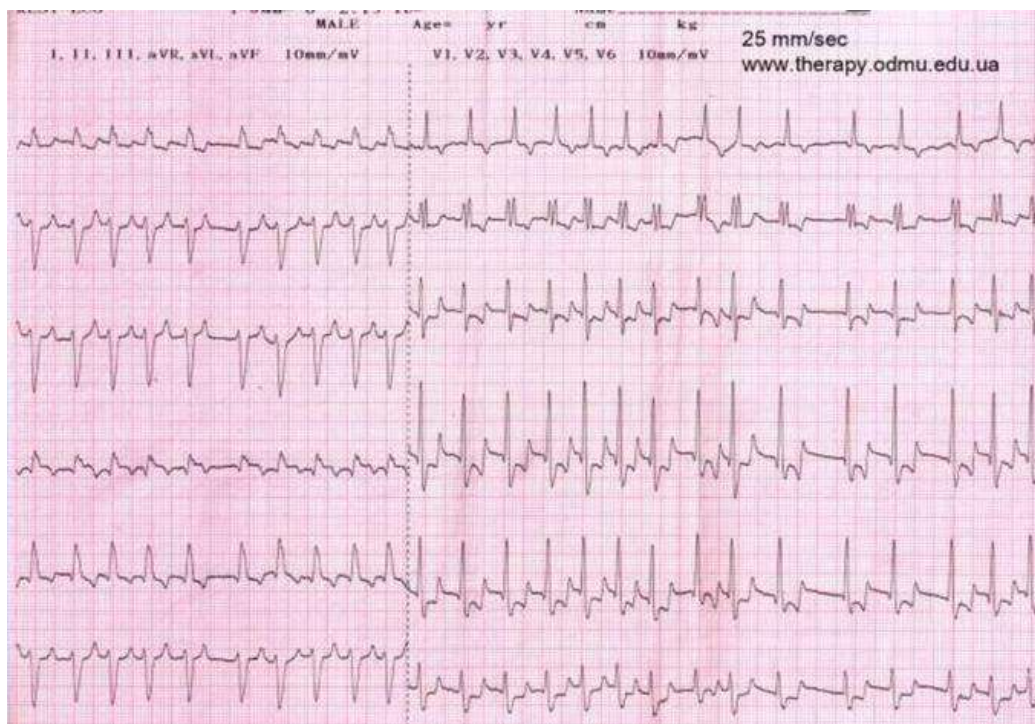
Данные дополнительного обследования

Общий анализ крови и мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л, общий билирубин 13,3 ммоль/л, креатинин 91,3 ммоль/л, глюкоза 5,42 ммоль/л, холестерин 5,7 ммоль/л, триглицериды 2,84 ммоль/л, К<sup>+</sup> 4,42 ммоль/л, Na<sup>+</sup> 140 ммоль/л, АСТ 17 Ед/л, АЛТ 16 Ед/л.

Тиреоидный профиль: ТТГ- 3,48 мМЕ/л, свободный Т4- 18,16 мМЕ/л.

ЭКГ на момент осмотра:



Рентгенография грудной клетки: легочные поля прозрачные, патологических теней нет. Корни структурны, диафрагма обычно расположена, плевральные синусы свободные. Сердце не расширено в поперечнике. Аорта уплотнена.

ЭхоКГ: аорта уплотнена, не расширена, 3,8 см в диаметре. Левое предсердие 4,1 см. Левый желудочек не расширен, КДР 5,5 см, КСР 3,1 см. Глобальная сократительная способность миокарда левого желудочка сохранена, ФВ > 60%. Зоны гипо- и акинеза не выявлены. ТМЖП 1,0 см, ТЗСЛЖ 1,1. Правое предсердие 3,5 см. Переднезадний размер правого желудочка 3,1 см. Признаки лёгочной гипертензии отсутствуют. Створки аортального клапана не уплотнены, амплитуда раскрытия нормальная. Патологии клапанов нет. Функция диастолического расслабления миокарда нарушена  $E/A = 3,53/0,62 = 0,85 (<1)$ . Заключение: нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка. Уплотнение створок аорты.

Тредмил-тест: исследование выполнено по протоколу R. Bruce, в период сохранения синусового ритма, остановлено в связи с достижением максимальной ЧСС (143 уд/мин). Самочувствие удовлетворительное, жалоб нет. АД до нагрузки 131 /90 мм рт. ст. и на всех ступенях нагрузки соответствовало выполняемой работе. АДmax 214/95 мм рт. ст. на пятой ступени. Нормализация АД к 4 мин восстановительного периода. Исходно зарегистрирована частая предсердная экстрасистолия. За время исследования нарушений ритма, проводимости и ишемических изменений не зарегистрировано.

Консультация окулиста: гипертоническая ретинопатия I стадии.

Вопросы:

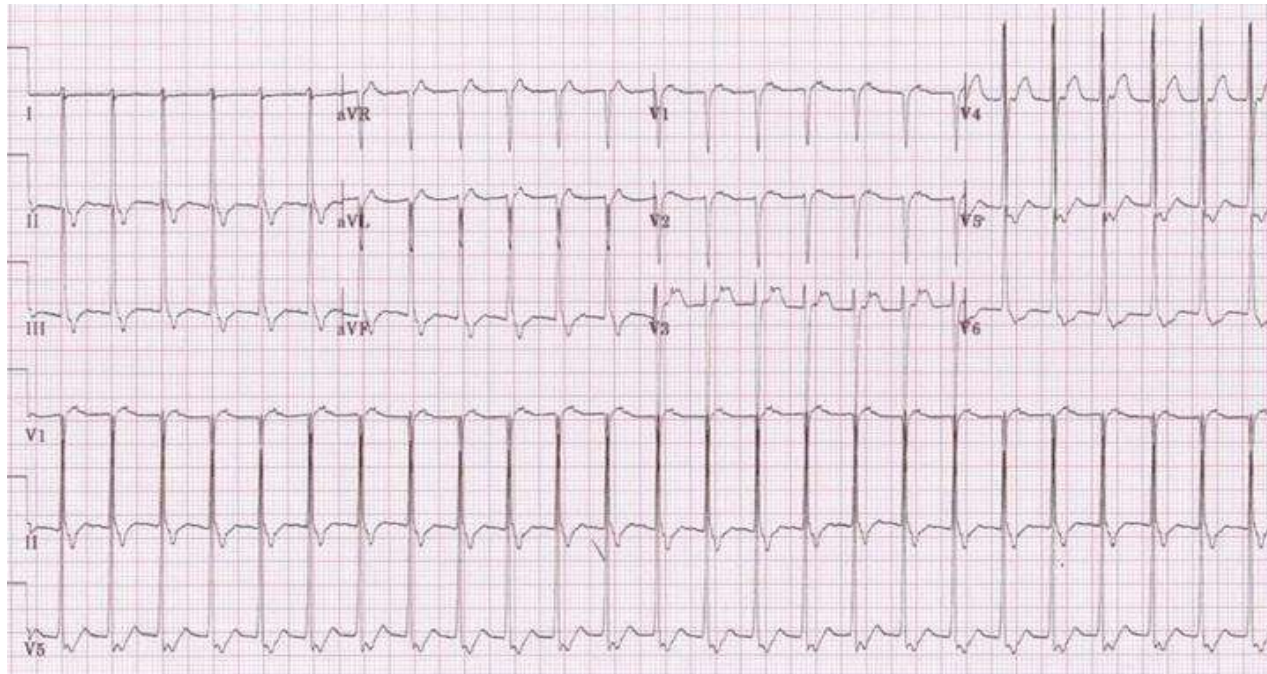
1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка Е. 44 лет, кондуктор троллейбуса.

Доставлена в клинику с жалобами на приступы сильного учащенного сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся ноющими болями в прекардиальной области, периодические перебои в работе сердца.

Из анамнеза: приступы учащенного сердцебиения появились в течение последнего года, участились в течение трех месяцев, двукратно отмечала обмороки. В детстве диагностировали «изменения на ЭКГ», которые в дальнейшем не подтверждались.

Объективно: больная нормального питания. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Отеков нет. Лучезапястные суставы гиперподвижны. Плоскостопие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: границы относительной сердечной тупости располагаются: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 150 в минуту, на верхушке выслушивается короткий систолический шум, мезосистолический щелчок. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.  
ЭКГ: V=25 мм/сек.



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### Тема 38. Брадиаритмии и нарушения проводимости.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Диагностика
- Клиника
- Лечение
- Профилактика.
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Какой признак характерен для синдрома слабости синусового узла?**

- ~желудочковая экстрасистолия;
- =синоаурикулярная (синоатриальная) блокада;
- ~атриовентрикулярная блокада;
- ~внутрижелудочковая блокада.

**Показаниями к имплантации постоянного электрокардиостимулятора являются:**

- ~признаки синдрома ранней реполяризации желудочков;
- =паузы более 3 секунд при отсутствии ятрогении;
- ~эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы;

~признаки синдрома Бругада.

**К электрокардиографическим проявлениям, характерным для АВ блокады II степени тип 2 (МОБИТЦ 2), относят:**

~на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия;

=постоянство интервала PQ и периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS;

~постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS;

~полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов.

**К электрокардиографическому проявлению, характерному для полной АВ блокады, относят:**

~на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия;

=полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов;

~выпадение комплекса PQRS без предшествующего укорочения интервала PP;

~укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRS.

**К электрокардиографическому проявлению, характерному для полной АВ блокады, относят:**

=полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов;

~выпадение комплекса PQRS без предшествующего укорочения интервала PP;

~на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия;

~укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRS.

**Верапамил является средством выбора при тахикардии желудочковой:**

~двунаправленной;

~типа «пируэт»;

=идиопатической;

~полиморфной.

**При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение:**

=атропина;

~норадреналина;

~изадрина;

~адреналина.

**При синусовой брадикардии на фоне острого инфаркта миокарда лечение следует начинать с внутривенного введения:**

~5 мг изоптина;

~1 мг изупрела;

=0,5-1 мг атропина;

~100 мг гидрокортизона.

**Абсолютным показанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является:**

=приступ Морганьи-Адамс-Стокса в анамнезе (хотя бы однократно);

~асимптомная хроническая АВ-блокада III степени с ЧСС выше 40 ударов в минуту;

~предсердно-желудочковая блокада I степени;

~бессимптомное течение предсердно-желудочковой блокады II степени I типа (проксимальной).

**Относительным показанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является:**

~блокада обеих ножек пучка Гиса или полная АВ-блокада при наличии симптоматичной брадикардии;

=асимптомная хроническая АВ-блокада III степени с ЧСС выше 40 ударов в минуту;

~АВ-блокада III степени, постоянная или перемежающаяся;

~дистальная (на уровне или ниже пучка Гиса по данным гистографии) АВ-блокада II степени (типа Мобитц I или II).

**Противопоказанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является:**

~АВ-блокада типа Мобитц II;

~АВ-блокада II или III степени;

=бессимптомное течение предсердно-желудочковой блокады II степени I типа проксимальной);

~сочетание блокады правой ножки пучка Гиса и задней ветви левой ножки пучка Гиса.

**При полной АВ-блокаде гетеротопный ритм исходит из:**

~пучка Гиса или из более нижних отделов проводящей системы;

~АВ-узла, так и из пучка Гиса и волокон Пуркинье;



~атринодальных (предсердие-АВ-узел) проводящих путей;  
=желудочков.

**У больного 67 лет острый задний инфаркт миокарда. При мониторинговании установлено, что интервал PQ прогрессирующе увеличивался от цикла к циклу с последующим выпадением комплекса QRS. ЧСС=56 в мин. Рекомендованное лечение:**

=временная кардиостимуляция;  
~постоянная кардиостимуляция;  
~ко-фактор синтеза нуклеиновых кислот;  
~индерал.

**У больного 65 лет острый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда. При мониторинговании выявлено, что интервал PQ увеличен до 0,4 сек с выпадением комплекса QRS. Отношение предсердных волн и комплекса QRS 4:1. ЧСС 40 в мин. Диагноз:**

=атриовентрикулярная блокада второй степени;  
~синдром Фредерика;  
~мерцательная аритмия, брадисистолическая форма;  
~синоаурикулярная блокада III степени.

**У больной 80 лет ОИМ (задний). Периодически возникают эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием типа Чейн-Стокса. На ЭКГ зубцы Р не связаны с комплексами QRS, продолжительность интервала PP 0,8 сек, RR 1,5 сек. ЧСС 35 в мин. Диагноз:**

~эпилепсия;  
=полная атриовентрикулярная блокада;  
~брадисистолическая форма фибрилляции предсердий;  
~фибрилляция желудочков.

**К электрокардиографическому проявлению, характерному для полной АВ блокады, относят:**

=полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов;  
~выпадение комплекса PQRS без предшествующего укорочения интервала PP;  
~на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия;  
~укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRS.

**Синдром Морганьи – Эдемса – Стокса может наблюдаться при:**

=синоатриальной блокаде;  
~неполной блокаде левой ножки пучка Гиса (НБЛНПГ);  
~неполной блокаде правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ);  
~бифасцикулярной блокаде.

**Приступы Морганьи-Эдамса-Стокса встречаются при:**

~желудочковой экстрасистолии;  
~фибрилляция желудочков;  
~мерцательной аритмии;  
=атриовентрикулярной блокаде.

**У больного постинфарктный кардиосклероз. Выявлен синдром слабости синусового узла, последние 2 недели ежедневно возникают приступы мерцательной тахикардии, отмечаются эпизоды брадикардии, сопровождающиеся головокружениями. Ваша тактика:**

~назначить хинидин;  
~назначить новокаинамид;  
=провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма;  
~назначить дигоксин.

**Противопоказанием к назначению бетаблокатора является:**

~хронический бронхит;  
=синдром слабости синусового узла;  
~открытоугольная глаукома;  
~сердечная недостаточность I-II фк по NYHA.

**Препаратом выбора для лечения пациентов с АГ и нарушениями ритма (синусовая брадикардия, синдром слабости синусового узла, АВ- блокады) является:**

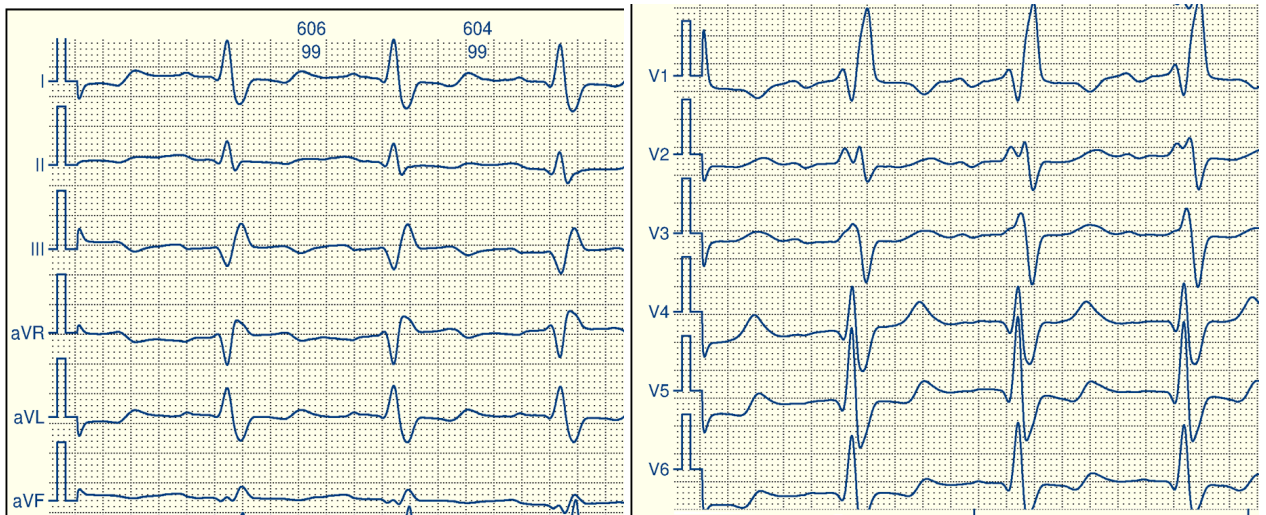
~альфа-блокатор;  
~петлевой диуретик;  
=дигидропиридиновый антагонист кальция;  
~тиазидовый диуретик.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с брадиаритмиями и нарушениями проводимости с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с брадиаритмиями и нарушениями проводимости.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с брадиаритмиями и нарушениями проводимости.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с брадиаритмиями и нарушениями проводимости.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов с брадиаритмиями и нарушениями проводимости.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики брадиаритмий и нарушений проводимости с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с брадиаритмиями и нарушениями проводимости с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с брадиаритмиями и нарушениями проводимости с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение кардиостимуляторов.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с брадиаритмиями и нарушениями проводимости, требующие оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание брадиаритмий и нарушений проводимости, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание брадиаритмий и нарушений проводимости, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с брадиаритмиями и нарушениями проводимости при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с брадиаритмиями и нарушениями проводимости при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Пациент М., 23 лет, обратился к кардиологу на консультацию. При профилактическом осмотре перед соревнованиями (спортсмен, занятия тяжелой атлетикой в течение 11 лет). Жалоб не предъявляет. ЭхоКГ, анализы крови и мочи – без патологии.  
На ЭКГ: V=50 мм/сек.



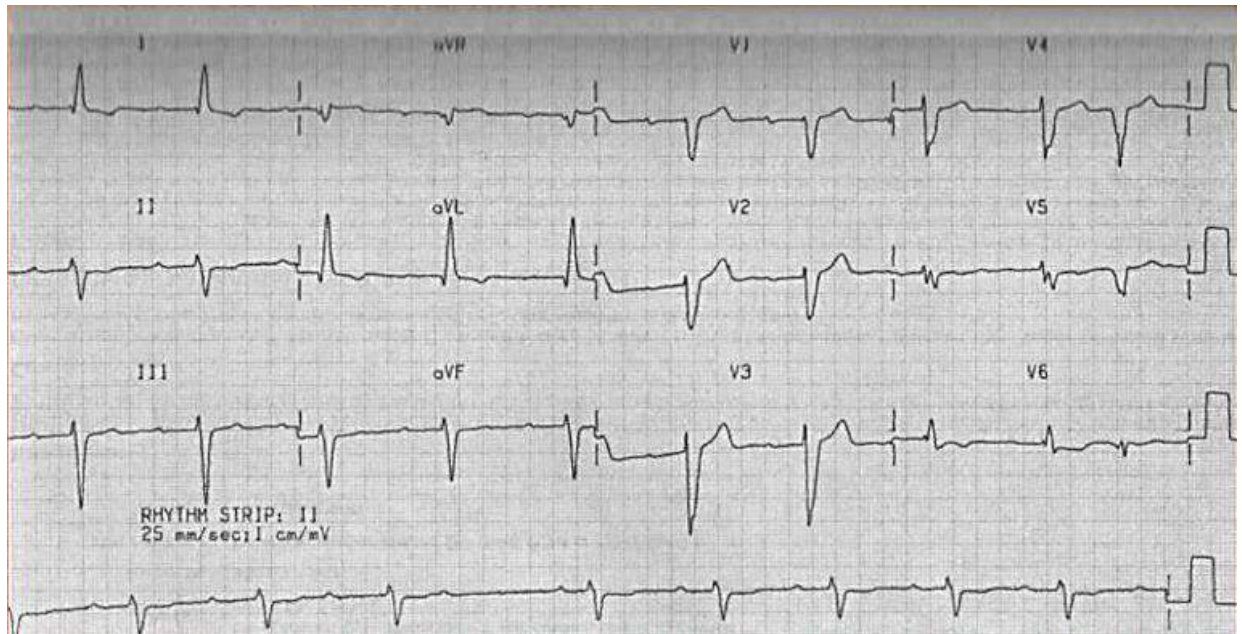
Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка С., 81 г., поступила в кард. отделение с жалобами на сжимающие давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и лопатку, купирующиеся нитроглицерином, при обычной физической нагрузке, периодически возникающие немотивированные приступы острой слабости, сопровождающиеся шумом в ушах, головокружением, потемнением в глазах, потливостью.

Из анамнеза: страдает ИБС. Последние 2 недели стала отмечать вышеуказанные жалобы и была однократная потеря сознания. По поводу имеющейся ИБС пациентка получает  $\beta$ -блокатор (метопролол), дезагрегант (аспирин) и статин (симvastатин).

На ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.



- 6. Прогноз.
- 7. Профилактика.

### **Тема 39. Хроническая сердечная недостаточность**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Диагностика: клиническая, инструментальная (рентгено-логическое исследование, ЭХО-КГ)
- Клинические варианты сердечной недостаточности
- Принципы лечения недостаточности кровообращения
- Профилактика
- Реабилитация
- МСЭ

#### Тестовый контроль:

**В патогенезе хронической сердечной недостаточности ведущую роль играет нарушение:**

- ~хронотропной функции сердца;
- ~дромотропной функции сердца;
- =инотропной функции сердца;
- ~батмотропной функции сердца.

**Наиболее частой причиной развития ХСН является:**

- ~Амилоидоз сердца;
- =ИБС;
- ~миокардит;
- ~фибрилляция предсердий.

**Нейрогуморальная активация при ХСН проявляется:**

- =активацией САС и РААС;
- ~повышением уровня кортизола;
- ~активацией РААС;
- ~активацией САС.

**Основным патогенетическим фактором образования отеков при ХСН является:**

- =увеличение задержки  $\text{Na}^+$  и жидкости;
- ~увеличение центрального венозного давления;
- ~ухудшение дренажной функции лимфатической системы;
- ~уменьшение содержания альбуминов плазмы.

**Классической триадой симптомов ХСН являются:**

- ~боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка;
- ~чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение;
- =одышка, слабость и отеки ног;
- ~гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия.

**Признаком ХСН I стадии является:**

- =дискомфорт проявляющийся только при физической нагрузке;
- ~застой в малом круге кровообращения;
- ~застой в большом круге кровообращения;
- ~застой в малом и большом круге кровообращения.

**Признаком ХСН II А стадии является:**

- ~дискомфорт проявляющийся только при физической нагрузке;
- =застой в малом круге кровообращения;
- ~застой в малом и большом круге кровообращения;
- ~тяжелое нарушение гемодинамики с необратимыми структурными изменениями в органах и тканях.

**Признаком ХСН II Б стадии является:**

- ~дискомфорт проявляющийся только при физической нагрузке;
- ~застой в малом круге кровообращения;
- ~застой в большом круге кровообращения;
- =застой в малом и большом круге кровообращения.

**Признаками ХСН III стадии являются:**

=дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах;

~застой в малом круге кровообращения;

~застой в большом круге кровообращения;

~застой в малом и большом круге кровообращения.

**Проявлениями ХСН, соответствующими I функциональному классу (ФК) являются:**

~усталость, сердцебиение и/или одышка при небольшой физической нагрузке;

~отеки при физической нагрузке, превышающей обычную;

~боли в ногах при небольшой физической нагрузке;

=усталость, сердцебиение и/или одышка при физической нагрузке, превышающей обычную для пациента.

**Препаратами, рекомендованными ВНОК и ОССН для лечения ХСН из дополнительной группы являются:**

~ингибиторы АПФ;

=статины;

~диуретики;

~сартаны.

**Препаратами рекомендованными ВНОК и ОССН для лечения ХСН из вспомогательной группы являются:**

~ингибиторы АПФ;

~сартаны;

~бета-блокаторы;

=периферические вазодилататоры.

**Для увеличения выживаемости пациентов с сердечной недостаточностью при ИБС наиболее целесообразно назначение:**

~диуретика;

~сердечного гликозида;

~нитрата;

=ингибитора АПФ.

**Для лечения сердечной недостаточности необходимо учитывать:**

=ФВ;

~показатели внешнего дыхания;

~результаты тропонинового теста;

~пол пациента.

**Левожелудочковая недостаточность проявляется:**

=уменьшением сердечного выброса;

~отеками нижних конечностей;

~телеангиоэктазиями;

~гепатоспленомегалией.

**Посленагрузка для левого желудочка увеличивается при:**

=стенозе устья аорты;

~недостаточности митрального клапана;

~увеличения объема крови;

~уменьшения объема крови.

**К изменениям гемодинамики при сердечной недостаточности относят:**

=уменьшение минутного объема;

~повышение венозного давления;

~понижение венозного давления;

~венозная гиперемия.

**Преднагрузка левого желудочка увеличивается при:**

=увеличении объема крови;

~артериальной гипертензии;

~недостаточности митрального клапана;

~недостаточности аортального клапана.

**Прием сердечных гликозидов у больных ХСН противопоказан при:**

~фибрилляции предсердий;

- ~синусовой тахикардии;
- ~а-в блокаде I ст.;
- =а-в блокаде II ст.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ХСН с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ХСН.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ХСН.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ХСН.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ХСН.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов ХСН.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ХСН с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза ХСН с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ХСН с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ХСН с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** В приемный покой, бригадой скорой помощи доставлен мужчина 65 лет с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности) и в покое, в горизонтальном положении, сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя. Ухудшение сегодня ночью, когда приступ удушья не купировался.

В анамнезе: повышение артериального давления -10 лет, перенес 2 крупноочаговых инфаркта миокарда, нарушение ритма 3 года. Вышеописанные жалобы появились месяц назад после перенесенного повторного инфаркта миокарда. Стали нарастать отеки нижних конечностей, одышка, которая беспокоила вначале при физической нагрузке, затем в покое, в горизонтальном положении. Сахарный диабет в течение 5 лет.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, цианоз губ, кожные покровы бледно – серые с желтушным оттенком. В легких на фоне ослабленного дыхания средне-пузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Левая граница сердца определяется на 2 см влево от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, аритмичные, усилен 2 тон во 2 межреберье справа от грудины. ЧСС 98 в 1 мин, пульс 87 в 1 мин, АД 110/60 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, размеры печеночной тупости по Курлову 15 см, 12 см, 8 см, край печени выступает из-под реберной дуги справа на 3 см, слегка болезненный при пальпации. Отеки голеней и стоп.

Рентгенография грудной клетки: кардиоторакальный индекс 58%. Усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента в нижних отделах легких.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациент 56 лет поступил в кард. отделение с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъеме на один пролет лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

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

Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, акроцианоз. В легких в нижних отделах с обеих сторон мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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

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

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 40. Тромбоэмболия легочной артерии.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Клиника молниеносной
- Острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА
- ЭКГ при ТЭЛА
- Диагностика, дифференциальная диагностика
- Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА

Тестовый контроль:

**Самым частым симптомом при тромбоэмболии легочной артерии является:**

- ~повторное кровохарканье;
- ~эпизод потери сознания;
- =внезапная одышка;
- ~боль в левой половине грудной клетки.

**Что является самой частой причиной легочной эмболии?**

- ~тромбоз тазовых вен;
- ~тромбоз в правом предсердии;
- =тромбоз вен нижних конечностей;
- ~тромбоз вен верхних конечностей.

**Причиной кардиогенного шока является:**

- =массивная тромбоэмболия легочной артерии;
- ~обструкция верхней поллой вены;
- ~аортальный стеноз;
- ~перикардит.

**Первичный тромбоз легочной артерии возникает при:**

=тромбофлебите глубоких вен нижних конечностей;  
~заболевании сердца;  
~заболевании легких;  
~тромбозе нижней полой вены.

**Укажите ранний признак тромбоэмболии легочной артерии:**

=одышка;  
~интенсивная боль в грудной клетке;  
~остро возникающая синюшность лица;  
~тахикардия.

**При эмболии легочной артерии на ЭКГ отмечается перегрузка:**

=правых отделов сердца;  
~левых отделов сердца;  
~левого желудочка;  
~левого и правого предсердия.

**Формой эмболии легочной артерии, при которой выключено менее 45% сосудистого русла легких, является:**

=острая;  
~молниеносная;  
~подострая;  
~затяжная.

**Для тромболитической терапии при молниеносной форме ТЭЛА с развитием шока используется:**

=альтеплаза;  
~гепарин;  
~реополиглюкин;  
~фибринолизин.

**Инфаркт легкого при тромбоэмболии легочной артерии развивается спустя:**

=1-2 суток;  
~2-4 часа;  
~6-8 часов;  
~10-12 часов.

**Патологией, считающейся «болезнью прикованных к постели», является:**

=тромбоэмболия легочной артерии;  
~гипостатическая болезнь;  
~радикулит;  
~застойная сердечная недостаточность.

**Наиболее частым условием, предрасполагающим к развитию легочной эмболии, является:**

=доказанный тромбоз глубоких вен;  
~лечение нестероидными противовоспалительными препаратами;  
~ортопедическая операция в прошлом;  
~ожирение.

**Для лечения ТЭЛА применяются:**

=антикоагулянты, тромболитики;  
~сердечные гликозиды;  
~анальгетики, стероиды;  
~бронхолитики, бета2- агонисты.

**Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии являются:**

=вены нижних конечностей;  
~вены верхних конечностей;  
~правое сердце;  
~левое сердце .

**Клиническим признаком наиболее характерным для ТЭЛА является:**

=внезапно возникшая одышка при активизации больного;  
~положение ортопноэ;  
~экспираторная одышка, сопровождающаяся участием вспомогательных мышц;  
~одышка, возникшая при выходе больного на улицу в холодную погоду.

**Для ТЭЛА наиболее характерна потеря сознания:**

- =развивающаяся при резком переходе из горизонтального положения в вертикальное;
- ~сопровождается клонико-тоническими судорогами с прикусом языка;
- ~сопровождается очаговой неврологической симптоматикой;
- ~сопровождается редким ритмом на ЭКГ.

**Наиболее важным предрасполагающим фактором при определении клинической вероятности ТЭЛА является:**

- =тромбоз глубоких вен нижних конечностей в анамнезе;
- ~молодой возраст пациента;
- ~перенесенный инфаркт миокарда;
- ~употребление алкоголя.

**Провоцирующими факторами для развития ТЭЛА не является:**

- ~длительный авиаперелет;
- ~длительный постельный режим;
- =массивная кровопотеря;
- ~тромбоз поверхностных вен голени.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

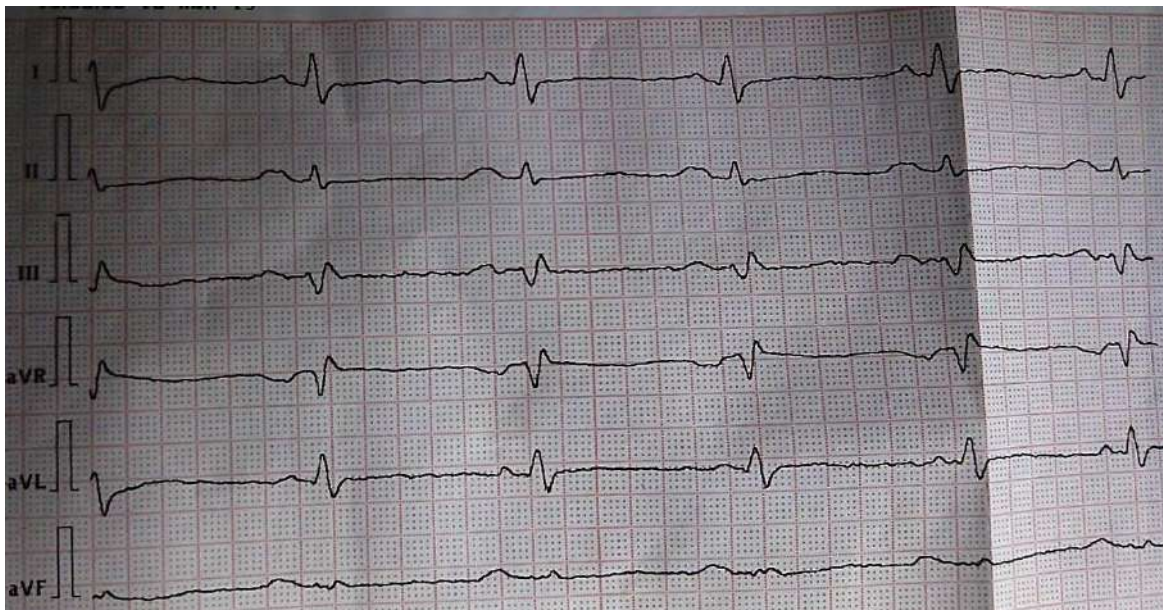
- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ТЭЛА с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ТЭЛА.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела с ТЭЛА.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ТЭЛА.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ТЭЛА.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ТЭЛА.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания с ТЭЛА.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ТЭЛА с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ТЭЛА с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ТЭЛА с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с ТЭЛА, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание ТЭЛА, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание ТЭЛА, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с ТЭЛА при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с ТЭЛА при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная 34 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи. Жалобы на внезапно возникший приступ удушья, боли в груди среди полного здоровья. В анамнезе: варикозная болезнь нижних конечностей.

Объективно: одышка в покое - 33 в минуту. Диффузный цианоз лица и верхней части туловища. Над легкими дыхание жесткое, выдох удлинен. АД - 90/70 мм. рт. ст. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Варикозное расширение вен правой голени и бедра.

На ЭКГ:



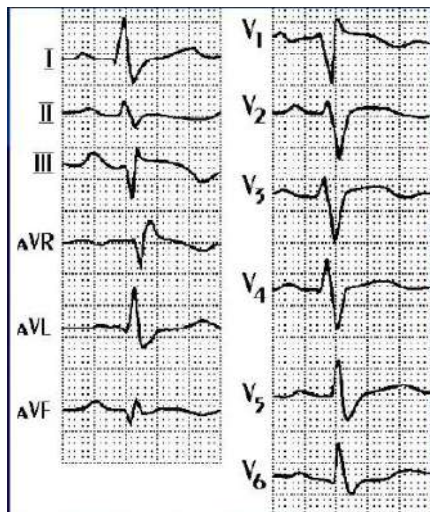
Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка 45 лет 3 день после операции холецистэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на легочной артерии.

На ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.

4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 41. Вегетососудистая дистония (нейроциркуляторная дистония).**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Лечение
- Профилактика

##### Тестовый контроль:

###### **При нейроциркуляторной дистонии отрицательной является:**

- ~гипервентиляционная проба;
- =проба с нитроглицерином;
- ~проба с обзиданом;
- ~ортостатическая проба.

###### **Для нейроциркуляторной дистонии не характерен следующий синдром:**

- ~кардиалгический;
- ~аритмический;
- =стенокардитический;
- ~гипервентиляционный.

###### **НЦД является заболеванием:**

- =функциональной природы, преимущественно психогенного или невротического происхождения;
- ~при котором повышение АД не связано с первичными повреждениями органов или систем;
- ~вызванным инфекционными, токсическими или аллергическими воздействиями;
- ~связанным с поражением клапанного аппарата сердца или пристеночного эндокарда.

###### **Проявления НЦД наблюдаются чаще всего у:**

- =молодых женщин;
- ~молодых мужчин;
- ~стариков;
- ~женщин пожилого возраста.

###### **К предрасполагающим факторам риска НЦД не относятся:**

- =инфекционные агенты;
- ~наследственно-конституциональные особенности личности;
- ~периоды гормональной перестройки организма;
- ~неблагоприятные социально-экономические условия.

###### **К фактору, вызывающую НЦД не относят:**

- ~стресс;
- ~ятрогению;
- ~гиподинамию;
- =ОРВИ.

###### **При НЦД не наблюдается:**

- ~сердцебиение;
- =высокий уровень диастолического АД;
- ~ощущение усиленных сокращений сердца, провоцируемое волнением;
- ~чувство затрудненного вдоха.

###### **При НЦД характер болей в сердце:**

- =колющий;
- ~давящий;
- ~распирающий;
- ~сжимающий.



**При НЦД наблюдается:**

- =усиленная пульсация сонных артерий;
- ~пальпаторно у верхушки сердца диастолическое дрожание;
- ~диастолический шум на верхушке сердца;
- ~пальпаторно у основания сердца систолическое дрожание.

**Со стороны дыхательной системы при НЦД выявляется:**

- =дыхательная аритмия;
- ~снижение ЖЕЛ в пределах 60-90% должной;
- ~увеличение МОД в среднем на 120-150% должной величины ;
- ~затрудненный выдох.

**Какой признак характерен для НЦД:**

- =гиперкинетический тип гемодинамики;
- ~диастолический шум на верхушке сердца;
- ~эукинетический тип гемодинамики;
- ~гипокинетический тип гемодинамики.

**При НЦД назначаются:**

- ~антибактериальные препараты;
- ~метилксантины;
- =бета-адреноблокаторы;
- ~сартаны.

**Исследование функции внешнего дыхания при НЦД обнаруживает:**

- ~уменьшение минутного объема дыхания;
- ~повышение жизненной емкости легких;
- ~снижение ПСВ;
- =снижение толерантности к физической нагрузке.

**Предрасполагающим фактором развития НЦД является:**

- ~острое респираторное заболевание;
- =нервно-эмоциональный стресс;
- ~ожирение;
- ~перегрузка поваренной солью.

**Тяжесть течения НЦД определяется следующим признаком:**

- ~длительностью болей в области сердца;
- =частотой вегетативно-сосудистых кризов;
- ~нарушением ритма дыхания;
- ~лабильностью АД.

**НЦД проявляется:**

- =головокружением;
- ~цианозом;
- ~появлением геморрагических пятен на стопах и ладонях;
- ~набуханием шейных вен.

**Для лечения НЦД не применяют:**

- ~β-адреноблокаторы;
- ~метаболики (рибоксин, препараты калия);
- =нитраты;
- ~витамины группы В.

**На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений НЦД?**

- ~санаторном;
- ~диспансерном;
- ~стационарном;
- =поликлиническом.

**Диспансерный этап реабилитации больных НЦД предполагает:**

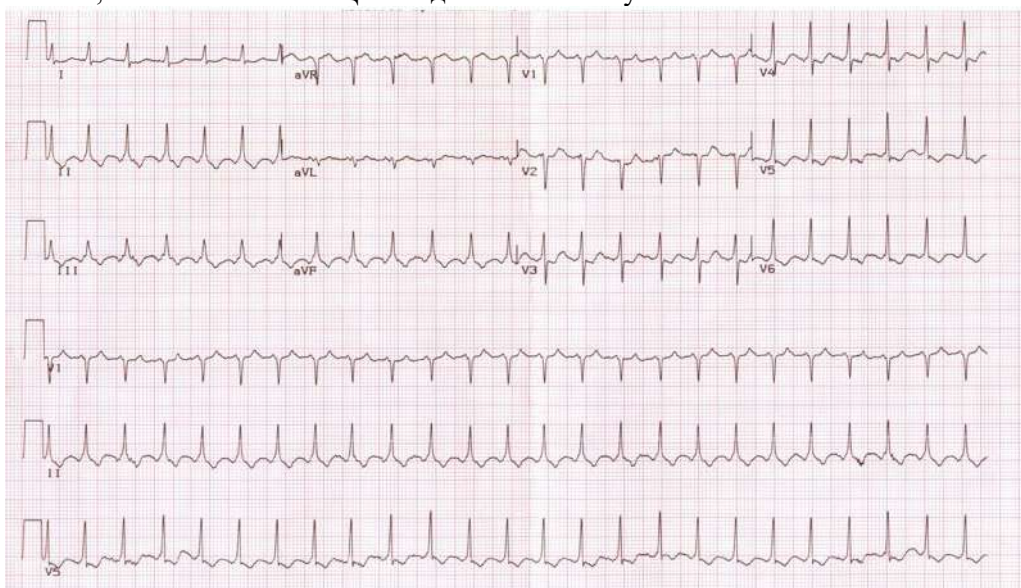
- ~устранение профессиональных вредностей;
- ~лечение хронической инфекции;
- =регулярный осмотр больных;
- ~назначение психотропных средств.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с НЦД с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с НЦД.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя, оптимизации физической активности.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с НЦД.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с НЦД.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с НЦД.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов НЦД.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики НЦД с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с НЦД с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с НЦД с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, с учетом клинической картины НЦД и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная Н., 21 год. Жалобы на приступы внезапного сильного сердцебиения, которое начинается с ощущения толчка в области сердца и воспринимается больной как «трепетание» в области сердца, сопровождается общей слабостью, тошнотой, шумом в ушах и головокружением. Приступы также внезапно прекращаются, после чего выделяется до 1,5—2л светлой мочи. Больна около недели. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания. Месячные регулярные, по 3-4 дня, через 28 дней, не обильные. Вредные привычки отрицает. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. Яремные вены набухшие, ундулируют синхронно пульсу. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный маятникообразный. ЧСС - 180 в 1 мин., пульс на лучевой артерии малый, мягкий, ритмичный, трудно поддается счету. АД — 80/20 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. На ЭКГ:



**Вопросы:**

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.

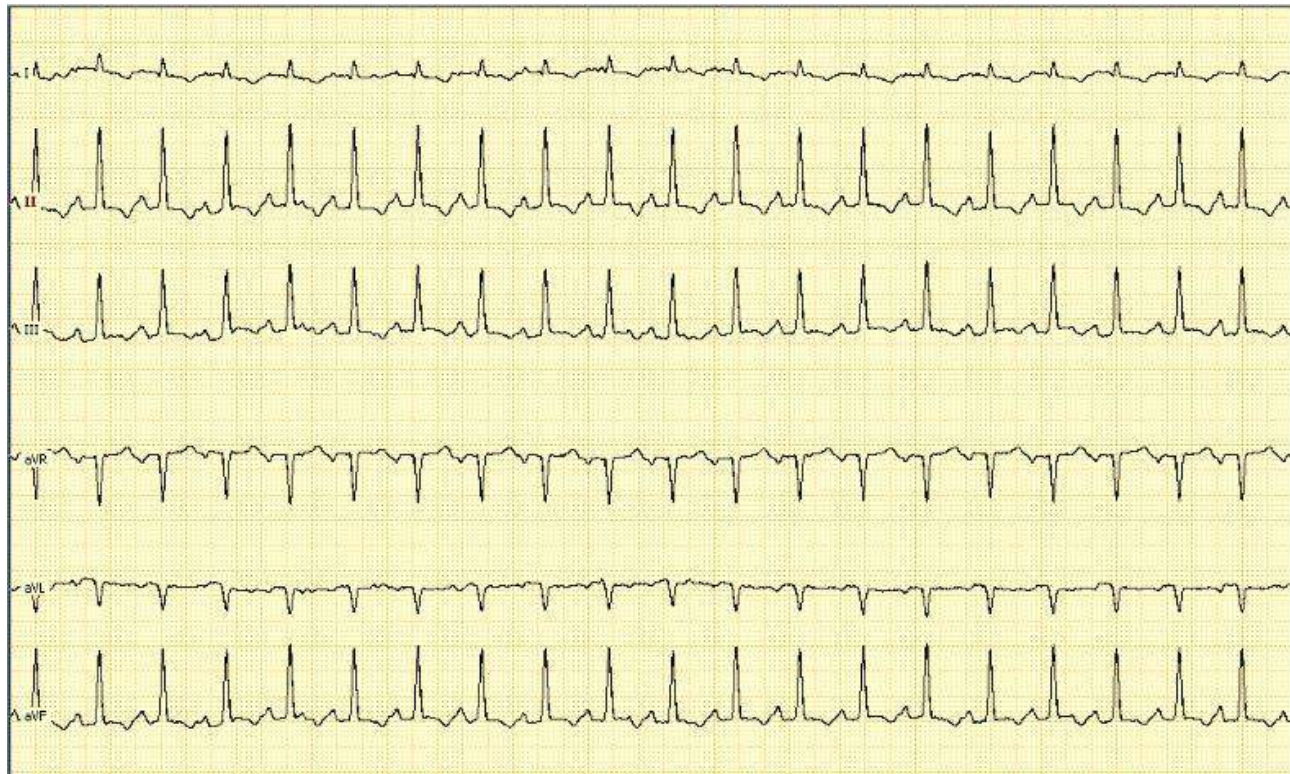
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная 25 лет, поступила в тер. отделение с жалобами на постоянное сердцебиение, чувство внутренней тревоги. Повышенную частоту пульса находили с детства. Росла и развивалась нормально, от физкультуры освобождалась. Перенесла детские инфекции, были частые ангины. Физически активна. Эмоционально лабильна. Быстро устает.

Объективно: субфебрилитет по вечерам (до 37,3). Повышенная потливость, стойкий красный дермографизм. Сердце не расширено, тоны громкие, на верхушке короткий дующий систолический шум. Пульс 120 в минуту. АД 130/70 мм.рт.ст.

На

ЭКГ: V=25мм/сек



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### ***Раздел 3. Болезни мочевыводящей системы.***

#### **Тема 42. Методы обследования больных с болезнями почек.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

- Оценка анамнестических данных.
- Клиническое обследование больного.
- Внешний осмотр больного.
- Физикальное обследование больного.
- Оценка лабораторных методов исследования.
- Биохимического анализа;
- Функционального состояния почек;

-Оценка инструментальных и аппаратных методов исследования.

Тестовый контроль:

**УЗИ-признаками пиелонефрита являются:**

- ~наличие гиперэхогенных включений в ЧЛС;
- ~утолщение паренхимы, уменьшение общей площади ЧЛС;
- =истончение паренхимы, увеличение общей площади ЧЛС;
- ~расширение пирамид.

**Для оценки функционального состояния почек целесообразно использовать:**

- ~ретроградную пиелографию;
- ~хромоцистоскопию;
- ~экскреторную урографию;
- =нефросцинтиграфию.

**Значение показателя оседания эритроцитов по Панченкову равно 2 мм в час является:**

- ~нормальным для женщин;
- =нормальным для мужчин и женщин;
- ~пониженным для мужчин;
- ~повышенным для мужчин и женщин.

**Какой метод исследования является «золотым стандартом» в диагностике стеноза почечных артерий?**

- ~определение скорости клубочковой фильтрации;
- ~дуплексное УЗИ почечных артерий;
- ~определение активности ренина плазмы крови;
- =брюшная ангиография.

**Какая проба позволяет выявить снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите?**

- ~проба по Нечипоренко;
- ~проба Зимницкого;
- =проба Реберга-Тареева;
- ~проба Аддиса-Каковского

**Снижение клубочковой фильтрации при хронического гломерулонефрите выявляет проба:**

- ~по Нечипоренко;
- =Зимницкого;
- ~Аддиса- Каковского;
- ~Амбюрже.

**Выявить снижение клубочковой фильтрации при ХГН позволяет проба:**

- ~по Нечипоренко;
- ~по Зимницкому;
- =Реберга-Тареева;
- ~Аддиса- Каковского.

**Признаки, позволяющие отличить хр. гломерулонефрит от острого?**

- ~наличие дизурических явлений;
- =уменьшение размеров почек;
- ~выраженная лейкоцитурия;
- ~снижение артериального давления.

**Признаки, отличающие хр. гломерулонефрит от хр. пиелонефрита?**

- ~лихорадка с ознобом;
- ~асимметрия поражения почек;
- =высокая протеинурия, гематурия, цилиндрурия;
- ~высокая лейкоцитурия, бактериурия.

**Признаки ХГН, отличающие его от ГБ?**

- ~повышение АД перед мочевым синдромом;
- =мочевой синдром перед повышением АД;
- ~частые сосудистые осложнения (инсульт, инфаркт);
- ~выраженные изменения глазного дна.

**Признаки, отличающие нефротический вариант гломерулонефрита от сердечных отеков:**

- ~увеличение печени;

=суточная протеинурия более 3 граммов;

~холодные отеки;

~локализация отеков на нижних конечностях.

**Признаками, позволяющими отличить рак почки от гематурического хр. Гломерулонефрита является:**

~гипотония;

~селективная протеинурия;

~низкий удельный вес мочи;

=тотальная безболевая гематурия с лихорадкой.

**К ассоциированным сердечно-сосудистым или почечным заболеваниям при артериальной гипертензии относят:**

=ХБП с рСКФ < 30мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> или протеинурию > 300 мг в сутки;

~ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе;

~микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34 мг/ммоль);

~скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9.

**С целью унификации подходов к диагностике хронической болезни почек рекомендуется оценивать СКФ по:**

~формуле Кокрофта-Голта;

~формуле МДРД;

~пробе Реберга-Тареева;

=по методу СКД-ЕРІ.

**Нормальным уровнем альбуминурии считается мочевая экскреция альбумина \_\_\_ мг/сут.:**

~> 30;

~20;

~15;

=10.

**Исследование экскреции альбумина с мочой следует проводить при уровне протеинурии:**

~2 г/сутки;

~1 г/сутки;

~0,5 г/сутки;

=< 0,5 г/сутки.

**Для нефротического синдрома характерны:**

~гиперлипидемия и гипербилирубинемия;

~гиперфибриногенемия и гиперферментемия;

~гиперпротеинемия и диспротеинемия;

=гипопротеинемия и гиперлипидемия.

**Стадию альбуминурии/протеинурии определяют как «незначительно повышенную» при наличии отношения альбумин/креатинин (в мг/г):**

~300 – 1999;

~≥ 2000;

~30 – 299;

=10-29.

**Анемия при нефротическом синдроме чаще всего бывает:**

~нормохромной, дисгемопоэтической, арегенераторной;

~нормохромной, гемолитической, гиперрегенераторной;

~макроцитарной, гиперхромной, норморегенераторной;

=микроцитарной, гипохромной, железорезистентной.

**Хроническую болезнь почек диагностируют у пациентов с признаками повреждения почек или снижения их функции в течение (в месяцах):**

~≥6;

~≥16;

~≥12;

=≥3.

**Для пиелонефрита характерна:**

~выраженная протеинурия и гематурия;

~протеинурия и отложение IgA в мезангиуме;

=лейкоцитурия и бактериурия;



~гематурия и отложение IgG.

**Наиболее ранним признаком пиелонефрита является:**

- ~олигурия;
- =лейкоцитурия;
- ~полиурия;
- ~гематурия.

**При неблагоприятном течении пиелонефрита наблюдается:**

- ~отек легких;
- =снижение клубочковой фильтрации и гиперазотемия;
- ~гипергидратация;
- ~уремический перикардит.

**При остром пиелонефрите наблюдается:**

- =лейкоцитурия. бактериурия;
- ~артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
- ~отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;
- ~отеки нижних конечностей.

**УЗИ-признаками пиелонефрита являются:**

- ~наличие гиперэхогенных включений в ЧЛС;
- ~утолщение паренхимы, уменьшение общей площади ЧЛС;
- =истончение паренхимы, увеличение общей площади ЧЛС;
- ~расширение пирамид.

**Р-логическими признаками пиелонефрита являются:**

- ~асимметричное поражение клубочков;
- ~симметричное поражение клубочков;
- =отек и инфильтрация стенок ЧЛС;
- ~поражение канальцев.

**Как называется учащенное мочеиспускание?**

- =поллакизурия;
- ~странгурия;
- ~ишурия;
- ~анурия;

**Как называется болезненное мочеиспускание?**

- ~поллакизурия;
- =странгурия;
- ~ишурия;
- ~полиурия.

**При пиелонефрите достоверное диагностическое значение имеет:**

- ~учащенное, болезненное мочеиспускание;
- ~боли в поясничной области;
- ~лихорадка;
- =бактериурия.

**Для оценки функционального состояния почек целесообразно использовать:**

- ~экскреторную урографию;
- ~хромоцистоскопию;
- =нефросцинтиграфию;
- ~ретроградную пиелографию.

**Наиболее ранним признаком хронической почечной недостаточности является:**

- ~азотемия;
- ~гиперкальциемия;
- =никтурия;
- ~метаболический ацидоз.

**Характерными для нефротического синдрома изменениями в анализах мочи являются:**

- ~белок в незначительном количестве, гемоглобинурия, эритроцитурия;
- ~бактериурия, кетоновые тела, отсутствие эпителиальных клеток;
- ~урикозурия, кристаллы уратов и оксалатов, реакция мочи кислая;
- =протеинурия, цилиндрурия, повышение удельной плотности мочи.

**Значение показателя оседания эритроцитов по Панченкову равно 2 мм в час является:**

- ~нормальным для женщин;
- =нормальным для мужчин и женщин;
- ~пониженным для мужчин;
- ~повышенным для мужчин и женщин.

**Точным методом диагностики вазоренальной гипертонии является:**

- ~сцинтиграфия почек;
- ~УЗИ почек;
- ~компьютерная томография почек;
- =почечная ангиография.

**При исследовании в режиме цветного доплеровского сканирования кровотоков от датчика принято картировать \_\_\_\_\_ цветом:**

- ~зеленым;
- ~фиолетовым;
- =синим;
- ~красным.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Интерпретация и анализа результатов мочи по Нечипоренко.
- ✓ Интерпретация и анализа результатов мочи по Зимницкому.
- ✓ Интерпретация и анализа результатов пробы Реберга.
- ✓ Интерпретация и анализа результатов общего анализа мочи.
- ✓ Интерпретация и анализа результатов мочи на микробное число.
- ✓ Интерпретация УЗИ почек при пиелонефрите.
- ✓ Интерпретация УЗИ почек при гломерулонефрите.
- ✓ Интерпретация почечной ангиографии.
- ✓ Интерпретация в/в урографии.
- ✓ Интерпретация обзорной R-графии почек.
- ✓ Техника сбора анализа мочи по Нечипоренко, Зимницкого, пробы Реберга.
- ✓ Техника определения СКФ.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания мочевыделительной системы.
- ✓ помощи.

### **Тема 43. Острый и хронический гломерулонефрит.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Патоморфология.
- Клинические типы и варианты течения,
- Осложнения острого и хронического гломерулонефритов.
- Дифференциальная диагностика.
- Лечение острого и хронического гломерулонефритов и их осложнений.
- Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

Тестовый контроль:

**Дайте описание «Facies nephritica»:**

- ~лицо одутловатое, цианотичное, отмечаются резкое набухание вен шеи, выраженный цианоз и отек шеи;
- ~отмечается выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек;
- ~лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного профузного пота;
- =лицо одутловатое, бледное, отеки под глазами, веки набухшие, глазные щели узкие.

**Острому гломерулонефриту подвержены лица:**

- ~до 2 лет;
- =с 2-летнего возраста и до 40 лет;
- ~климактерического периода;

~постменопаузального периода.

**При остром гломерулонефрите глюкокортикоиды показаны при наличии:**

~отеков;

=нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии;

~артериальной гипертонии;

~макрогематурии.

**При остром гломерулонефрите показано:**

=ограничение хлорида натрия 1,5 г/сутки;

~увеличение потребления хлорида натрия;

~увеличение количества потребляемой жидкости;

~повышение потребления  $K^+$  - содержащих продуктов.

**Признаки ХГН, отличающие его от ГБ?**

~повышение АД перед мочевым синдромом;

=мочевой синдром перед повышением АД;

~частые сосудистые осложнения (инсульт, инфаркт);

~выраженные изменения глазного дна.

**Для гломерулонефрита характерна:**

~лихорадочная протеинурия;

~ортостатическая протеинурия;

~протеинурия напряжения;

=клубочковая протеинурия.

**Наиболее характерным для острого гломерулонефрита считается появление в анализах мочи:**

~лейкоцитурии;

=протеинурии;

~гипостенурии;

~бактериурии.

**Наиболее быстрое прогрессирование гломерулонефрита наблюдается при:**

~артериальной гипертонии;

~нефротическом синдроме;

=смешанном нефрите;

~наличии макрогематурии.

**Основным этиологическим фактором острого гломерулонефрита является:**

~стафилококк;

~клебсиелла;

=бета-гемолитический стрептококк группы А;

~синегнойная палочка.

**Наиболее частым клиническим вариантом хронического гломерулонефрита является:**

~нефротический;

=латентный;

~гематурический;

~смешанный.

**Признаки, отличающие нефротический вариант гломерулонефрита от сердечных отеков:**

~увеличение печени;

=суточная протеинурия более 3 граммов;

~холодные отеки;

~локализация отеков на нижних конечностях.

**Признаками, позволяющими отличить рак почки от гематурического хр. Гломерулонефрита является:**

~гипотония;

~селективная протеинурия;

~низкий удельный вес мочи;

=тотальная безболевая гематурия с лихорадкой.

**Какие препараты входят в состав четырехкомпонентной схемы, применяемой при лечении больных хроническим гломерулонефритом?**

=гепарин, курантил, кортикостероиды, цитостатики.

~ курантил, кортикостероиды, цитостатики, индометацин;

~ гепарин, кортикостероиды, цитостатики, индометацин;



~ гепарин, курантил, кортикостероиды, индометацин.

**Показания к назначению кортикостероидов при хр. гломерулонефрите:**

=высокая активность процесса;

~изолированная протеинурия;

~изолированная гематурия;

~гипертонический синдром.

**При каком морфологическом варианте хронического гломерулонефрита наиболее показаны кортикостероиды?**

~фибропластическом;

~фокальном сегментарном гломерулосклерозе;

~мембранозном;

= минимальных изменениях клубочков.

**Показания к назначению цитостатиков при хр. гломерулонефрите:**

=нефротический синдром (стероидорезистентные формы);

~выраженная гематурия;

~изолированная протеинурия;

~терминальная почечная недостаточность.

**Какая протеинурия характерна для хронического гломерулонефрита?**

=гломерулярная;

~тубулярная;

~протеинурия переполнения;

~!протеинурия напряжения.

**Какой вариант хронического гломерулонефрита может не сопровождаться обязательным развитием хронической почечной недостаточности?**

~латентный;

=гематурический;

~гипертонический;

~смешанный.

**Какая проба позволяет выявить снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите?**

~проба по Нечипоренко;

~проба Зимницкого;

=проба Реберга-Тареева;

~проба Аддиса-Каковского.

**Какие осложнения характерны для нефротической формы хронического гломерулонефрита?**

~пионефроз;

~некроз почечных сосочков;

=острая сердечная недостаточность;

~полиартрит.

**Какой из клинических вариантов хронического гломерулонефрита является самым частым?**

~гематурический;

=латентный;

~нефротический;

~гипертонический.

**При неактивном нефротическом типе хр. гломерулонефрита:**

~нет эритроцитурии;

=гематурия разной выраженности;

~стойкая высокая артериальная гипертензия;

~нет протеинурии.

**Наиболее прогностически благоприятные типы хр. гломерулонефрита:**

=нефротический;

~нефротически-гипертонический;

~максимально активный нефритический;

~активный нефритический.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с гломерулонефритом учетом факторов риска.

- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с гломерулонефритом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с гломерулонефритом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с гломерулонефритом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с гломерулонефритом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов гломерулонефрита.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза гломерулонефрита и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики гломерулонефрита с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза гломерулонефрита с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с гломерулонефритом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с гломерулонефритом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с гломерулонефритом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Молодой человек 22 лет, студент, поступил в стационар с жалобами на тянущие боли в поясничной области, с двух сторон, отеки век, изменение цвета мочи, снижение диуреза. В анамнезе: две недели назад перенес ангину. Курит около 5 лет по 10-12 сигарет в сутки. Родители здоровы.

Объективно: кожные покровы бледные. Отмечаются небольшие отеки лица, нижних конечностей (стопы и голени). Аускультативно в легких дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, выслушивается акцент II тона над аортой. ЧСС - 68 уд. в минуту, АД (d=s) - 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания в проекции почек слабо положительный с двух сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез снижен (700 мл в сутки).

Обследование: общий анализ крови – лейкоциты -  $5,6 \cdot 10^9$ /л; эритроциты -  $4,91 \cdot 10^{12}$ /л; гемоглобин - 122 г/л; тромбоциты -  $201 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 7%; сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 26%; моноциты - 2%; СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - «мясных помоев»; относительная плотность - 1028; белок - 1,066 г/л; эритроциты - 10-12; лейкоциты - 7-8 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 6000; лейкоциты – 3000.

Биохимия крови: креатинин - 102 мкмоль/л; мочевины - 7,9 ммоль/л; антистрептолизин О - 625 ЕД.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная М., 26 лет, часто страдает простудными заболеваниями. 3 года назад при диспансеризации обнаружена протеинурия 1.5 г/л, периодически, в утренние часы на лице появлялись отеки, однако полного обследования и лечения не проводилось. На фоне очередного простудного заболевания появились отеки, вначале на лице, затем массивные отеки всего тела, одышка, жажда, резкое снижение суточного диуреза до 560 мл в сутки. Моча на вид мутная.

Объективно: Состояние средней тяжести. Массивные тестоватые отеки всего тела. Кожные покровы бледные, на передней брюшной стенке и бедрах – мигрирующие рожеподобные эритемы. Границы

относительной сердечной тупости - расширение с обеих сторон. Укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания с обеих сторон с уровня 5-6 ребра. АД=90\60 мм рт. ст., Ps=52 в', ритмичный. Тоны сердца ритмичные, глухие.

ОАМ: ОПМ – 1030, белок -10,6 г\л, лейкоциты 6-8 в п.зр., эритроциты 12- 14 в п.зр., цилиндры гиалиновые 3-5 в п.зр., восковидные 2-4 в п.зр., кристаллы холестерина. Бактерий нет.

ОАК: эритроциты  $3,28 \cdot 10^{12}$ \л, ц.п.0,7, Сывороточное железо=9мкмоль\л,

Эритроциты- микроциты, гипохромные.

Общий белок крови – 46 г\л, альбумины-22 г\л, холестерин-10.9 ммоль\л, мочевины – 5.8 ммоль\л, креатинин – 92 мкмоль\л, натрий 160 ммоль\л., фибриноген – 6.7 г\л, ПТИ – 118%, глюкоза крови - 4,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 44. Острый и хронический пиелонефрит.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология и патогенез острых и хронических пиелонефритов,
- Классификация, клиника и варианты течения.
- Особенности течения у подростков, беременных, пожилых;
- Диагноз и дифференциальный диагноз,
- Осложнения,
- Лечение,
- Профилактика,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Наиболее ранним признаком пиелонефрита является:**

- ~олигурия;
- =лейкоцитурия;
- ~полиурия;
- ~гематурия.

**При неблагоприятном течении пиелонефрита наблюдается:**

- ~отек легких;
- =снижение клубочковой фильтрации и гиперазотемия;
- ~гипергидратация;
- ~уремический перикардит.

**У молодых женщин пиелонефрит часто наблюдается при:**

- ~дерматомиозите;
- ~системной красной волчанке;
- ~системной склеродермии;
- =беременности.

**При остром пиелонефрите наблюдается:**

- =лейкоцитурия. бактериурия;
- ~артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
- ~отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;
- ~отеки нижних конечностей.

**Особенностью диеты при пиелонефрите является:**

- =ограничение приема поваренной соли до 4-5 г/сут;
- ~калорийность пищи 1500, животный белок до 40.0 в сутки;
- ~увеличение потребления белка;
- ~увеличение потребления жиров;

**R-логическими признаками пиелонефрита являются:**

- ~асимметричное поражение клубочков;
- ~симметричное поражение клубочков;
- =отек и инфильтрация стенок ЧЛС;
- ~поражение канальцев.

**Как называется учащенное мочеиспускание?**

- =поллакизурия;
- ~странгурия;
- ~ишурия;
- ~анурия;

**Показана ли какая-либо терапия при хроническом пиелонефрите в период ремиссии?**

- ~показана при возникновении интеркуррентных инфекций;
- ~два раза в год в осенне-зимний период;
- =на протяжении 6-12 месяцев регулярные короткие курсы антибактериальной терапии, в промежутках фитотерапия;
- ~первые 3 месяца эпизодический приём антибактериального препарата, к которому чувствительна флора.

**Диспансерное наблюдение после острого пиелонефрита осуществляется 1 раз в: {**

- ~месяц в течение года;
- ~три недели в первые два месяца;
- =две недели в первые два месяца, а затем 1 раз в один-два месяца в течение года;
- ~неделю в первые два месяца, а затем 1 раз в три месяца в течение года.

**При пиелонефрите в осадке мочи чаще встречаются цилиндры:**

- ~восковидные;
- ~жироперерожденные;
- ~эпителиальные;
- =гиалиновые.

**Признаки, отличающие хр. гломерулонефрит от хр. пиелонефрита?**

- ~лихорадка с ознобом;
- ~асимметрия поражения почек;
- =высокая протеинурия, гематурия, цилиндрурия;
- ~высокая лейкоцитурия, бактериурия.

**Верно утверждение, что:**

- ~начало острого гломерулонефрита возможно без повышения артериального давления и отеков ;
- ~исход эклампсии при остром гломерулонефрите благоприятный;
- =для больных с острым пиелонефритом характерна лейкоцитурия;
- ~уровень комплемента сыворотки при остром гломерулонефрите высокий.

**Возбудителем пиелонефрита чаще всего является:**

- ~золотистый стафилококк;
- =энтеробактерия;
- ~смешанная флора;
- ~синегнойная палочка.

**К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям пиелонефрита относят:**

- ~частые рецидивы нефротического синдрома;
- ~сочетание нефротического и гипертензивного синдромов;
- ~сочетание протеинурии с гематурией;
- =наличие белка в моче.

**Для пиелонефрита характерна:**

- ~выраженная протеинурия и гематурия;
- ~протеинурия и отложение IgA в мезангиуме;
- =лейкоцитурия и бактериурия;
- ~гематурия и отложение IgG.

**Наиболее быстрое прогрессирование пиелонефрита наблюдается при:**

- ~макрогематурии;
- ~артериальной гипертензии;
- ~сочетании протеинурии с гематурией;
- =сочетании разных видов бактерий в моче.

**Для лечения артериальной гипертензии при пиелонефрите следует выбрать следующую группу гипотензивных препаратов:**

- ~тиазидовый диуретик и  $\beta$ -адреноблокатор;
- ~фуросемид в сочетании с  $\beta$ -адреноблокатором;
- =ингибитор АПФ в сочетании антагонистом кальция;
- ~клофелин, верошпирон.

**Гипокалиемию не наблюдается при:**

- ~первичном гиперальдостеронизме;
- ~реноваскулярной гипертензии;
- ~ренинсекретирующей опухоли;
- =пиелонефрите.

**Нефротический синдром не бывает при:**

- =пиелонефрите;
- ~амилоидозе;
- ~системной красной волчанке;
- ~тромбозе почечных артерий.

**При неблагоприятном течении пиелонефрита наблюдается:**

- ~отек легких;
- =снижение клубочковой фильтрации и гиперазотемия;
- ~гипергидратация;
- ~уремический перикардит.

**Особенностью диеты при пиелонефрите является:**

- =ограничение приема поваренной соли до 4-5 г/сут;
- ~калорийность пищи 1500, животный белок до 40.0 в сутки;
- ~увеличение потребления белка;
- ~увеличение потребления жиров;

**УЗИ-признаками пиелонефрита являются:**

- ~наличие гиперэхогенных включений в ЧЛС;
- ~утолщение паренхимы, уменьшение общей площади ЧЛС;
- =истончение паренхимы, увеличение общей площади ЧЛС;
- ~расширение пирамид.

**Как называется болезненное мочеиспускание?**

- ~поллакизурия;
- =странгурия;
- ~ишурия;
- ~полиурия.

**При пиелонефрите достоверное диагностическое значение имеет:**

- ~учащенное, болезненное мочеиспускание;
- ~боли в поясничной области;
- ~лихорадка;
- =бактериурия.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с пиелонефритом учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с пиелонефритом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с пиелонефритом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с пиелонефритом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с пиелонефритом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов пиелонефрита.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.

- ✓ Проведение дифференциальной диагностики пиелонефрита с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза пиелонефрита с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного пиелонефритом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с пиелонефритом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с пиелонефритом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Молодая женщина 36 лет, учитель, обратилась в поликлинику с жалобами на болезненное, частое мочеиспускание, умеренные боли в поясничной области, повышение температуры тела до 36,9 градусов. Заболела 3 дня назад после переохлаждения.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, чистые. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 112 в минуту. АД (d=s) - 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10×9×8 см, почки не пальпируются. Симптом поколачивания в проекции почек положительный с двух сторон. Мочеиспускание учащено. При осмотре в приемном покое - моча мутная.

Обследование: общий анализ крови: лейкоциты -  $10,2 \cdot 10^9/\text{л}$ ; эритроциты -  $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ; гемоглобин - 120 г/л; палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 1%, моноциты - 4%, СОЭ - 38 мм/час. Общий анализ мочи: реакция щелочная; мутная; относительная плотность - 1015; белок - 0,33 г/л; эпителий - 10-20; лейкоциты - 40-50; эритроциты - 1-2 в поле зрения; бактерии +++. Общий белок – 78 г/л; креатинин - 88 мкмоль/л; мочевины - 6 ммоль/л,

УЗИ почек: Правая почка расположена обычно, 104×50мм, контуры четкие, ровные. Паренхима структурна. ЧЛС: чашечки расширены до 10 мм. Верхняя треть мочеточника не расширена, надпочечник не визуализируется. Паранефральная клетчатка не изменена. Левая почка расположена обычно, 104×50мм, контуры четкие, ровные. Паренхима структурна. ЧЛС: чашечки расширены до 11 мм. Верхняя треть мочеточника не расширена, надпочечник не визуализируется. Паранефральная клетчатка не изменена

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Мужчина 54 лет, инженер, при диспансерном осмотре предъявляет жалобы на ощущение дискомфорта и тяжести в пояснице.

Анамнез: страдает сахарным диабетом в течение 7 лет, принимает 2 таблетки диабетона в сутки. За последние 5 лет дважды лечился по поводу «инфекции мочевых путей» (со слов больного). Вес стабильный. Настоящее ухудшение в течение 8 дней.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 173 см, вес 76 кг. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,8°C. Отеков нет. Легкие: дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧД 18 в мин. Сердце: тоны ясные, ритмичные, ЧСС 76 в минуту. АД d=s 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, размеры по Курлову 12 x 10 x 8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания в области поясницы слабоположительный слева.

Обследование: анализ крови: Эритроциты  $4,2 \times 10^{12}$  в 12 Нб 122 г/л, лейкоциты  $7,6 \times 10^9/\text{л}$ , п-6%, с-72%, л-18%, м- 4%. СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, реакция щелочная, белок- 0,33 г/л, лейкоцитов 15-20 в поле зрения. При бактериологическом исследовании мочи выявлен энтерококк, концентрация микробных тел  $10^5$  в 1 мл. Биохимический анализ крови: глюкоза натощак 6,5 ммоль/л, мочевины сыворотки крови 7,8 ммоль/л, креатинин 110 мкмоль/л.

Инструментальное обследование:



Осмотр глазного дна. ДЗН – бледно-розовые, границы четкие. Артерии сетчатки сужены.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 45. Цистит, острый и хронический.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология и патогенез острых и хронических циститов,
- Классификация,
- Клиника.
- Особенности течения у подростков, беременных, пожилых;
- Диагноз и дифференциальный диагноз,
- Осложнения,
- Лечение,
- Профилактика,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Как называется болезненное мочеиспускание?**

- ~поллакизурия;
- =странгурия;
- ~ишурия;
- ~полиурия.

**Больным хроническим циститом показаны:**

- ~«сухие» углекислые ванны;

- =хлоридные натриевые ванны;
- ~скипидарные ванны;
- ~сульфидные ванны.

**Больным хроническим циститом показаны:**

- ~скипидарные ванны;
- ~«сухие» углекислые ванны;
- =хлоридные натриевые ванны;
- ~сульфидные ванны.

**Основной путь проникновения инфекции в мочевыводящие пути**

- ~вертикальный;
- ~воздушно-капельный;
- =восходящий;
- ~трансмиссивный.

**Бессимптомная бактериурия - это**

- ~иммунологическое заболевание;
- ~клинико-лабораторные признаки заболевания мочевой системы, сопровождающиеся обнаружением бактерий в моче;
- =обнаружение бактерий в моче 10<sup>5</sup> КОЕ в 1 мл или бактериурия при микроскопии без клинико-лабораторных признаков заболевания мочевой системы;
- ~специфические воспалительные изменения ткани почки.

**В каком случае может быть установлен диагноз бессимптомная бактериурия у женщин?**

- ~при выделении одного и того же штамма бактерий в количестве  $\geq 10^3$  КОЕ/мл не менее чем в двух образцах средней порции мочи, последовательно собранных в асептических условиях с промежутком более 24 часов;
- =при выделении одного и того же штамма бактерий в количестве  $\geq 10^5$  КОЕ/мл не менее чем в двух образцах средней порции мочи, последовательно собранных в асептических условиях с промежутком более 24 часов;
- ~при однократном выделении бактериального штамма в количестве  $< 10^3$  КОЕ/мл;
- ~при однократном выделении бактериального штамма в количестве  $\geq 10^3$  КОЕ/мл.

**В каком случае может быть установлен диагноз бессимптомная бактериурия у мужчин?**

- ~при выделении одного и того же штамма бактерий в количестве  $\geq 10^3$  КОЕ/мл не менее чем в двух образцах средней порции мочи, последовательно собранных в асептических условиях с промежутком более 24 часов;
- ~при выделении одного и того же штамма бактерий в количестве  $\geq 10^5$  КОЕ/мл не менее чем в двух образцах средней порции мочи, последовательно собранных в асептических условиях с промежутком более 24 часов;
- ~при однократном выделении бактериального штамма в количестве  $< 10^3$  КОЕ/мл;
- =при однократном выделении бактериального штамма в количестве  $\geq 10^3$  КОЕ/мл.

**Инфекции мочевыводящих путей чаще протекают на фоне:**

- =врожденной аномалии развития;
- =доброкачественной гиперплазии предстательной железы;
- ~опухоли яичка;
- =сахарного диабета.

**К какому типу локализации инфекции мочевыводящих путей относится цистит?**

- ~инфекции верхних мочевых путей;
- ~инфекции мужских половых органов;
- =инфекции нижних мочевых путей;
- ~инфекции средних мочевых путей.

**Какая из жалоб является основным клиническим проявлением цистита?**

- ~лихорадка;
- ~острая задержка мочи;
- ~тахикардия;
- =учащенное болезненное мочеиспускание.

**Какие методы инструментальной диагностики инфекций мочевыводящих путей используют при беременности?**

- ~компьютерная томография;
- =магнитно-резонансная томография;



~обзорная рентгенография;  
=ультразвуковое исследование.

**Какие симптомы характерны для рака мочевого пузыря?**

=боль в надлобковой области;  
~боль в правой поясничной области с иррадиацией;  
=гематурия;  
=ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря;  
5) прерывистое мочеиспускание.

**Какова величина уровня бактериурии для диагностики инфекции мочевыводящих путей?**

~10<sup>2</sup> КОЕ/мл мочи;  
=10<sup>3</sup> КОЕ/мл мочи;  
~10<sup>4</sup> КОЕ/мл мочи;  
~10<sup>5</sup> КОЕ/мл мочи.

**Какова пороговая величина числа микроорганизмов в моче для обнаружения бактериурии?**

=10<sup>2</sup> КОЕ/мл мочи;  
~10<sup>3</sup> КОЕ/мл мочи;  
~10<sup>4</sup> КОЕ/мл мочи;  
~10<sup>5</sup> КОЕ/мл мочи.

**Какое количество лейкоцитов в общем анализе мочи является допустимой нормой?**

=до 3-4 лейкоцита в поле зрения;  
~до 4-5 лейкоцита в поле зрения;  
~до 6-7 лейкоцита в поле зрения;  
~ до 8-9 лейкоцита в поле зрения.

**Лейкоцитурией называется состояние, когда допустимое количество лейкоцитов в 1 мл средней порции мочи:**

~более 10 тыс.;  
~более 2 тыс.;  
=более 4 тыс.;  
~более 8 тыс..

**Какие эпизоды принято выделять в течении хронической инфекции мочевыводящих путей?**

~новая инфекция;  
=обострение;  
~первый эпизод;  
=ремиссия;  
~рецидив.

**Основной путь проникновения инфекции в мочевыводящие пути**

~вертикальный;  
~воздушно-капельный;  
=восходящий;  
~трансмиссивный.

**Основным возбудителем неосложненной инфекции мочевыводящих путей является**

=*E. coli*;  
~*Enterococcus* spp.;  
~*S. aureus*;  
~*S. pneumoniae*.

**Основными показаниями для бактериологического исследования мочи при инфекциях мочевыводящих путей являются:**

=острый цистит и острый пиелонефрит у беременных;+  
~отсутствие эффекта от эмпирической антимикробной терапии через 3 дня от начала лечения;  
=отсутствие эффекта от эмпирической антимикробной терапии через 7 дней от начала лечения;  
~сахарный диабет в анамнезе.

**Рецидив инфекций мочевыводящих путей - это развитие симптомов**

=в течение 3-х месяцев после выздоровления;  
~через 12 месяцев после выздоровления;  
~через 2 года после выздоровления.

**Факторы риска развития осложненной инфекции мочевыводящих путей:**

=наличие постоянного катетера в мочевом пузыре;  
~обструкция семявыводящих путей;  
=объем остаточной мочи больше 100 мл;  
=пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

**Факторы риска тяжелого исхода для инфекции мочевыводящих путей:**

~использование контрацептивных средств;  
~компенсированный сахарный диабет;  
=поликистозная болезнь почек;  
=почечная недостаточность.

**Цистит - это**

=воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря;  
~воспаление слизистой уретры;  
~доброкачественное образование, выступающее над слизистой в просвет мочевого пузыря;  
~мешковидное выпячивание стенки мочевого пузыря.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с циститом учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с циститом.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с циститом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с циститом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с циститом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов цистита.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики цистита с другими заболеваниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с циститом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с циститом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.
- ✓ Назначение медицинских изделий.
- ✓ Проведение лечебных процедур и манипуляций... по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** На прием обратилась женщина, 43 лет, работающая в условиях частых изменений температуры, в помещении сквозняк. Кроме того, на предприятии не созданы необходимые условия санитарно-гигиенического характера для женщин; общественный туалет- во дворе.

Жалобы: частое и болезненное мочеиспускание, резь в конце мочеиспускания, боль в низу живота, постоянного, тупого характера. Больная обратила внимание, что в последних каплях мочи имеется примесь крови. Заболела сутки назад.

*Объективно:* состояние удовлетворительное, температура тела 37<sup>0</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Пульс 76 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст., язык чистый, влажный. Живот мягкий, при глубокой пальпации усиливается тупая боль над симфизом и появляется императивный позыв к мочеиспусканию. При перкуссии тимпанический звук в низу живота. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.

5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** К участковому врачу обратилась девушка, 20 лет. Жалобы на резко болезненное, частое мочеиспускание (позывы каждые полчаса), тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до  $37,5^{\circ}$ . Заболела остро, накануне было переохлаждение. ОРЗ переносит до 4-х раз в год, за последний год отмечала периоды учащенного мочеиспускания и тянущих болей над лоном. Эти явления связывала с началом интимных отношений, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре физическое развитие среднее, кожа чистая. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Над легкими дыхание везикулярное. ЧСС 65 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации над лоном. Симптом XII ребра положительный справа. Моча, принесенная для анализа, мутная, с хлопьями.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 46. Нефротический синдром.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Морфология,
- Клиника,
- Варианты течения,
- Осложнения,
- Диагностика,
- Дифференциальная диагностика,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Для нефротического синдрома наиболее характерно сочетание:**

- =отечного синдрома, протеинурии, диспротеинемии;
- ~артериальной гипертонии, протеинурии, лейкоцитурии;
- ~артериальной гипертонии, отечного синдрома, гематурии;
- ~лихорадочного синдрома, диспротеинемии, лейкоцитурии.

**Для ранней диагностики диабетической нефропатии наиболее информативным диагностическим признаком является:**

- ~лейкоцитурия;
- ~макрогематурия;
- =альбуминурия;
- ~микрогематурия.

**Диагностическими критериями нефротического синдрома являются:**

- =протеинурия более 3,5 г/сутки;
- ~гипергаммаглобулинемия;
- ~гипер-альфа2-глобулинемия;
- ~протеинурия более 5,0 г/сутки.

**Какой вариант является наиболее частым проявлением рецидивирующего нефротического синдрома при хроническом гломерулонефрите?**

- ~минимальные изменения клубочков;
- ~мезангиопролиферативный;
- ~мембранозный;

=мезангиокапиллярный.

**Для нефротического синдрома характерны:**

- ~гиперлипидемия и гипербилирубинемия;
- ~гиперфибриногенемия и гиперферментемия;
- ~гиперпротеинемия и диспротеинемия;
- =гипопротеинемия и гиперлипидемия.

**Стадию альбуминурии/протеинурии определяют как «незначительно повышенную» при наличии отношения альбумин/креатинин (в мг/г):**

- ~300 – 1999;
- ~≥ 2000;
- ~30 – 299;
- =10-29.

**Анемия при нефротическом синдроме чаще всего бывает:**

- ~нормохромной, дисгемопозитической, арегенераторной;
- ~нормохромной, гемолитической, гиперрегенераторной;
- ~макроцитарной, гиперхромной, норморегенераторной;
- =микроцитарной, гипохромной, железорезистентной.

**Для нефротического синдрома характерны:**

- ~гиперпротеинемия и диспротеинемия;
- ~гиперфибриногенемия и гиперферментемия;
- =гипопротеинемия и гиперлипидемия;
- ~гиперлипидемия и гипербилирубинемия.

**Наименее вероятной причиной развития нефротического синдрома является:**

- ~диабетическая нефропатия;
- ~гломерулонефрит;
- =поликистоз почек;
- ~миеломная почка.

**Характерными для нефротического синдрома изменениями в анализах мочи являются:**

- ~бактериурия, кетоновые тела, отсутствие эпителиальных клеток;
- ~белок в значительном количестве, гемоглобинурия, эритроцитурия;
- ~урикозурия, кристаллы уратов и оксалатов, реакция мочи кислая;
- =протеинурия, цилиндрурия, повышение удельной плотности мочи.

**Главным признаком нефротического синдрома является:**

- ~лейкоцитурия;
- =протеинурия;
- ~гематурия;
- ~цилиндрурия.

**Причина гипопротеинемии при нефротическом синдроме?**

- =потеря белков с мочой;
- ~усиленный синтез бета-глобулинов;
- ~усиленный катаболизм глобулинов.

**Поражение почек при узелковом периартериите может включать:**

- ~некроз коркового слоя;
- ~папиллярный некроз;
- =гломерулонефрит с нефротическим синдромом;
- ~амилоидоз.

**Нефротический синдром не бывает при:**

- =пиелонефрите;
- ~амилоидозе;
- ~системной красной волчанке;
- ~тромбозе почечных артерий.

**При остром гломерулонефрите глюкокортикоиды показаны при наличии:**

- ~отеков;
- =нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии;
- ~артериальной гипертонии;
- ~макрогематурии.

**Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируют при наличии:**

- ~массивной протеинурии > 3,5 г/сутки;
- =длительно персистирующего острого нефротического синдрома;
- ~массивной эритроцитурии с умеренной протериинурией;
- ~стойкой высокой артериальной гипертензии.

**Вариантом ХГН, часто проявляющимся рецидивирующим остонефротическим синдромом является:**

- ~мезангиопролиферативный;
- =мезангиокапиллярный;
- ~мембранозный;
- ~фибропластический.

**Самая высокая протеннурия наблюдается при:**

- ~остром гломерулонефрите;
- ~амилоидозе;
- =нефротическом синдроме;
- ~хроническом гломерулонефрите.

**Назовите показания для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите:**

- ~отеки;
- =наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертензии;
- ~артериальная гипертензия;
- ~макрогематурия.

**Показания к назначению цитостатиков при хр. гломерулонефрите:**

- =нефротический синдром (стероидорезистентные формы);
- ~выраженная гематурия;
- ~изолированная протеинурия;
- ~терминальная почечная недостаточность.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с нефротическим синдромом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с нефротическим синдромом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая рационального питания.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с нефротическим синдромом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с нефротическим синдромом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с нефротическим синдромом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов нефротического синдрома.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики нефротического синдрома с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с нефротическим синдромом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с нефротическим синдромом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Юноша 22 лет, студент, обратился в поликлинику с жалобами на отеки лица, нижних конечностей, увеличение живота, общую слабость. Заболел два дня назад после переохлаждения (был на рыбалке - 2 часа находился в холодной воде).

В анамнезе: частые ангины, хронический тонзиллит, с 15 лет состоит на учете у нефролога по поводу заболевания почек.

Объективно: кожные покровы умеренно бледные, отечность лица, туловища, мошонки, нижних конечностей. Видны белые полосы растяжения в области живота и бедер. В легких ослабленное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧД- 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 78 уд. в минуту. АД (d=s) - 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен. Размеры печени по Курлову 10×9×8, почки не пальпируются. Симптом поколачивания в проекции почек отрицательный с двух сторон. Диурез снижен.

Обследования: общий анализ крови: лейкоциты -  $10,2 \cdot 10^9$ /л; эритроциты -  $4,5 \cdot 10^{12}$ /л; гемоглобин - 120 г/л; палочкоядерные нейтрофилы - 12%; сегментоядерные нейтрофилы - 68%; лимфоциты - 16%; моноциты - 4%; СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, мутная, белок - 5 г/л, лейкоциты - 0-2 в поле зрения, эритроциты - 10-15, зернистые цилиндры - 3-5 в поле зрения.

Общий белок крови - 50 г/л; альбумин - 20 г/л; общий холестерин - 14 ммоль/л; креатинин - 90 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная Т, 24 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на появление отечности на лице, веках, тяжести в затылочной области, недомогания, общей слабости. Повышения температуры тела до 37,4°. Заболела спустя 2 недели после перенесенной ангины. При осмотре бледность и одутловатость лица, отечность век, на голенях и пальцах рук мягкие отеки. Пульс ритмичный, 86 в минуту, АД 145 и 95 мм рт. ст. Тоны сердца ослаблены, II тон усилен над аортой. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови: эритроциты -  $4,5 \cdot 10^{12}$ , Hb - 140 г/л, лейкоциты -  $7,2 \cdot 10^9$ , СОЭ - 18 мм/ч. Общий анализ мочи: реакция слабо кислая, относительная плотность 1032, белок 3,3 г/л, 47 эритроциты 15-20 в поле зрения, лейкоциты до 8 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 6 в поле зрения, цилиндры зернистые 3-5 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 47. Амилоидоз почек.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Клиника, диагностика,
- Лечение,
- Профилактика,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Ранним лабораторным признаком амилоидоза является:**

~цилиндрурия;  
=протеинурия;  
~лейкоцитурия;  
~бактериурия.

**Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе?**

=протеинурия;  
~лейкоцитурия;  
~цилиндрурия;  
~изостенурия.

**Чаще всего вторичный амилоидоз почек развивается при:**

=ревматоидном артрите;  
~гранулематозе Вегенера;  
~системной красной волчанке;  
~узелковом периартериите.

**Какие органы наиболее часто поражаются при амилоидозе?**

=почка;  
~сердце;  
~кишечник;  
~суставы.

**Биопсия каких тканей при амилоидозе является наиболее информативной на ранних стадиях?**

~десны;  
~печени;  
=почек;  
~кожи.

**Лечение больных амилоидозом препаратами аминокислотного ряда показано:**

=на ранних стадиях;  
~на поздних стадиях;  
~независимо от стадии заболевания;  
~в латентной стадии.

**Наиболее часто поражаются при амилоидозе:**

=почки;  
~сердце;  
~кишечник;  
~суставы.

**Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе?**

=протеинурия;  
~гематурия;  
~лейкоцитурия;  
~цилиндрурия.

**Лечение больных амилоидозом препаратами аминокислотного ряда показано:**

=на ранних стадиях;  
~на поздних стадиях;  
~независимо от стадии заболевания;  
~в латентной стадии.

**Стероидная терапия противопоказана при:**

~лоханочном нефротическом синдроме;  
=амилоидозе;  
~лекарственном нефротическом синдроме;  
~гломерулонефрите.

**Стероидная терапия противопоказана при:**

~лоханочном нефротическом синдроме;  
=амилоидозе;  
~лекарственном нефротическом синдроме;  
~гломерулонефрите.

**При осложнении ревматоидного артрита, анализ мочи является информативным тестом при**

~синдроме Хаммена-Рича;  
~перикардите;

=амилоидозе;

~дигитальном ангиите.

**Какое системное проявление ревматоидного артрита является противопоказанием к ГКС-терапии?**

~интерстициальный нефрит;

~плеврит;

=амилоидоз;

~интерстициальный фиброз легких.

**Укажите наиболее важный фактор риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите:**

=длительная воспалительная активность процесса;

~длительный прием цитостатиков;

~длительные периоды без лечения;

~сопутствующие заболевания почек.

**Диагноз амилоидоза лучше всего подтверждается:**

~наличием в моче белка Бен – Джонса;

~исследованием костного мозга;

=гистологическим исследованием биоптата прямой кишки;

~клиническими признаками.

**У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протенурии (до 2 г/сутки) является:**

=амилоидоз почек;

~гломерулонефрит;

~пиелонефрит;

~интерстициальный нефрит;

~тромбоз почечных вен.

**Вторичный амилоидоз может развиваться при:**

=ревматоидном артрите;

~пиелонефрите;

~гломерулонефрите;

~мочекаменной болезни.

**Для диагностики амилоидоза почек наиболее информативно гистологическое исследование:**

~десны;

~подкожного жира;

~слизистой оболочки прямой кишки;

=почки;

~кожи

**Амилоидоз почек может наблюдаться при:**

~деформирующем остеоартрозе;

~бронхиальной астме;

~желчекаменной болезни;

=бронхоэктатической болезни.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с амилоидозом почек с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с амилоидозом почек.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с амилоидозом почек.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с амилоидозом почек.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с амилоидозом почек.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов амилоидоза почек.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза амилоидоза почки составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.



- ✓ Проведение дифференциальной диагностики амилоидоза почек с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с амилоидозом почек с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной К., 48 лет, инженер.

Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы.

Выяснено, около трех месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРЗ появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке.

10 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 три 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. Артериальное давление 110/60 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минуту. 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 –  $3,4 \times 10^{12}$ ; Hb – 100 г/л; ЦП – 0,95; лейкоциты –  $5,0 \times 10^9$ ; э. – 1; пал. – 4; сег. – 61; лимф. – 2; мон. – 5; СОЭ – 60 мм/час.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проведенной терапии состояние больного улучшилось. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

**Задача №1.** Пациент 36 лет, обратился к врачу по поводу отеков голеней и стоп.

В анамнезе - около 20 лет страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Объективно: состояние средней тяжести, вял, адинамичен, бледен, пастозность лица, отеки стоп, пульс ритмичный 88 в 1 минуту, АД-110/70 мм. рт. ст. Дыхание над легкими- рассеянные сухие хрипы на фоне ослабленного дыхания. Границы сердца в пределах нормы. Пальпация живота без особенностей. Температура тела нормальная. Анализ мочи: белок 9,9%, лейкоциты - 2-6 в п/зр., эритроциты-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 30-40 в п/зр. .Анализ крови - без особенностей. Холестерин крови - 7,9 ммоль/л ,общий белок - 48,5 г/л. Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности мочи 1010-1013, дневной диурез - 340 мл, ночной 600 мл. Рентгеноскопия легких: фиброзно-кавернозный туберкулез. Обзорная рентгенография почек: форма и размеры почек не изменены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проведенной терапии состояние больного улучшилось. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

#### **Тема 48. Хроническая болезнь почек (ХБП).**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология.
- Патогенез.
- Патофизиология.
- Классификация ХБП.
- Клиника.
- Лечение.
- Профилактика.
- МСЭ.

##### Тестовый контроль:

**Для хронической почечной недостаточности характерна:**

- =гиперкреатининемия;
- ~уробилинурия;
- ~гиперальбуминемия;
- ~дислипидемия.

**При хронической болезни почек с 3А стадии противопоказан:**

- =глибенкламид;
- ~ситаглиптин;
- ~эмпаглифлозин;
- ~метформин.

**Для установления диагноза хронической болезни почек у пациента с сохранной или повышенной скоростью клубочковой фильтрации ( $> 90$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>) необходимо выявить:**

- ~единичные бактерии в анализах мочи;
- ~гиперурикемию в повторных анализах крови;
- ~единичные цилиндры в анализах мочи;
- =признаки повреждения почек.

**Темная или желтоватая окраска кожи при хронической почечной недостаточности возникает вследствие:**

- ~повышения уровня прямого билирубина в крови;
- =задержки выделения урохромов с мочой;
- ~нарушения конъюгации билирубина гепатоцитом;
- ~повышения уровня непрямого билирубина в крови.

**Одним из наиболее характерных симптомов уремии является:**

- =дыхание Куссмауля;
- ~дисфункция кишечника;
- ~анорексия, тошнота, рвота;
- ~дыхание Чейн-Стокса.

**Для хронической почечной недостаточности характерна:**

- ~уробилинурия;
- =гиперкреатининемия;
- ~гиперальбуминемия;
- ~дислипидемия.

**Хроническую болезнь почек диагностируют у пациентов с признаками повреждения почек или снижения их функции в течение (в месяцах):**

- ~ $\geq 6$ ;
- ~ $\geq 16$ ;
- ~ $\geq 12$ ;
- = $\geq 3$ .

**Лабораторными признаками развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания при хронической почечной недостаточности являются:**

- ~тромбоцитоз, увеличение антитромбина III и снижение продуктов деградации фибрина;
- ~увеличение протромбина и протромбинового индекса, укорочение тромбинового времени;
- =тромбоцитопения, тромбоцитопатия, удлинение тромбинового времени;
- ~анемия, гиперкалиемия, снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров.

**К немодифицируемым факторам риска ХБП относятся:**

- =пожилой возраст;
- ~табакокурение;
- ~системные инфекции;
- ~ожирение.

**Пациентам с ХБП и АГ следует назначить:**

- ~допегит;
- ~альфа-адреноблокаторы;
- =иАПФ;
- ~антагонисты альдостерона.

**К ассоциированным сердечно-сосудистым или почечным заболеваниям при артериальной гипертензии относят:**

- =ХБП с рСКФ < 30мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> или протеинурию > 300 мг в сутки;
- ~ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе;
- ~микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34 мг/ммоль);
- ~скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9.

**Хроническая почечная недостаточность диагностируется по:**

- ~отекам при наличии протеинурии;
- ~артериальной гипертензии и изменениям в моче;
- ~бактериурии;
- =повышению концентрации креатинина в крови.

**Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:**

- ~олигоурия;
- ~протеинурия;
- ~артериальная гипертензия в сочетании с анемией;
- =повышение уровня креатинина в крови.

**При хронической почечной недостаточности наблюдается:**

- ~гиперальбуминемия;
- ~дислипидемия;
- =гиперкреатининемия;
- ~уробилинурия.

**Хроническая болезнь почек (ХБП) - это:**

- ~Отдельное самостоятельное заболевание
- ~Вторичная нефропатия при артериальной гипертензии
- =Наднозологическое понятие
- ~Вторичная нефропатия при системных заболеваниях

**Под ХБП следует понимать:**

- ~Хронический гломерулонефрит с декомпенсацией нефрогенной артериальной гипертензии
- ~Хронический постинфекционный гломерулонефрит
- =Наличие любых маркеров повреждения почек, персистирующих более 3х месяцев вне зависимости от нозологического диагноза
- ~Терминальную стадию хронической почечной недостаточности

**Под маркерами повреждения почек следует понимать:**

- ~Анурию
- ~Высокую гипертензию
- ~Сочетание нефротического и гипертензивного синдромов
- =Любые изменения, выявляющиеся при клинико-лабораторном обследовании

**Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 кв.м. в течение 3х лет и более месяцев, дает основание установить диагноз:**

- ~ХПН
- =ХБП
- ~Нефроангиосклероза
- ~Хронического гломерулонефрита с ХПН

**С целью унификации подходов к диагностике ХБП Научное общество нефрологов России рекомендует оценивать СКФ:**

- ~По формуле Кокрофта-Голта
- ~По формуле МДРД
- ~По пробе Реберга-Тареева
- =Методом СКД-ЕРІ

**Нормальным уровнем альбуминурии считается мочевая экскреция альбумина:**

- ~> 30 мг/сут
- ~20 мг/сут
- ~15 мг/сут
- =10 мг/сут

**Следующий критерий не является основанием для установления диагноза ХБП:**

- ~Клинические маркеры повреждения почек, подтвержденные с интервалом более 3 месяцев
- ~Маркеры необратимых структурных изменений органа, выявленных при прижизненном морфологическом исследовании
- =Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении)
- ~Снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> в течение трех месяцев

**Исследование экскреции альбумина с мочой следует проводить при уровне протеинурии:**

- ~2 г/сутки
- ~1 г/сутки
- ~0,5 г/сутки
- =< 0,5 г/сутки

**К факторам риска ХБП, вызывающих непосредственное повреждение почек не относится:**

- ~Диабет
- ~Аутоиммунные заболевания
- =Семейный анамнез
- ~Системные инфекции

**К факторам риска ХБП, увеличивающим восприимчивость почек к повреждению не относится:**

- ~Пожилый возраст
- ~Снижение массы почечной паренхимы
- =Инфекции мочевого тракта
- ~Расовые и этнические отличия

**К немодифицируемым факторам риска ХБП относится:**

- =Пожилый возраст
- ~Табакокурение
- ~Системные инфекции
- ~Ожирение

**Пациентам с ХБП и АГ следует назначить:**

- ~Допегит
- ~Альфа-адреноблокаторы
- =иАПФ
- ~антагонисты альдостерона

**К демографическим показателям факторов риска ХБП не относится:**

- ~возраст старше 50 лет
- ~мужской пол
- ~принадлежность к этническим меньшинствам
- =малоподвижный образ жизни

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ХБП с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ХБП.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента с ХБП (жалоб, анамнеза).
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ХБП.

- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ХБП.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания с ХБП.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза с ХБП и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ХБП с другими заболеваниями и (или) состояниями. Установка диагноза ХБП с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения при ХБП.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ХБП с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ХБП с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания с ХБП и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи при ХБП.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Распознавание состояний, возникающих при ХБП без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание состояний при ХБП, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 46 лет, механизатор, обратился в поликлинику с жалобами на тошноту, рвоту, головные боли, общую слабость.

Заболел около 1 месяца назад, когда снизился аппетит, появилось отвращение к мясу, периодически возникала тошнота, в последние дни перед обращением в поликлинику присоединилась рвота. Ни с чем свое заболевание не связывает. В анамнезе: частые ангины, простудные заболевания. В 17 летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. Во время медицинских осмотров обнаруживали повышение АД до 190/110 мм рт.ст., изменения в моче (протеинурия до 1,2 г/сут.), назначенную терапию не принимал, продолжал работать. Похудел за последний месяц на 5 кг, появилась сонливость, утомляемость.

Объективно: рост 182 см, вес 78 кг. Общее состояние больного средней степени тяжести, кожные покровы умеренно бледные с желтушным оттенком, сухие. На коже голени следы расчесов. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные, акцент II тона на аорте. АД (d=s) - 200/120 мм рт.ст. ЧСС- 90 уд. в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см, почки не пальпируются. Симптом поколачивания в проекции почек отрицательный с двух сторон. Стул- склонность к поносам.

Обследование: Общий анализ крови: лейкоциты -  $6 \cdot 10^9$ /л; эритроциты -  $2 \cdot 10^{12}$ /л; гемоглобин - 70 г/л; цветной показатель - 0,8; палочкоядерные нейтрофилы - 7%; сегментоядерные нейтрофилы - 60%; лимфоциты - 26%; моноциты - 7%; СОЭ – 60 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция кислая; относительная плотность - 1005; белок 0,99 г/л; эпителий - 5-6 в поле зрения; лейкоциты - 3-4 в поле зрения; эритроциты - 5-7 в поле зрения.

Креатинин - 870 мкмоль/л; мочевины - 40 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациент К., 40 лет.

Жалобы на постоянную головную боль, отсутствие аппетита, постоянную тошноту, периодическую рвоту, понос, общую резкую слабость.

Впервые заболела 8 лет назад, получала стационарное лечение, лежала в больнице в связи с обострениями. Во время обострения, со слов больной, были отеки на лице, на ногах, повышалось АД. Были изменения в моче, но какие - больная не помнит. Хуже стало 10 дней назад. Усилились головные боли, появилась тошнота, рвота, понос.

Объективно: температура 37,3<sup>0</sup>С. Общее состояние тяжелое, лицо одутловатое. Резкое похудание, кожа бледная, с пергаментным оттенком, сухая, изо рта запах аммиака. Дыхание ослабленное, в нижних отделах определяются единичные влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 76 в мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненность при пальпации в эпигастральной области.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 49. Острая почечная недостаточность.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Морфология.
- Клиника,
- Диагностика,
- Лечение,
- Профилактика,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Анурия и почечная недостаточность при гемолитической анемии:**

- ~не возникают никогда;
- ~возникают только при гемолитико-уремическом синдроме;
- ~характерны для внутриклеточного гемолиза;
- =характерны для внутрисосудистого гемолиза.

**Как называется полное прекращение выделения мочи?**

- ~странгурия;
- ~ишурия;
- =анурия;
- ~полиурия.

**Осложнения острого гломерулонефрита:**

- =олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН;
- ~массивное почечное кровотечение;
- ~тромбоэмболический синдром;
- ~артрит.

**Какая группа антибиотиков чаще вызывает острую почечную недостаточность?**

- ~пенициллины;
- ~цефалоспорины;
- =аминогликозиды;
- ~макролиды.

**Причины ОПН при назначении нестероидных противовоспалительных препаратов:**

- ~потеря внутриклеточного Ca;
- =препятствие синтезу простагландинов;
- ~массивная протеинурия;
- ~нарушение гемодинамики.

**Основные причины ОПН при гломерулонефрите:**

- =отек интерстициальной ткани;
- ~массивная протеинурия;
- ~нарушение гемодинамики;
- ~повышение вязкости крови.

**Причиной острой почечной недостаточности у больных миеломной болезнью является:**

- ~прорастание мочеточников опухолевыми массами;
- =блокада канальцев белковыми цилиндрами;
- ~блокада канальцев уратами;
- ~блокада канальцев оксалатами.

**Основным признаком, указывающим на явления гипергидратации при острой почечной недостаточности является:**

- ~повышение ионов натрия в плазме крови;
- =снижение ионов натрия в плазме крови;
- ~повышение ионов калия в плазме крови;
- ~снижение ионов калия в плазме крови.

**Уровень мочевины, при котором проводят гемодиализ:**

- ~10 ммоль/л;
- ~15 ммоль/л;
- ~18 ммоль/л;
- =24 ммоль/л.

**К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:**

- ~преднизолоном;
- ~цитостатиками;
- =индометацином;
- ~курантилом.

**Какая группа антибиотиков чаще вызывает острую почечную недостаточность?**

- ~пенициллины
- ~цефалоспорины
- = аминогликозиды
- ~макролиды
- ~тетрациклин

**Признаки, характерные для олигурической стадии ОПН:**

- а) анорексия;**
- б) вздутие кишечника;**
- в) гиперкалиемия;**
- г) гипокалиемия;**
- д) азотемия. Выберите правильную комбинацию ответов:**

- ~в, д
- ~а, в, д
- ~б, в, д
- ~г, д
- = а, б, в, д

**Основные признаки, указывающие на явления гипергидратации при острой почечной недостаточности:**

- ~повышение ионов натрия в плазме крови
- = снижение ионов натрия в плазме крови
- ~повышение ионов калия в плазме крови
- ~снижение ионов калия в плазме крови
- ~снижение ионов кальция в плазме крови

**К преренальной почечной недостаточности не приводят:**

- ~уменьшение сердечного выброса
- ~системная вазодилатация
- ~обезвоживание
- ~секвестрация жидкости в тканях
- = поражение почечных сосудов

**К ренальной почечной недостаточности не приводят:**

- = внепочечная обструкция
- ~экзогенные интоксикации
- ~воспалительные заболевания почек
- ~поражение почечных сосудов
- ~гемолиз

**К стадиям острой почечной недостаточности относят:**

- ~начальная
- ~олигурическая
- ~восстановления диуреза
- ~полного восстановления
- = все ответы правильные

**Проявлением какого синдрома является внезапное, быстрое, но потенциально обратимое нарушение функции почек, достаточное, чтобы привести к накоплению азотистых шлаков в жидкостях организма:**

- =острая почечная недостаточность
- ~хроническая почечная недостаточность
- ~нефротический синдром
- ~эклампсия

**Какая группа антибиотиков чаще вызывает острую почечную недостаточность:**

- ~цефалоспорины
- ~пенициллины
- =аминогликозиды

**Основные признаки указывающие на явления гипергидрации при острой почечной недостаточности:**

- ~снижение ионов калия в плазме крови
- =снижение ионов натрия в плазме крови
- ~повышение ионов натрия в плазме крови

**Уровень мочевины, при котором проводят гемодиализ:**

- ~15 ммоль/л
- ~18 ммоль/л
- =24 ммоль/л

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ОПН с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ОПН.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ОПН.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ОПН.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ОПН.
- ✓ Определение диагностических признаков ОПН.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ОПН с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ОПН учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ОПН с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение гемодиализа.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.



- ✓ Оценка состояния симулированного пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание ОПН, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание ОПН, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с ОПН при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с ОПН при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.
- ✓ Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 45 лет, директор автобазы, длительное время страдает артериальной гипертензией, ожирением. Полгода назад был эпизод артрита правого голеностопного сустава с резчайшей болью, опуханием и покраснением в области сустава, прошедшей самостоятельно в течение 5 дней.

Несколько дней назад поехал на охоту, где употреблял большое количество мясной пищи, алкоголя, дважды посещал сауну. На 3-1 день пребывания в отъезде состояние внезапно резко ухудшилось: появились тошнота, рвота, головная боль, резко снизился диурез, моча имела окраску с осадком в виде толченого кирпича. В тяжелом состоянии доставлен в клинику машиной скорой помощи.

При осмотре: ожирение, тофусы в области ушных раковин. В легких дыхание жесткое. Сердечные тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 110 в минуту. АД 220/130 мм рт.ст. Живот болезненный, мягкий при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Диурез 100 мл в сутки.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1038, белок следы, Le – 8-10 в п/зр., эр. – 10-15 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 85 г/л, мочевины- 10 ммоль/л, креатинин- 800 мкмоль/л

Общий анализ крови: эр. 4,8 10<sup>9</sup>/л, Нб 145 г/л, L 15,2 x 10<sup>9</sup>/л, б-1%, э-2%, п-8%, с-64%, л-25%, м-10%. СОЭ- 20 мм/ч

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациент 16 лет, доставлен в тер. отделение.

Жалобы на изменение цвета мочи, отеки, уменьшение объема выделяемой мочи, боли в поясничной области, недомогание, головную боль, сонливость.

Перенес 2 недели назад фарингит.

Объективно: Кожа сухая, шелушащаяся. Отеки на лице, нижних конечностях. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание глубокое. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 уд./мин., АД 180/100 мм рт.ст. Моча красновато-коричневого цвета. Суточный диурез 150 мл.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## Тема 50. Тубулло-интерстициальный нефрит

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Клиника,
- Лечение,
- Профилактика,
- МСЭ.

### Тестовый контроль:

**Для острого интерстициального нефрита в общем анализе мочи наиболее характерны**

- =лейкоцитурия
- ~протеинурия
- ~гематурия
- ~бактериурия
- ~все указанные симптомы

**К развитию острого интерстициального нефрита наиболее часто приводят**

- =антибиотики
- ~гипотензивные средства
- ~диуретики
- ~сердечные гликозиды
- ~ганглиоблокаторы

**Для острого интерстициального нефрита в общем анализе мочи низко специфичны**

- ~лейкоцитурия
- = протеинурия
- =гематурия
- =бактериурия
- ~все указанные симптомы

**Тубулоинтерстициальный синдром включает в себя:**

- =снижение относительной плотности мочи
- ~повышение относительной плотности мочи
- ~протеинурию > 1,5 г/сут

**Стадия ОПН определяется на основании:**

- =уровня креатинина сыворотки и/или диуреза
- ~скорости СКФ
- ~уровня мочевины, креатинина сыворотки и/или диуреза

**Нефротоксичными являются:**

- = диклофенак, нимесулид
- ~канефрон, фитолизин
- ~лозартан, телмисартан

**Наиболее частым вариантом ренального ОПН является:**

- ~острый тубулоинтерстициальный нефрит
- ~острый интерстициальный нефрит
- =острый тубулярный некроз

**При диарее частота развития острого тубулярного некроза существенно снижается при:**

- ~назначении энтеросгеля
- ~назначении антибактериальных препаратов
- =своевременном и быстром восстановлении интраваскулярного объема

**В понятие «диабетическая нефропатия» входит:**

- =Гломерулосклероз
- =Артерионефросклероз
- ~Пиелонефрит
- =Хронический интерстициальный нефрит

**Частота тубуло-интерстициального нефрита составляет:**

- =0,7 на 100000 населения
- ~1,4 на 100000 населения

~2,8 на 100000 населения

~5,6 на 100000 населения

**Под тубуло-интерстициальным нефритом понимают:**

~Инфекционное диффузное поражение интерстиция и канальцев почек

=Неинфекционное диффузное поражение интерстиция и канальцев почек

~Инфекционное и неинфекционное диффузное поражение интерстиция и канальцев почек

**Переход острого тубулоинтерстициального нефрита в хронический тубулоинтерстициальный нефрит:**

~Возможен

=Не возможен

**Какое утверждение является верным:**

~80% больных с острым тубулоинтерстициальным нефритом нуждаются в специальном лечении

=80% больных с острым тубулоинтерстициальным нефритом не нуждаются в специальном лечении

**В остром периоде лекарственных нефропатий в гемодиализе нуждаются:**

~20-25% больных

=30-35% больных

~40-45% больных

~50-55% больных

**Больные, перенесшие острый тубулоинтерстициальный нефрит, должны находится под наблюдением нефролога в течение:**

~1 года

~2 лет

=3 лет

~4 лет

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту тубулоинтерстициальным нефритом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту тубулоинтерстициальным нефритом.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза).
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента тубулоинтерстициальным нефритом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента тубулоинтерстициальным нефритом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов пациента тубулоинтерстициальным нефритом.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики пациента тубулоинтерстициальным нефритом с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного пациента тубулоинтерстициальным нефритом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному пациенту с тубулоинтерстициальным нефритом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.
- ✓ Оценка состояния симулированного пациента тубулоинтерстициальным нефритом, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.

- ✓ Распознавание тубулло-интерстициального нефрита, возникшего при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная Ш., 49 лет.

Предъявляет жалобы на частые головные боли, приступообразного характера. Боли возникают ежедневно, продолжительностью 2-3 часа, купируются приёмом 2-3 таб анальгина, пентальгина. Также беспокоит слабость, жажда, учащение мочеиспускания.

Из анамнеза: головные боли беспокоят с 19 лет. Ухудшение самочувствия – последние 2 года: слабость, жажда, увеличение диуреза.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, сухие. В лёгких везикулярное дыхание без хрипов. Границы сердца в норме. ЧСС=78 в мин, тоны ритмичные. АД=140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, почки не пальпируются. Отёков нет.

Лабораторно: ОАМ: уд. вес-1004, белок-0,066 г/л, глюкоза-следы, лейкоциты-10-12 в п/зр, эр-3-4 в п/зр. Суточный диурез –2,6 л.

ОАК: Нв-98 г/л, эр-2,98x10<sup>12</sup> г/л, лейкоц-5,3x10<sup>9</sup> г/л, СОЭ-10 мм/ч. Креатинин-176 мкмоль/л, мочевины-12,8 ммоль/л, глюкоза-3,8 ммоль/л.

УЗИ почек: расположены типично, правая - 85/46 мм, левая-88/48 мм. Паренхима 13-14 мм, повышенной эхогенности. ЧЛС не расширена, конкрементов не выявлено.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

**Задача №2.** Больная П., 58 лет.

В клинику поступила с жалобами на слабость, пониженную работоспособность, жажду, большое количество выделяемой мочи за сутки (более 2,5 л, особенно ночью).

Из анамнеза известно, что с 18-летнего возраста страдает мигренью, по поводу которой постоянно принимала Цитрамон, метамизол натрия и другие анальгетические средства. В последние 5–7 лет из-за постоянной мигрени принимает в сутки 2–3 таблетки Цитрамона.

Она по профессии химик, работает в контакте с органическими растворителями в лабораторных условиях, стаж работы 25 лет.

Объективно: при осмотре бледность кожных покровов со слегка желтушным оттенком. В лёгких без особенностей. На верхушке сердца — систолический шум, пульс 80 в мин, ритмичный, артериальное давление (АД) 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезёнка не пальпируются, размеры их не увеличены, отёков нет.

При лабораторном обследовании: Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, 5,5x10<sup>12</sup> г/л; лейкоциты 4x10<sup>9</sup> г/л, скорость оседания эритроцитов 25 мм/час.

ОАМ — относительная плотность 1007, реакция щелочная, белок 0,66 г/л, лейкоцитов 10–15 в поле зрения, эритроцитов 10–12 в поле зрения.

В пробе Зимницкого колебания относительной плотности мочи от 1002 до 1011, дневной диурез 600 мл, ночной диурез 1400 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумин 41 г/л, креатинин сыворотки 325 мкмоль/л.

При УЗИ почек — размеры обеих почек 85´38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

## ***Раздел 4. Ревматические болезни.***

### **Тема 51. Методы обследования больных с ревматическими болезнями (РБ).**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Оценка информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза).
- Оценка данных физикального обследования.
- Оценка данных лабораторного исследования.
- Оценка данных морфологического исследования.
- Оценка данных иммунологического исследования.
- Оценка данных рентгенологического исследования.

#### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ревматическими болезнями.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ревматическими болезнями.
- ✓ Интерпретация данных физикального обследования при ревматических болезнях.
- ✓ Интерпретация данных лабораторного исследования при ревматических болезнях.
- ✓ Интерпретация данных морфологического исследования при ревматических болезнях.
- ✓ Интерпретация данных иммунологического исследования при ревматических болезнях.
- ✓ Интерпретация данных рентгенологического исследования при ревматических болезнях.

### **Тема 52. Системные заболевания соединительной ткани: Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Узелковый периартериит. Дерматополимиозит.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

#### **– Системная красная волчанка.**

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Основные клинические синдромы,
- Варианты течения,
- Патоморфология.
- Диагноз и дифференциальный диагноз.
- Принципы лечения.
- Профилактика обострений.
- Диспансеризация,
- МСЭ.

#### **– Системная склеродермия.**

- Этиология,
- Патогенез,
- Патоморфология,
- Классификация.
- Основные клинические синдромы и формы,
- Варианты течения,
- Степень активности и стадии болезни,
- Диагноз,
- Дифференциальный диагноз,
- Лечение,
- Прогноз,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

#### **– Узелковый периартериит.**

- Этиология и патогенез.
- Основные клинические синдромы,
- Диагноз,
- Дифференциальный диагноз,

-Лечение,  
-Прогноз,  
-Диспансеризация,  
-МСЭ.

– **Дерматополимиозит.**

-Этиология и патогенез.  
-Классификация,  
-Клиника,  
-Варианты течения,  
-Лабораторная диагностика,  
-Лечение,  
-Диспансеризация,  
-МСЭ.

Тестовый контроль:

**Для суставного синдрома при СКВ характерно:**

~частое развитие контрактур;  
~преимущественное поражение коленных суставов;  
=преимущественное поражение мелких суставов кисти;  
~преимущественное поражение тазобедренных суставов.

**Поражение кожи при СКВ предполагает наличие:**

~кольцевидной эритемы;  
="бабочки" типа центростремительной эритемы;  
~папулезно-пустулезной сыпи;  
~чешуйчатого лишая .

**Классической диагностической триадой при СКВ является:**

~нефрит, дерматит, серозит;  
~ артрит, дерматит, кардит;  
~артрит, дерматит, нефрит;  
=артрит, дерматит, серозит

**Для эндокардита Либмана-Сакса при СКВ характерно:**

=грубый систолический шум на верхушке;  
~усиление I тона на верхушке;  
~ослабление II тона над легочной артерией;  
~грубый диастолический шум на верхушке.

**Для поражения почек при СКВ наиболее характерным является развитие:**

~амилоидоза;  
~почечнокаменной болезни;  
~пиелонефрита;  
=гломерулонефрита.

**Какие гематологические изменения являются типичными для СКВ?**

~эритроцитоз;  
=гемолитическая анемия;  
~лейкоцитоз;  
~тромбоцитоз.

**К основным диагностическим признакам склеродермии относятся:**

~очаговый и диффузный нефрит;  
~синдром Шегрена;  
=истинная склеродермическая почка;  
~полиневрит.

**К дополнительным диагностическим признакам склеродермии относятся:**

~базальный пневмосклероз;  
~поражение кишечника;  
=гиперпигментация кожи;  
~остеолиз.

**CREST-синдром характеризуется развитием:**

~кардита;

~эрозий;  
=синдрома Рейно;  
~цистита

**Из поражений сердечно-сосудистой системы при системной склеродермии наиболее типичным является:**

~митральный стеноз;  
~аортальная недостаточность;  
~экссудативный перикардит;  
=крупноочаговый кардиосклероз.

**Для суставного синдрома при системной склеродермии характерными являются:**

=кальциноз мягких тканей в области суставов пальцев;  
~остеофитоз;  
~поражение крупных суставов;  
~спондилит.

**Препараты, оказывающие влияние на избыточное коллагенообразование при системной склеродермии:**

~мовалис;  
=колхицин;  
~индометацин;  
~азатиоприн.

**Какой из вариантов течения узелкового периартериита развивается у женщин?**

~классический;  
=астматический;  
~тромбангиитический;  
~моноорганный.

**При остром течении узелкового периартериита назначают:**

~антибиотики;  
~плаквенил;  
=преднизолон и циклофосфамид;  
~Д-пеницилламин.

**Поражение почек при узелковом периартериите может включать:**

~некроз коркового слоя;  
~папиллярный некроз;  
=гломерулонефрит с нефротическим синдромом;  
~амилоидоз.

**Из поражений сердца при узелковом периартериите наиболее типичным является:**

~сухой перикардит;  
~миокардит;  
~фибропластический эндокардит;  
=коронарит.

**Особенность полиневритов при узелковом периартериите:**

=асимметричность поражения;  
~симметричность поражения;  
~быстрое развитие;  
~всегда только чувствительные слабости по типу "носков" и "перчаток".

**Признаки дерматомиозита:**

=стойкая шелушащаяся эритема над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми суставами;  
~васкулитная "бабочка";  
~коронариит;  
~кольцевидная эритема.

**Какие лабораторные показатели имеют наибольшее диагностическое значение при дерматомиозите?**

~холестерин;  
=креатининурия;  
~мочевая кислота;  
~щелочная фосфатаза.

**Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита?**

- ~азатиоприн;
- ~коринфар;
- =преднизолон;
- ~делагил.

**Какой должна быть суточная доза преднизолона при остром дерматомиозите?**

- =80-100 мг;
- ~60 мг;
- ~40 мг;
- ~20 мг.

**Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний:**

- ~ревматизма;
- ~системной красной волчанки;
- =дерматомиозита;
- ~системной склеродермии.

**Отличительным признаком системной склеродермии от системной красной волчанки является:**

- =наличие в крови антител к антигену Scl-70;
- ~поражение легких;
- ~обнаружение ревматоидного фактора;
- ~присутствие в крови единичных LE-клеток.

**Характерным признаком дерматомиозита является:**

- ~остеолиз ногтевых фаланг;
- ~«бабочка» на лице;
- =резкая мышечная слабость;
- ~деформация суставов.

**При системной склеродермии симптомы сухости, отсутствия слюны во рту, резей в глазах, отсутствия слезы характерны для синдрома:**

- =Шегрена;
- ~Жакку;
- ~Рейно;
- ~Тибърже-Вайссенбаха.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с системными заболеваниями соединительной ткани с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с системными заболеваниями соединительной ткани.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с системными заболеваниями соединительной ткани.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с системными заболеваниями соединительной ткани.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с системными заболеваниями соединительной ткани.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов системных заболеваний соединительной ткани.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики системных заболеваний соединительной ткани с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с системными заболеваниями соединительной ткани с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.



- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с системными заболеваниями соединительной ткани с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная 26 лет, бухгалтер, на приеме у участкового терапевта предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, боли, скованность в мелких суставах кистей, запястий, похудание на 3 кг, выпадение волос, появление высыпаний на коже лица, в области «декольте», отеки нижних конечностей.

Анамнез. 4 недели назад во время летнего отдыха на юге отметила появление эритемы на коже лица, «декольте», за медицинской помощью не обращалась. Через 7-10 дней заметила интенсивное выпадение волос на голове, повышение температуры тела до 38°C без катаральных явлений. Лечилась самостоятельно парацетамолом с временным снижением температуры. Самочувствие ухудшалось, нарастала слабость, похудание, появились боли и скованность в суставах кистей.

Хронических заболеваний нет. Отмечает аллергическую реакцию на цитрусовые по типу крапивницы. Родители здоровы. Не замужем. Беременностей не было. Оперативные вмешательства отрицает.

Объективно: астенического телосложения, рост 160 см, вес 50 кг. Температура тела 38,5° С. Кожные покровы бледные, на коже лица в области скуловых дуг и спинки носа - эритематозная сыпь. Пятнистая аллопеция на волосистой части головы без расчесов. Дефигурация проксимальных межфаланговых и пястнофаланговых суставов кистей за счет экссудативных изменений, при пальпации суставов – умеренная болезненность. Объем движений полный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 уд в мин, АД 140/100 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 20 в 1 мин. Живот не увеличен в объеме, при пальпации безболезненный. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненная. Селезенка не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Плотные отеки стоп, голеней.

Лабораторно: в общем анализе крови – эритроциты –  $2,9 \times 10^{12}/л$ , Нв 100 г/л, лейкоциты –  $3,4 \times 10^9/л$ , формула: б – 1%, э – 1%, п – 6%, с – 60%, л – 23%, м – 9%, тромбоциты -  $110 \times 10^9/л$ , СОЭ 45 мм/ч. В общем анализе мочи – удельный вес 1018, белок – 1,3 г/л, лейкоциты – 15-18 в поле зрения, эритроциты – 15-25 в поле зрения. Суточная потеря белка 4,2 г/сут. Биохимический анализ крови: общий белок 47 г/л, альбумин 23 г/л, креатинин 90 мкмоль/л, холестерин 8,3 ммоль/л, триглицериды 4,8 ммоль/л. Иммунологические анализы: АТ к двухцепочечной ДНК 230 Ед/мл (N < 1 Ед/мл).

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная К., 45 лет, поступила в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, онемение в кончиках пальцев, тугоподвижность и боли в суставах (больше в кистях), боль во время глотания за грудиной (должна запивать пищу водой). Больной себя считает в течение двух лет. Когда начала отмечать боли в суставах, их припухание. Онемение в кончиках пальцев, стало повышаться АД.

За медицинской помощью не обращалась.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Нос заострен. Кожные покровы, слизистые сухие, местами уплотнены, особенно на кистях и лице. Кисетообразные складки вокруг рта. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глуховаты, ритм правильный. ЧСС 105/мин, АД 210/140 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. 3,02 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 93 г/л, л.-9,5 10<sup>9</sup>/л, лейкоформула не изменена. СОЭ 60 мм/час. Общий анализ мочи: цвет с/ж, мутная, относительная плотность 1.009, белок 0,0132%, л.-6-8 в п/зр. Эр. 9-12 в п/зр. Эпителий плоский 1-2 в п/зр.. Б/х общий белок 65г/л, С-реактивный белок +++, креатинин 137 мкмоль/л, мочевины 10,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** Больной К., 29 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, боль в икроножных мышцах, крупных суставах нижних конечностей, парестезии, сердцебиение, боль в области сердца, одышку при физической нагрузке, снижение аппетита, резкое похудание, общую слабость.

Болен 3 месяца. Находясь в командировке, почувствовал боль в ногах, что связал с физической нагрузкой и переохлаждением. Появилась общая слабость, стала повышаться температура. Самостоятельно начал принимать аспирин, температура снизилась до 37,8° С, но состояние продолжало ухудшаться. Вернувшись из командировки, обратился за мед. помощью.

Из анамнеза выяснено, что полгода назад переболел острым бронхитом. Во время болезни были приступы удушья.

При осмотре больной пониженного питания, кожа бледная, отмечается умеренная атрофия мышц нижних конечностей, резкое снижение чувствительности в области левой стопы. По ходу плечевых артерий пальпируются мелкие узелки. В легких дыхание ослаблено. Левая граница сердца расширена на 1 см, тоны сердца глухие, экстрасистолия. АД 190 и 100 мм рт. ст. Пульс 90 в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: гем. 115 г/л, эр. 3,3x10<sup>12</sup>/л, ц. п. 1,0, Л. 17x10<sup>9</sup>/л, Э. – 25%, П. – 2%, С. – 46%, Лф. – 24%, М. – 3%, СОЭ – 40 мм/ч. Ан. мочи: относительная плотность 1,014, белок 0,099%, Эр. – 9-11 в п. зр., цилиндры гиалиновые 2-3 в п. зр. ЭКГ: единичные экстрасистолы. Гипертрофия левого желудочка. Очаговые изменения миокарда в области передней стенки.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №4.** Больная Ч., 45 лет, продавец, поступила в экстренном порядке в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, повышение температуры тела до 38 С, а также боли и слабость в нижних конечностях. С подозрением на пиосальпинг с была сделана лапаротомия, однако диагноз не подтвердился. Больная продолжала «лихорадить», несмотря на «мощную» антибиотикотерапию.

Приглашенный на 5й день после операции терапевт выяснил, что больная за 2 недели до поступления стала отмечать уплотнение и отек голеней, появилась слабость в ногах, не могла ходить, стало отекает лицо.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Лицо одутловатое, периорбитальный отек с лиловым оттенком, мышцы конечности болезненны при пальпации, отмечаются уплотнения в области бедер, суставы не изменены. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца глуховаты, ритм правильный, 112 в минуту. АД 100/70 мм рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Пастозность голеней.

Анализ крови: гемоглобин 112 г/л. Эр. - 3.7\*10<sup>12</sup> л, ЦП - 0,87, лейкоциты – 12\*10<sup>9</sup>/л, э-40%, п-4%, с-34%, л-20%, м-2%. СОЭ 35 мм/час.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 53.Ревматическая лихорадка, ревматический кардит; хроническая ревматическая болезнь сердца**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Современная классификация.
- Клинические формы ревматизма,
- Диагностические критерии.
- Этапы лечения больных ревматизмом.
- Реабилитация.
- Диспансеризация.
- Первичная и вторичная профилактика.
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Ревматическая лихорадка вызывается:**

- =β-гемолитическим стрептококком группы А;
- ~β-гемолитическим стрептококком группы С;
- ~вирусом Эпштейн-Барр;
- ~золотистым стафилококком.

**Для вторичной сезонной профилактики ревматизма используется препарат:**

- ~ампициллин;
- ~дигоксин;
- ~делагил;
- =бициллин.

**Длительность профилактического курса пенициллиновых производных у больных, перенесших острую ревматическую лихорадку без формирования порока сердца, составляет \_\_\_\_\_ после перенесенной атаки:**

- ~5 лет;
- ~3 года;
- ~40 лет;
- =10 лет.

**После перенесенной стрептококковой инфекции ревматическая лихорадка возникает через:**

- =2-3 недели;
- ~1-2 года;
- ~10 месяцев;
- ~4 дня.

**Наиболее типичным признаком ревматической лихорадки является:**

- ~кольцевидная эритема;
- ~узловатая эритема;
- ~малая хорея;
- =«летучий» артрит.

**Самой частой причиной приобретенного митрального порока сердца является:**

- ~перикардит;
- ~инфекционный эндокардит;
- ~инфаркт миокарда;
- =ревматическая лихорадка.

**Характерным поражением кожи при острой ревматической лихорадке является эритема;**

- ~узловатая;
- =кольцевидная;
- ~мигрирующая;
- ~экссудативная.

**Дополнительным методом исследования, применяемым для диагностики пороков сердца, является:**

- ~проба с физической нагрузкой – велоэргометрия;
- ~сцинтиграфия сердца с таллием для визуализации порока;
- =эхокардиография с доплероанализом;
- ~коронароангиография с вентрикулографией.

**Критерием диагноза острой ревматической лихорадки является:**

- =полиартрит;
- ~пневмонит;
- ~гломерулонефрит;
- ~геморрагический васкулит.

**Какой симптом объединяет такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок?**

- ~диастолический шум на верхушке;
- ~систо-диастолический шум;
- ~шум Флинта;
- =систолический шум на верхушке.

**Какой признак характерен для митральной недостаточности?**

- ~пульсация печени;
- ~астеническая конституция;
- =увеличение сердца влево;
- ~дрожание у левого края грудины.

**При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?**

- ~недостаточность аортального клапана;
- =стеноз устья аорты;
- ~стеноз митрального клапана;
- ~недостаточность трикуспидального клапана.

**У 6-го 15 лет смещение верхушечного толчка влево, границы смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. На верхушке ослабление 1 тона, систолический шум, акцент 2 тона над легочной артерией. При R-графии увеличение левых отделов сердца. Диагноз:**

- ~сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
- =недостаточность митрального клапана;
- ~недостаточность устья аорты;
- ~стеноз устья аорты.

**Шум Флинта обусловлен:**

- ~относительной митральной недостаточностью;
- =относительным митральным стенозом;
- ~высокой легочной гипертензией, относительной недостаточностью клапана легочной артерии;
- ~аортальной недостаточностью.

**Каким отделом сердца образована правая граница относительной тупости?**

- =правым предсердием;
- ~правым желудочком;
- ~левым желудочком;
- ~ушком левого предсердия и conus pulmonalis.

**Левая граница относительной тупости сердца образована:**

- ~правым предсердием;
- ~правым желудочком;
- =левым желудочком;
- ~аортой (восходящая часть).

**Каким отделом сердца образована верхняя граница относительной тупости?**

- ~правое предсердие;
- ~левый желудочек;
- =ушко левого предсердия и conus pulmonalis;

~аорта (восходящая часть).

**Противопоказанием к проведению санаторно-курортного этапа реабилитации больным с ХРБС является:**

- ~фаза ремиссии;
- =непрерывно-рецидивирующее течение;
- ~бициллинопрофилактика;
- ~лечение НПВП.

**Санаторно-курортный этап реабилитации больных с ХРБС включает:**

- ~метаболическую терапию;
- ~медикаментозное лечение;
- ~бициллинопрофилактику;
- =бальнеотерапию;

**Показанием к поликлиническому этапу реабилитации больным с ХРБС является:**

- ~выраженный суставной синдром;
- ~лихорадка;
- =завершение курса стационарного лечения ОРЛ;
- ~завышенные титры противострептококковых антител.

**Диспансерный этап реабилитации ХРБС предполагает:**

- ~лечение НПВП больных;
- =регулярные осмотры больных;
- ~лечение глюкокортикостероидами;
- ~лечение метаболическими препаратами.

**Для ревматического полиартрита характерно:**

- ~стойкая деформация суставов;
- ~нестойкая деформация суставов;
- =поражение крупных и средних суставов;
- ~поражение мелких суставов.

**Выберите лабораторный тест, который наиболее информативен для подтверждения диагноза полимиозита:**

- ~антинуклеарный фактор;
- ~ревматоидный фактор;
- ~антитела к мышечным антигенам;
- =повышение в крови уровня креатинкиназы.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ревматизмом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ревматизмом.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ревматизмом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ревматизмом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ревматизмом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов с ревматизма.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ревматизма с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ревматизмом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ревматизмом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная М., 23-х лет, студентка, обратилась к участковому врачу с жалобами на повышение температуры до 37,8 в течение 2-х дней, боли в голеностопных суставах, слабость, потливость, одышку при ходьбе обычным шагом, появление к вечеру отечности стоп и тяжести в правом подреберье. Ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением.

Объективно: Астенического телосложения. Рост 158 см, вес тела 48 кг. Кожа влажная, румянец на щеках, цианоз губ и носогубного треугольника, мраморность кожи конечностей. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон – ослаблено. При осмотре грудной клетки верхушечный толчок виден на глаз в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, разлитой. При перкуссии левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая – у правого края грудины. Тоны сердца ритмичные, 1 тон усилен (хлопающий) на верхушке сердца, 2 тон усилен и расщеплен во 2 межреберье слева от грудины. В 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии выслушиваются систолический и диастолический с пресистолическим усилением шума. Систолический шум проводится влево к подмышечной области. ЧСС 92 в мин, пульс на лучевой артерии малый, ритмичный 92 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, в правом подреберье определяется болезненный край печени, выступающий на 3 см из-под реберного края по правой средне-ключичной линии. Голеностопные суставы отечны, горячие, болезненные. Отеки стоп, нижней трети голени.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови: эритроциты –  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $9,2 \cdot 10^9/л$ , тромбоциты  $180 \cdot 10^9/л$ , формула: б – 0%; э – 1%; п – 11 %; с – 45%; м – 13 %; л – 30%, СОЭ – 36 мм/ч. С-реактивный белок – 20 мг/л (N 0–6 г/л). АСЛ-О 300 Ед/мл (N 0–200 Ед/мл). В мазке из зева обнаружен  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А. ЭХОКГ: Аортальный клапан – норма. Левое предсердие (передне-задний размер) – 4,2 см (N 1,85-3,3 см). Створки митрального клапана (МК) утолщены с участками повышенной яркости, амплитуда открытия снижена, сепарация створок, скорость раннего диастолического прикрытия передней митральной створки снижена, площадь митрального отверстия (планиметрическая) –  $1,9 \text{ см}^2$  (N 4-6  $\text{см}^2$ ). Хорды МК укорочены. Левый желудочек – КДР – 5,5 см (N 3,5-5,5 см), КСР-3,8 см (N 2,2-4,0 см), ФВ – 55% (55-75 %), ЗСЛЖ, МЖП – норма. Движение правильное. Правый желудочек Дд (по длинной оси) – 3,6 см (N 0,95-2,05 см), диаметр фиброзного кольца ЛА- 2,4 см (N 1,0 – 2,2 см). Створки ЛА тонкие, подвижные. Легочная гипертензия (СДПЖ 38 мм рт ст). Перикард не изменен. Допплерография: митральный клапан – в диастолу регистрируется патологический турбулентный поток, скорость кровотока 180 мм/с, градиент давления 13,8 мм рт.ст., в систолу поток регургитации 2 ст.

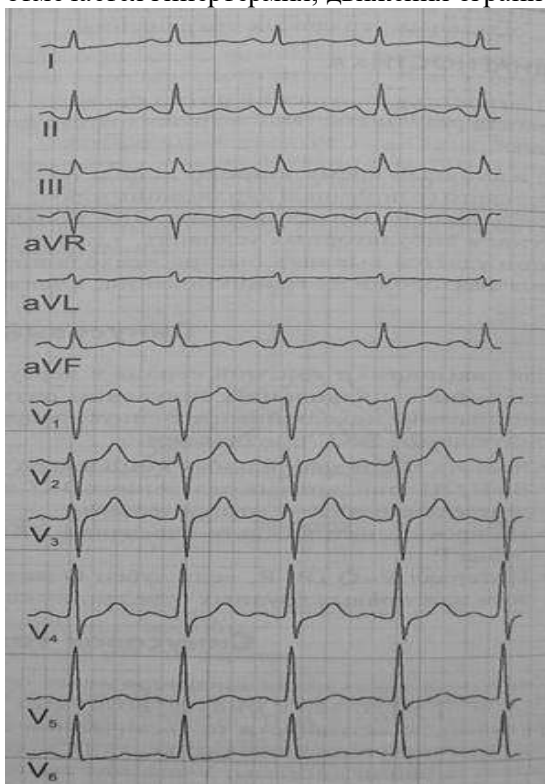
Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная Н., 18 лет, студентка, поступила в стационар с жалобами на одышку, ощущение дискомфорта за грудиной, боли в правом коленном суставе, повышение температуры тела до 38°C. Из анамнеза – в детстве часто болела ангиной. Последний раз перенесла ангину 3 недели назад. Несколько дней назад появилась одышка, общее самочувствие ухудшилось, вчера повысилась температура, появилась интенсивная боль и отек в коленном суставе. После приема ибупрофена отмечает значительное уменьшение явлений артрита. Вызвала врача на дом. Была направлена в стационар на обследование и лечение.

Общее состояние удовлетворительное. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются размером до 1 см в диаметре. На коже голени – сыпь в виде розовых колец, до 2-3 см в диаметре, бледная, безболезненная, не склонная к слиянию. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, второй тон усилен над легочной артерией. На верхушке первый тон ослаблен, выслушивается дополнительный III тон и слабый систолический шум, усиливающийся на левом боку. ЧСС – 110 уд. в минуту, АД 110/70 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края

реберной дуги. Мочиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет. Левый голеностопный сустав деформирован за счет отека, кожные покровы над суставом не изменены, локально отмечается гипертермия; движения ограничены за счет отека и боли.



Обследование.

Общий анализ крови – Эритроциты –  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты -  $8,9 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 2%, п/я нейтрофилы - 5%, с/я нейтрофилы – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты - 8%, СОЭ – 38 мм/ч.

Общий анализ мочи – прозрачная, светло-желт., плотность - 1020, реакция кислая, белок – 0,033 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Биохимические исследования крови: общий белок – 70 г/л, альбумины - 50%, глобулины:  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 14%,  $\beta$  – 13%,  $\gamma$ -17%. СРБ – 5 мг/л (в норме – до 1); фибриноген – 6,8 г/л, сиаловые кислоты – 244 ед (норма до 220 ед.).

Титр «АСЛ-О» - 1:1500 (норма до 1:250). Ревматоидный фактор – отрицательный, реакция Хеддельсона-Райта – отрицательная.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** Больная Н., 38 лет. При плановой диспансеризации — сердцебение при физической нагрузке, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна. Страдает ревматизмом с 15 лет. Общее состояние удовлетворительное. Цианоз губ, кончи- ка носа, цианотический румянец щек. В легких дыхание жестковатое, единичные сухие хрипы. ЧДД — 20 в 1 мин. В области верхушки сердца щелчок в 5 межреберье по переднеподмышечной ли- нии, разлитой. Границы относительной сердечной тупости сме- шены вверх (1 см) и влево (1,5 см). 1 тон ослаблен, акцент 11 тона на легочной артерии, щелчок открытия митрального кла- пана. На верхушке щий всю систолу, проводится в левую подмышечную область и короткий мягкий пресистолический шум на верхушке, не проводится. Пульс— 92 уд. в 1 мин. ЧСС-92. АД - 110/80 Мм. рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Перифериче- ских отеков нет. Температура жалобы на одышку и - пресистолическое дрожание. Верху- грубый систолический шум, занимаю- 36,6°.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 54.Ревматоидный артрит.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Клиника, диагностика,
- Диф. диагностика.
- Принципы и методы этапной терапии РА,
- Диспансеризация больных РА,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит?**

- =воспалительным;
- ~дегенеративным;
- ~метаболическим;
- ~реактивным.

**Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите?**

- ~дистальные межфаланговые суставы;
- =проксимальные межфаланговые суставы;
- ~первый пястно-фаланговый сустав;
- ~суставы шейного отдела позвоночника.

**Симптомом для ранней диагностики ревматоидного артрита является:**

- ~латеральная девиация суставов кистей;
- ~болезненность при пальпации ахиллова сухожилия;
- =утренняя скованность;
- ~деформация проксимальных межфаланговых суставов.

**Об активности ревматоидного артрита свидетельствует:**

- =ускорение СОЭ;
- ~повышение билирубина;
- ~повышение АЛТ;
- ~высокий титр АСЛ-0.

**При осмотре больного ревматоидным артритом обнаруживается:**

- ~покраснение в области суставов;
- ~узловатая эритема;
- =ульнарная девиация пальцев кисти;
- ~хруст в суставах.

**Для ревматоидного артрита характерно:**

- ~ не симметричное поражение суставов;
- =симметричность поражения суставов;
- ~поражение дистальных межфаланговых суставов;
- ~выраженная гиперемия в области суставов.

**Наиболее характерным легочным проявлением ревматоидного артрита является:**

- ~кровохарканье;
- ~высокое содержание глюкозы в плевральной жидкости (более 20 мг%);
- =фиброзирующий альвеолит;
- ~пневмонит.

**Лабораторным признаком активности ревматоидного артрита является:**



- =наличие СРБ;
- ~повышение АСТ;
- ~повышение ЛДГ;
- ~лейкоцитоз.

**При осложнении ревматоидного артрита, анализ мочи является информативным тестом при**

- ~синдроме Хаммена-Рича;
- ~перикардите;
- =амилоидозе;
- ~дигитальном ангиите.

**Средствами базисной терапии ревматоидного артрита являются:**

- =метотрексат;
- ~аспирин;
- ~преднизолон;
- ~ибупрофен.

**Какое системное проявление ревматоидного артрита является противопоказанием к ГКС-терапии?**

- ~интерстициальный нефрит;
- ~плеврит;
- =амилоидоз;
- ~интерстициальный фиброз легких.

**Что входит в основную задачу ЛФК при реабилитации больных ревматоидным артритом?**

- ~повышение адаптации дыхательной системы;
- ~повышение адаптации сердечно-сосудистой системы;
- ~повышение физической работоспособности;
- =активация оссификации.

**Санаторный этап реабилитации при ревматоидном артрите противопоказан при:**

- =наличии обострений у больного с преимущественно суставной формой;
- ~вне фазы обострения;
- ~с затухающими экссудативными явлениями в суставах;
- ~наличии деформаций и контрактур.

**Лечебная гимнастика при ревматоидном артрите применяется:**

- ~в период приема базисных препаратов;
- ~в период экссудативных явлений в суставах;
- ~после лечения глюкокортикостероидами;
- =после стихания выраженных экссудативных явлений в суставах.

**При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы:**

- ~позвоночника;
- =межфаланговые;
- ~крестцово-подвздошного сочленения;
- ~челюстно-лицевые.

**Какая патология считается специфической для подросткового возраста?**

- ~хронический пиелонефрит;
- ~плоскостопие;
- ~сколиоз;
- =ювенильный ревматоидный артрит.

**До установления точного диагноза можно начать лечение артрита с:**

- ~сульфаниламидов;
- ~антибиотиков;
- =нестероидных противовоспалительных препаратов;
- ~преднизолона.

**Что из нижеперечисленного указывает на суставной характер болей?**

- ~деформация сустава;
- ~хруст в суставе;
- =припухлость сустава;
- ~боль возникает при нагрузке на сустав.

**Главным показателем аутоиммунной природы ревматоидного артрита является:**

- =наличие ревматоидного фактора;

- ~обнаружение антител к гладкой мускулатуре;
- ~обнаружение LE-клеток;
- ~наличие высоких титров антистрептолизина.

**Ревматоидный фактор представляет собой:**

- ~антитело к синовиальной оболочке;
- ~простагландин;
- ~b-макроглобулин;
- =антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

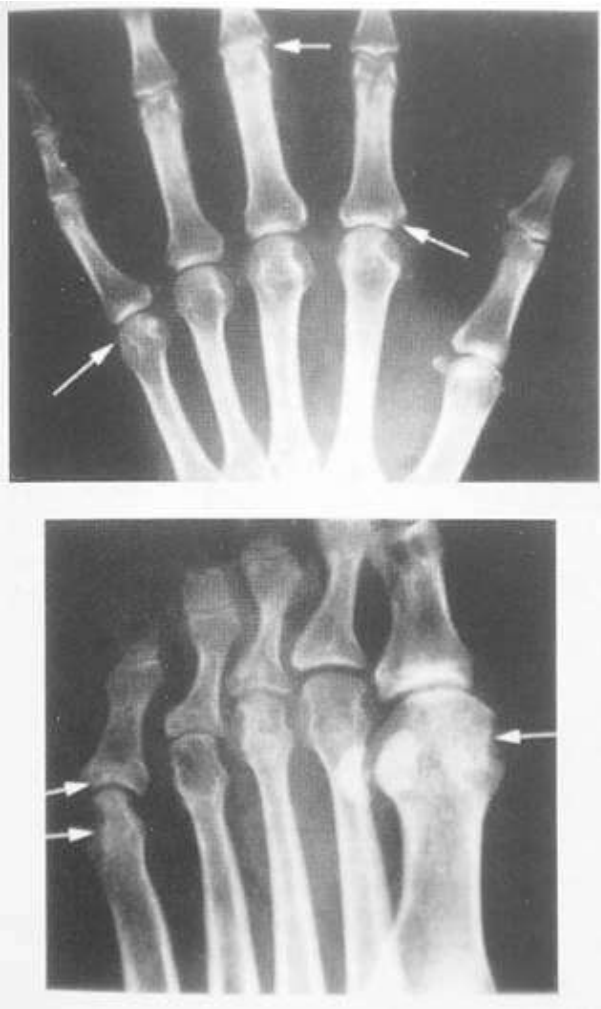
- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ревматоидным артритом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ревматоидным артритом.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ревматоидным артритом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ревматоидным артритом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ревматоидным артритом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов ревматоидного артрита.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ревматоидного артрита с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ревматоидным артритом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ревматоидным артритом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная Ж., 37 лет, работает маляром, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в лучезапястных, пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей. Боль в указанных суставах наиболее выражена во второй половине ночи и в ранние утренние часы. Так же отмечает утреннюю скованность в течение двух часов, субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больной около пяти месяцев, когда вечерами стала подниматься температура тела до 37С. Появилась быстрая утомляемость при умеренной физической нагрузке, постепенно стали болеть суставы кистей. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, принимала per os диклофенак. Похудела за период болезни на 3 кг. В течение последних 10-ти дней боль в суставах усилилась, присоединилась скованность по утрам, суставы стали припухшими и горячими.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 уд в мин., АД 125/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, размеры печени – 10см/8см/7см. На кистях – западение межкостных мышц на тыле кистей и мышц тенора, пальмарная эритема. Припухлость в области лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, локальная гипертермия; небольшое ограничение движений, снижена мышечная сила. Положительный тест бокового сжатия.



Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты –  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 108 г/л, лейкоциты –  $9,0 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 1%, п/я нейтрофилы - 8%, с/я нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 34 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины-50%, глобулины:  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 14%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$ -17%. СРБ – 3 мг, фибриноген – 5,8 г/л, сиаловые кислоты – 250 единиц (норма до 220 ед.); мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л).

Ревматоидный фактор – в титре 1:180 (в норме не обнаруживается). Реакция Хеддельсона-Райта – отрицательная. LE-клетки трижды – отрицательный результат. Антитела к ДНК – отрицательные, антинуклеарный фактор – отрицательный результат.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка А., 48 лет, поступила в тер. отделение.

Жалобы на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость.

Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес.

Объективно: температура  $37,2^{\circ}C$ . Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Имеется болезненность и деформация лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых

суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 55. Реактивный артрит, болезнь и синдром Рейтера.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Клиника,
- Критерии диагностики,
- Дифференциальная диагностика,
- Лечение,
- Профилактика,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Отметить наиболее характерные проявления поражения сердечно-сосудистой системы при болезни Рейтера:**

- ~ИБС;
- =аортальная недостаточность;
- ~митральный стеноз;
- ~гипертоническая болезнь.

**Артрит, уретрит, конъюнктивит-триада, типичная для:**

- =синдрома Рейтера;
- ~синдрома Фелти;
- ~ревматоидного артрита;
- ~СКВ.

**Признаки болезни Рейтера:**

- ~миозит;
- ~плеврит;
- =уретрит;
- ~частое обнаружение ревматоидного фактора.

**Отметить наиболее характерные проявления поражения сердечно-сосудистой системы при болезни Рейтера:**

- ~ИБС;
- =аортальная недостаточность;
- ~митральный стеноз;
- ~гипертоническая болезнь.

**Лабораторными признаками болезни Рейтера являются:**

- ~ревматоидный фактор;
- =повышение СОЭ;
- ~протеинурия;
- ~анемия.

**Для болезни Рейтера в диагностике характерно:**

- =обнаружение хламидий;
- ~появление протеинурии;
- ~повышение ревматоидного фактора;
- ~повышение СОЭ.

**Персистирующий односторонний сакроилеит характерен для:**

- ~подагры;
- ~болезни Бехтерева;
- ~остеоартроза;
- =синдрома Рейтера.

**Какое поражение характерно для болезни Рейтера:**

- ~ирит и иридоциклит;
- ~склерит;
- =конъюнктивит;
- ~катаракта.

**Для суставного синдрома Рейтера характерно:**

- =генерализованный полиартрит;
- ~сосискообразная деформация пальцев стоп;
- ~сосискообразная деформация пальцев рук;
- ~артрит суставов 1-го пальца стоп.

**Укажите не характерный признак инфекционного артрита:**

- ~лихорадка, озноб;
- ~в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево;
- ~синовиальная жидкость – высокий цитоз, 90% нейтрофилов;
- =полиартрит.

**Клинические признаки реактивного артрита:**

- ~симметричный артрит мелких суставов кистей;
- =асимметричный артрит суставов нижних конечностей;
- ~двусторонний сакроилеит;
- ~симметричный артрит суставов нижних конечностей.

**Поражение каких суставов наиболее характерно для реактивного артрита?**

- ~пястно-фаланговых;
- =плюсне-фаланговых;
- ~локтевых;
- ~тазобедренных.

**Наиболее эффективные средства для санации очага инфекции при реактивном артрите:**

- ~индометацин;
- =азитромицин;
- ~пенициллин;
- ~сульфаниламиды.

**При псориатического артрите наблюдается:**

- =поражение дистальных межфаланговых суставов;
- остеофиты;
- ~тофусы;
- ~"штампованные" дефекты эпифизов костей.

**Что из нижеперечисленного указывает на суставной характер болей?**

- ~деформация сустава;
- ~хруст в суставе;

=припухлость сустава;

~боль возникает при нагрузке на сустав.

**При урогенной форме реактивного артрита триггерной инфекцией чаще всего является**

=Chlamydia trachomatis

~Campylobacter jejuni

~Salmonella enteritidis

~Yersinia enterocolitica

**Хронизация реактивного артрита наиболее характерна для**

=урогенной инфекции

~энтерогенной инфекции

~хламидийной инфекции дыхательных путей

**Острым течением реактивного артрита называют длительность болезни в пределах**

~одного месяца

~двух месяцев

~трех месяцев

~шести месяцев

**Интервал между мочеполовой или кишечной инфекцией и дебютом реактивного артрита не превышает**

~1-2 недель

~3-4 недель

=6-8 недель

~10-12 недель

**В случае развития стойких дактилитов дифференциальная диагностика проводится, в первую очередь, между реактивным артритом и**

~ревматоидным артритом

=псориатическим артритом

~остеоартритом

~подагрой

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с реактивным артритом, болезнью и синдромом Рейтера с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с реактивным артритом, болезнью и синдромом Рейтера.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с реактивным артритом, болезнью и синдромом Рейтера.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с реактивным артритом, болезнью и синдромом Рейтера.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с реактивным артритом, болезнью и синдромом Рейтера.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов реактивного артрита, болезни и синдрома Рейтера.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики реактивного артрита, болезни и синдрома Рейтера с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с реактивным артритом, болезнью и синдромом Рейтера с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с реактивным артритом, болезнью и синдромом Рейтера с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, с реактивным артритом, болезнью и синдромом Рейтера с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 23 года. Беспокоят боли в левом коленном и голеностопных суставах, их отёк, повышение температуры до 38 градусов, жидкий стул, тошнота. При осмотре - припухлость, покраснение и болезненность указанных суставов, ограничение движений в них. Анализ крови: лейкоциты  $13,4 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ-34 мм/час, Нб-130 г/л. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 80 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при пальпации в проекции толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной Б., 32 лет, экономист. Обратился в стационар с жалобами на боль в левом голеностопном суставе и мелких суставах левой стопы, особенно при ходьбе, повышение температуры тела до 38,2 С, сопровождающееся ознобом. Общую слабость.

Заболел три недели назад, когда впервые повысилась температура тела до 38,8 С. Появились боль и припухлость правого коленного сустава. После двухдневного приема анальгина указанные симптомы исчезли, продолжал работать. Спустя неделю вновь повысилась температура тела, присоединились головная боль, резь в глазах, боль в суставах левой ноги (голеностопном и мелких суставах стопы).

При амбулаторном обследовании выявлены лейкоцитоз, увеличение СОЭ, лейкоцитурия. Лечение противовоспалительными препаратами оказались малоэффективным.

Объективно: состояние удовлетворительное. Левый голеностопный сустав увеличен в объеме, кожа гиперемирована, движения в нем болезненны. Отмечается припухлость II и IV пальцев левой стопы с синюшно-багровой окраской кожи. В легких везикулярное дыхание, границы сердца не изменены, тоны ясные, тахикардия. АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости – патологии нет.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 56. Деформирующий остеоартроз.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Клиника,
- Особенности течения,
- Критерии диагностики,
- Дифференциальная диагностика,
- Лечение,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

#### Тестовый контроль:

Для грязевых аппликаций при ДОА с синовитом применяется температура в пределах:

- ~32°-33°;
- ~36°-37°;
- ~34°-35°;
- =38°-40°.

### **Какие признаки характерны для артроза?**

- =механические боли;
- ~повышение кожной температуры над суставами;
- ~припухлость суставов;
- ~гиперпигментация кожи над пораженными суставами.

### **Что из нижеперечисленного указывает на суставной характер болей?**

- ~деформация сустава;
- ~хруст в суставе;
- =припухлость сустава;
- ~боль возникает при нагрузке на сустав.

### **Проявлением остеоартроза каких суставов являются узелки Бушара?**

- =проксимальных межфаланговых суставов кисти;
- ~дистальных межфаланговых суставов кисти;
- ~коленного сустава;
- ~первого плюснефалангового сустава.

### **Какие лабораторные показатели присущи остеоартрозу?**

- ~лейкоцитоз;
- ~лейкопения;
- ~тромбоцитопения;
- =нормальные показатели крови.

### **Что из нижеперечисленного составляет характерную рентгенологическую картину остеоартроза?**

- ~остеопороз;
- ~множественные эрозии суставных поверхностей;
- =остеофитоз;
- ~сужение суставной щели.

### **Поражение каких суставов не характерно для генерализованного остеоартроза?**

- ~дистальных межфаланговых;
- ~проксимальных межфаланговых;
- =лучезапястных;
- ~коленных.

### **Перечислите препараты базисной терапии остеоартроза:**

- ~преднизолон;
- ~индометацин;
- =румалон;
- ~делагил.

### **Для грязевых аппликаций при ДОА без синовита применяется температура в пределах:**

- ~40°-41°;
- =42°-44°;
- ~38°-39°;
- ~36°-37°.

### **Санаторный этап реабилитации при ДОА показан:**

- ~3 раза в год;
- ~2 раза в год;
- =1 раз в год;
- ~1 раз в 2 года.

### **У больных артритами и артрозами на санаторном этапе реабилитации лечебная физкультура включает:**

- =лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств, ходьбу;
- ~динамические упражнения для пальцев стопы, волейбол;
- ~динамические упражнения в коленном суставе, баскетбол;
- ~изометрического напряжения мышц стопы и голени, подвижные игры.

### **Периодическое «заклинивание» сустава наиболее характерно для:**

- ~псориатической артропатии;
- ~ревматоидного артрита;
- ~подагры;
- =остеоартроза.



**Клинический и биохимический анализы крови при остеоартрите, как правило, демонстрируют:**

- ~гипохромную анемию;
- =нормальные показатели;
- ~увеличение трансаминаз;
- ~интенсивное воспаление.

**К методам лечения, не входящим в комплекс лечения идиопатического сколиоза, относится:**

- =медикаментозная терапия;
- ~лечебная физкультура;
- ~массаж;
- ~мануальная терапия.

**Узелки Гебердена и Бушара характерны для:**

- ~болезни Бехтерева;
- =остеоартроза;
- ~ревматоидного артрита;
- ~болезни Рейно.

**Выделяют \_\_\_\_\_ степени выраженности стойких нарушений функций организма человека:**

- ~5;
- ~3;
- ~2;
- =4.

**При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения, листки нетрудоспособности продлеваются на весь период:**

- ~санаторно-курортного лечения и время проезда, но не более, чем на 30 календарных дней;
- =санаторно-курортного лечения и время проезда, но не более, чем на 24 календарных дня;
- ~санаторно-курортного лечения и время проезда за вычетом длительности очередного и дополнительного отпусков;
- ~санаторно-курортного лечения.

**В лечебной гимнастике больных поясничным остеохондрозом при затухающем обострении не включают:**

- ~упражнения на расслабление мышц;
- ~статические напряжения мышц спины и живота;
- =динамические упражнения в поясничном отделе с максимальной амплитудой и упражнения с гантелями;
- ~упражнения на растяжение позвоночника и статические напряжения мышц спины и живота.

**В лечебной гимнастике больных шейным остеохондрозом с синдромом вертебро-базилярной артерии не применяют упражнения:**

- ~на тренировку равновесия;
- ~статического напряжения мышц шеи и головы;
- =с максимальной амплитудой в шейном отделе позвоночника;
- ~на координацию движений.

**Наиболее важным рентгенологическим признаком остеохондроза позвоночника является:**

- ~формирование синдесмофитов между телами позвонков;
- ~кальцификация межпозвоночных дисков;
- =уменьшение промежутков между телами позвонков;
- ~усиление грудного кифоза.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с ДОО с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с ДОО.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ДОО.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ДОО.

- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ДОА.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов ДОА.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ДОА с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза ДОА с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с ДОА с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с ДОА с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная 59 лет, пенсионерка, обратилась с жалобами на боли в коленных суставах, усиливающиеся во время и после ходьбы, в конце дня, уменьшающиеся в покое, хруст при движении в коленных суставах.

Боли в коленных суставах появились около 10 лет назад. Лечилась самостоятельно, используя мази. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 3-х дней, когда после длительной ходьбы боли в коленных суставах усилились, появилась припухлость.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно-влажные. Рост 165 см, вес 85 кг. Походка анталгическая. При осмотре коленных суставов отмечается варусная деформация, дефигурация. Пальпаторно определяются припухлость, крепитация при движении. Ограничено сгибание и разгибание суставов. Гипотрофия мышц голени и бедер. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Прекардиальная область не изменена. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 130 на 78 мм рт.ст.. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Отеков нет.

В общем анализе крови: эритроциты – 3,8 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 128 г/л, лейкоциты – 6,0 x 10<sup>9</sup>/л, формула: э – 1%, п – 6%, с – 61%, л – 23%, м – 9%, тромбоциты - 280 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 12 мм/ч.

На рентгенограммах коленных суставов – сужение суставных щелей, выражен субхондральный склероз, массивные остеофиты суставных поверхностей.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка Б., 48 лет, повар, поступила в клинику с жалобами на ломящие, жгучие боли в суставах стоп и кистей, в коленных и голеностопных суставах.

6 лет назад впервые появились боли в суставах стоп и кистей по вечерам. Ничем не лечилась. Через 2 года присоединились боли и припухлость в голеностопных суставах. Принимала вольтарен. Отмечала также хруст в коленных суставах, а еще через год появились боли в них, усиливающиеся к вечеру. Хруст стал более грубым. Стало трудно ходить из-за болей.

У матери заболевание суставов. Работает поваром. Работа связана с длительным пребыванием на ногах, с тяжелыми физическими нагрузками, с перепадом температур.

Общее состояние удовлетворительное. Коленный сустав справа отечен, хруст, резкая болезненность и ограничение активных и пассивных движений. Межфаланговые дистальные суставы кистей деформированы, движения в них в полном объеме.

Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, АД – 120 и 80 мм.рт.ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

Анализ крови – без патологии, СОЭ – 28 мм/час.

Анализ мочи без патологии.

СРБ (+), сиаловая кислота 0,230 ед., мочевая кислота – 0,35 ммоль/л. Ревматоидный фактор (-).

R-графия голеностопного и коленного суставов:



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 57. Болезнь Бехтерева.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Клиника,
- Классификация,
- Критерии диагностики,
- Дифференциальный диагноз.
- Лечение,
- Реабилитация,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Терапию какими препаратами считают основной при анкилозирующем спондилите?**

- ~кортикостероидами;
- =НПВС;
- ~производными 4-аминохинолина;
- ~цитостатиками.

**Какую рентгенограмму целесообразно сделать для подтверждения болезни Бехтерева?**

- ~голеностопных суставов;
- ~тазобедренных суставов;
- =позвочника;
- ~коленных суставов.

**Для ризомиелической формы болезни Бехтерева характерно:**

- ~поражение позвоночника;
- =поражение позвоночника и корневых суставов;
- ~поражение позвоночника и мелких суставов кистей и стоп;
- ~поражение позвоночника и периферических суставов (коленных и голеностопных).

**Скандинавский вариант болезни Бехтерева похож на суставной синдром при:**

- =ревматоидном артрите;
- ~болезни Рейтера;
- ~подагре;
- ~СКВ.

**Клинические признаки б. Бехтерева:**

- =нарушение подвижности позвоночника;
- ~утренняя скованность в мелких суставах;
- ~"стартовые боли" в коленных и тазобедренных суставах;
- ~ульнарная девиация кисти.

**Рентгенологическими признаками болезни Бехтерева являются:**

- ~односторонний сакроилеит;
- ~округлые дефекты костей черепа;
- ~стартовые боли" в коленных и тазобедренных суставах;
- =остеофиты пяточных костей и костей таза.

**Диагноз б. Бехтерева можно предположить на основании:**

- ~болей механического типа в суставах;
- ~артрита плюсне-фалангового сустава;
- ~болей в пояснице;
- =ранних признаков двустороннего сакроилеита на рентгенограмме.

**Проявлением болезни Крона не связанным с активностью процесса является:**

- =спондилит (болезнь Бехтерева);
- ~узловатая эритема;
- ~кератит;
- ~язвенное поражение слизистой ротовой полости.

**Рентгенологическим признаком анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева) является:**

- ~округлый дефект костей черепа;
- ~остеофит пяточных костей и костей таза;
- =двусторонний сакроилеит;
- ~односторонний сакроилеит.

**Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:**

- =ирит и иридоциклит;
- ~склерит;
- ~конъюнктивит;
- ~блефарит.

**Поражение позвоночника при болезни Бехтерева начинается с:**

- ~шейного отдела;
- ~поясничного отдела;
- =крестцово-подвздошных суставов;
- ~грудного отдела.

**При анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева) первыми вовлекаются суставы:**

- =корневые;
- ~дистальные межфаланговые;
- ~коленные;
- ~проксимальные межфаланговые.

**Выявление болезненности в области крестцово-подвздошных суставов у больного с длительно текущим рецидивирующим моноартритом крупного сустава осевого скелета свидетельствует о:**

- ~псориатическом артрите;
- ~ревматоидном артрите;
- ~пояснично-крестцовом остеохондрозе;
- =анкилозирующем спондилите

**Для воспалительной боли в спине при анкилозирующем спондилите характерно:**

- ~возникает/усиливается при физической активности, уменьшается после отдыха
- =возникает в период покоя в утренние часы, уменьшается при физических упражнениях
- ~характерно рецидивирующее течение
- ~возникает в любом отделе позвоночника без иррадиации
- ~общее состояние не страдает

**Сакроилиит при анкилозирующем спондилоартрите проявляется:**

- =болью в ягодицах, области крестцово-подвздошных суставов с иррадиацией в ягодичные складки, по задней поверхности бедра, в область больших вертелов бедренных костей (до колена)
- ~болью в пояснице, паравертебрально с иррадиацией до пальцев стопы по корешковому типу
- ~болью в крестце без иррадиации
- ~в большинстве случаев протекает без боли

**Наиболее информативный метод диагностики при боли в спине:**

- ~Рентгенография позвоночника
- ~Компьютерная томография
- =МРТ
- ~ Миелография
- ~Денситометрия

**НПВП в качестве анальгетика при боли в спине наиболее эффективны при:**

- ~спондилезе (остеохондрозе)
- =анкилозирующем спондилоартрите
- ~переломах позвонков, вследствие остеопороза
- ~грыже межпозвоночного диска
- ~любом из вышеперечисленных заболеваний;

**Заподозрить анкилозирующий спондилоартрит позволяют все признаки, кроме**

- ~болей в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
- ~скованности в позвоночнике в утренние часы
- ~конъюнктивита
- =выраженного деструктивного процесса только в суставах стоп

**Общими признаками заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, являются все перечисленные, кроме**

- =наличия ревматоидных узелков
- ~язв полости рта, кишечника, гениталий
- ~асимметричного артрита периферических суставов
- ~тенденции к семейной агрегации
- ~преимущественного поражения суставов верхних конечностей

**Наиболее существенным лабораторным показателем серонегативных спондилоартритов является**

- ~увеличение СОЭ
- ~гипергаммаглобулинемия
- =наличие HLA B27 позитивность
- ~анемия
- ~лейкоцитоз

**Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается**

- ~с шейного отдела
- =с поясничного отдела
- ~с крестцово-подвздошных суставов
- ~с грудного отдела
- ~с вовлечения в процесс всех отделов позвоночника

**У 17-летнего юноши отмечаются боли и скованность в пояснице, которые возникают после занятий спортом и длятся несколько дней. При осмотре изменений суставов и позвоночника не выявлено. На рентгенограммах позвоночника и крестцово-подвздошных суставов изменений не отмечается. СОЭ 13 мм/ч. Выявлен HLA В. Лечебной тактикой является**

- ~рентгенологическое исследование толстого кишечника
- ~исследование глаз щелевой лампой
- =назначение вольтарена на неделю
- ~рекомендация сделать перерыв в занятиях спортом
- ~рекомендация наращивать физические нагрузки

**Для ранней стадии болезни Бехтерева характерно все перечисленное, кроме**

- ~молодого возраста 55
- =механического характера болей в суставах и позвоночнике
- ~двустороннего коксита
- ~боли при пальпации крестцово-подвздошных суставов

~положительного симптома Кушелевского

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с болезнью Бехтерева с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с болезнью Бехтерева.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с болезнью Бехтерева.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с болезнью Бехтерева.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с болезнью Бехтерева.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов болезни Бехтерева.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики болезни Бехтерева с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с болезнью Бехтерева с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с болезнью Бехтерева с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 30 лет. Поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в позвоночнике, преимущественно в поясничном отделе, ограничение движения, "одеревенелость" позвоночника. Впервые боли появились 5 лет назад, сопровождались субфебрилитетом, позже температура, как правило, была нормальной. Лечился тепловыми процедурами. Через год к болям присоединилось ограничение подвижности в позвоночнике, распространявшееся снизу-вверх.

При осмотре: бледен, питание пониженное. Движения в позвоночнике резко ограничены, выраженная атрофия мышц спины, бедер. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 66 в минуту. АД - 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

На R-графии позвоночника – симптом «бамбуковой трости»



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.

4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной 44 года. Отмечает болезненность и опухание голеностопных суставов, в месте прикрепления ахиллового сухожилия к пяточной кости. В анамнезе – частые ангины. При осмотре: отёк голеностопных суставов, болезненность в них при пальпации и движении, болезненность при поколачивании в области крестцово-подвздошных сочленений. Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Тоны сердца ритмичные. Патологических шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Анализ крови: лейкоц. –  $12,8 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ-40 мм/час. Наличие антигена HLA B27.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 58. Остеопороз и подагра.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология остеопороза.
- Патогенез остеопороза.
- Классификация остеопороза.
- Факторы риска остеопороза.
- Клиника остеопороза.
- Лабораторно-инструментальная диагностика остеопороза.
- Диагноз остеопороза.
- Лечение остеопороза.
- Профилактика остеопороза.
- МСЭ остеопороза.
- Этиология и патогенез подагры,
- Клиника подагры,
- Критерии диагностики подагры,
- Дифференциальный диагноз подагры.
- Лечение подагры.
- Профилактика подагры.
- Диспансеризация подагры.
- МСЭ подагры.

Тестовый контроль:

**Критерии предположительного диагноза подагры:**

- ~узелки Бушара;
- ~двусторонний сакроилеит;
- ~узелки Гебердена;
- =припухание и боль в плюснефаланговом суставе.

**Что представляют собой тофусы?**

- ~отложение в тканях холестерина;
- =отложение в тканях уратов;
- ~остеофиты;
- ~уплотнение подкожной клетчатки.

**Какой препарат не назначают в остром периоде подагрического артрита?**

- =сульфасалазин;
- ~преднизолон;
- ~индометацин;

~колхицин.

**Положительный эффект от ежедневного перорального приема колхицина является общепринятым диагностическим тестом при:**

~ревматоидном артрите;

~болезни Бехтерева;

=подагре;

~пирофосфатной артропатии.

**Критерии предположительного диагноза подагры:**

~узелки Бушара;

~двусторонний сакроилеит;

~узелки Гебердена;

=припухание и боль в плюснефаланговом суставе.

**При псориатического артрите наблюдается:**

=поражение дистальных межфаланговых суставов;

остеофиты;

~тофусы;

~"штампованные" дефекты эпифизов костей.

**Препаратами выбора для лечения АГ у пациентов с подагрой являются:**

~прямые ингибиторы ренина;

=сартаны;

~тиазидные диуретики;

~бета-адреноблокаторы.

**Препаратами выбора у пациентов с подагрой являются:**

~мочегонные;

~бета-адреноблокаторы;

=сартаны;

~препараты центрального действия.

**Противопоказанием к назначению тиазидных диуретиков является:**

~сахарный диабет;

~инсульт в анамнезе;

~ИБС;

=подагра.

**Укажите наиболее типичные локализации подагрических тофусов:**

~в области крестца;

=в области разгибательной поверхности локтевого сустава;

~в области коленных суставов;

~хрящи носа.

**Положительный эффект от ежедневного перорального приема колхицина является общепринятым диагностическим тестом при:**

~ревматоидном артрите;

~болезни Бехтерева;

=подагре;

~пирофосфатной артропатии.

**Что относится к факторам риска остеопороза?**

~негроидная раса;

~высокая физическая активность;

=женский пол;

~повышенный вес тела.

**При хронической почечной недостаточности наблюдается:**

~гиперостоз;

=остеопороз;

~остеосклероз;

~остеофиты.

**В возникновении остеопоретических переломов играет роль:**

~отсутствие склонности к потере равновесия

=склонность к потере равновесия

~физиология костей



**В возникновении остеопоретических переломов играет роль:**

- ~минимальная плотность кости
- ~физиология костей
- =геометрия костей

**Прочность кости определяется:**

- =минеральной плотностью костной ткани+
- ~наличием костной ткани
- ~нет верного ответа

**Прочность кости определяется:**

- ~отсутствием костной ткани
- ~количеством костной ткани
- =качеством костной ткани

**В возникновении остеопоретических переломов играет роль:**

- =минеральная плотность кости
- ~максимальная плотность кости
- ~отсутствие склонности к потере равновесия

**Курение является фактором риска остеопороза поскольку:**

- ~не стимулирует разрушение половых гормонов, в первую очередь эстрогенов
- =стимулирует разрушение половых гормонов, в первую очередь эстрогенов
- ~увеличивает риск возникновения остеопороза и переломов только у женщин

**Курение является фактором риска остеопороза поскольку:**

- ~увеличивает риск возникновения остеопороза и переломов только у мужчин
- ~не способствует более раннему наступлению менопаузы
- =способствует более раннему наступлению менопаузы

**Активный витамин D:**

- =образуется в коже из 7-дегидрохолестерина под влиянием ультрафиолетового излучения
- ~образуется после 25-гидроксилирования в почках
- ~образуется в кишечнике из эргостерина

**Костная компьютерная томография позволяет оценить:**

- ~костный метаболизм
- =физиологическую массу костной ткани в) минеральную массу костной ткани

**Костная компьютерная томография позволяет оценить:**

- =качество костной ткани
- ~размер костной ткани
- ~костный метаболизм

**Минимальное количество витамина D из представленных продуктов содержится в:**

- =20 граммах сливочного масла
- ~1 стакане цельного молока
- ~120 граммах атлантической сельди

**Сенильный остеопороз:**

- = одним из механизмов его развития является нарушение метаболизма витамина D и вторичный гиперпаратиреоз
- ~приводит к возникновению переломов преимущественно тел позвонков
- ~приводит к потере костной ткани преимущественно в трабекулярной кости

**Фактором риска остеопороза и переломов является:**

- ~приём антагонистов кальция в течение 4 и более лет
- = время с момента предыдущего перелома менее 5 лет
- ~приём бета-блокаторов в течение 5 и более лет

**Фактором риска остеопороза и переломов является:**

- ~приём антагонистов кальция в течение 4 и более лет
- ~приём бета-блокаторов в течение 5 и более лет
- =приём психотропных препаратов

**Препаратами второй линии для лечения остеопороза являются:**

- ~азотсодержащие бисфосфонаты
- =препараты женских половых гормонов
- ~тирепаратид

**Препаратами второй линии для лечения остеопороза являются:**

~тирепаратид  
~азотсодержащие бисфосфонаты  
=кальцитонин

**20. Фактором риска остеопороза и переломов является:**

~физиология  
= предшествующие переломы

**Чаще всего подагра возникает**

=у мужчин  
~у женщин  
=40-50 лет  
~60-70 лет

**Типичная локализация первого подагрического приступа**

=плюснефаланговые суставы  
~пястно-фаланговые суставы  
~голеностопные суставы  
~коленные суставы

**Характерная особенность острого подагрического артрита**

~резистентность к нестероидным противовоспалительным средствам  
~нормальный уровень мочевой кислоты в крови  
=полное спонтанное выздоровление  
~выявление симптома «пробойника» на рентгенограмме сустава

**Если не проводится лечение, то после первой подагрической атаки повторный приступ обычно развивается в течение**

=первого года  
~второго года  
~третьего года  
~четвертого года или позже

**Диагноз подагры не вызывает сомнения в случае выявления**

=кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости  
=кристаллов мочевой кислоты в тофусе  
~стойкой гиперурикемии

**При первой подагрической атаке наиболее актуально проведение дифференциальной диагностики**

~с реактивным артритом  
=с ревматоидным артритом  
~с септическим артритом  
~с пирофосфатной артропатией

**Основой лечения острой подагрической атаки является назначение НПВП в полных дозах**

~глюкокортикостероидов  
~колхицина  
=нестероидных противовоспалительных препаратов в полных дозах  
~аллопуринола

**Целевой уровень мочевой кислоты сыворотки крови при лечении аллопуринолом составляет**

~менее 260 мкмоль/л  
~менее 320 мкмоль/л  
=менее 360 мкмоль/л

**Полная доза нимесулида при лечении острого подагрического артрита составляет**

~100 мг в сутки в 2 приема  
=200 мг в сутки в 2 приема  
~300 мг в сутки в 3 приема

**Для поддержания невысокого уровня мочевой кислоты в крови больные хронической тофусной подагрой должны получать**

~длительную низкодозовую терапию глюкокортикостероидами  
~нестероидные противовоспалительные препараты в полных дозах  
=аллопуринол  
~диуретики

**Лечение больных подагрой аллопуринолом предполагает**

- =подбор дозы препарата с учетом клиренса креатинина
- ~прекращение приема препарата при развитии подагрической атаки
- ~обязательное сочетание с приемом низких доз глюкокортикостероидов

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с остеопорозом и подагрой с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с остеопорозом и подагрой.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с остеопорозом и подагрой.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с остеопорозом и подагрой.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики остеопороза и подагры с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с остеопорозом и подагрой с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с остеопорозом и подагрой с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Женщина 75 лет обратилась на приём с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд.

Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост 160 см., вес 52 кг, ИМТ 20,3 кг/м<sup>2</sup>. При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчеркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 64 в минуту, АД 125/80 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9(0)×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты –  $7,8 \times 10^9/л$ , базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты –  $267 \times 10^9/л$ , СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной П., 43 лет, электросварщик, поступил в клинику с направительным диагнозом: ревматизм, с жалобами на боли в левом коленном суставе, в мелких суставах левой стопы и припухлость левого голеностопного сустава. Движения в них ограничены.

10 лет назад внезапно появились боли в пальцах левой стопы, покраснение и отек в правом коленном суставе с ограничением движений. Лечился амбулаторно бруфеном. Через 3 года с обострением болей в суставах стопы лечился в клинике, затем 4 года чувствовал себя удовлетворительно. После переохлаждения вновь появились боль и отечность правого коленного сустава. Был поставлен диагноз ревматоидного артрита. R-графия коленных суставов патологии нигде не выявила.

Через год присоединилась отечность и сильные боли в левом коленном суставе с ограничением движений. Принимал диклофенак, но эффект был незначительным. Начали беспокоить боли и в голеностопных и мелких суставах левой стопы. Поступил на обследование.

Наследственность не отягощена. В детстве – ангины.

Состояние удовлетворительное. Отечность и гиперемия первого пальца левой стопы, отечность, гиперемия и гипертермия левого коленного и левого голеностопного суставов с ограничением активных и пассивных движений.

Дыхание везикулярное, границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные. Шумы не выслушиваются. АД – 120 и 80 мм.рт.ст. ЭКГ без изменений. ЭхоКГ без особенностей.

R-графия коленных суставов – снижение высоты суставной щели, выраженные краевые остеофиты в левом коленном суставе.

УЗИ почек – микролиты обеих почек.

Через несколько дней появились интенсивные боли, отечность и покраснение I и V пальцев левой стопы. R-графия левой стопы – кистовидные просветления в плюснефаланговых суставах с сужением суставной щели.

Кровь: СОЭ – 35 мм/час, лейкоциты –  $10,5 \cdot 10^9$ /л. Другие показатели не изменены.

СРБ(+), сиаловая кислота – 0,260 ед. АСЛ-0-63 ед. Белковые фракции без патологии, мочевая кислота – 0,86 ммоль/л. РФ (-).

Моча без особенностей.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## ***Раздел 5. Болезни органов пищеварения.***

### **Тема 59. Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения.**

#### **Собеседование по контрольным вопросам:**

-Методы физикального исследования.

-Оценка лабораторных методов исследования: общего анализа крови, биохимического анализа крови, анализа мочи, копрограммы, дуоденального содержимого, желудочной секреции.

-Оценка инструментальных методов исследования: рентгенологического метода, компьютерной рентгенографии;

- Оценка эндоскопических методов: эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии, лапароскопии;
- Радиоизотопных методов; Ультразвуковых методов.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза).
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных физикального исследования.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных лабораторных исследований.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных инструментальных исследований.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных R-ческих исследований.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных УЗИ исследований.

**Тема 60. Болезни пищевода: Ахалазия пищевода. Эзофагит. ГЭРБ. Рак пищевода.**

Собеседование по контрольным вопросам:

– **Ахалазия пищевода.**

- Этиология,
- Патогенез,
- Клиника,
- Диагностика,
- Диф. диагностика,
- Лечение.
- Профилактика.

– **Эзофагит.**

- Этиология,
- Патогенез,
- Клиника,
- Диагностика,
- Диф. диагностика,
- Лечение.
- Профилактика.

– **ГЭРБ.**

- Этиология,
- Патогенез,
- Клиника,
- Диагностика,
- Диф. диагностика,
- Лечение.
- Профилактика.

– **Рак пищевода.**

- Ранняя симптоматология,
- Методы исследования,
- Дифференциальный диагноз.

Тестовый контроль:

**Гипертония нижнего пищеводного сфинктера характерна при:**

- =ахалазии;
- ~хроническом рефлюкс-эзофагите;
- ~грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- ~пищевод Баррета.

**Лучшим методом дифференциальной диагностики склеродермии от ахалазии, является:**

- ~эзофагоскопия;
- =рентгеноскопия;
- ~атропиновый тест;
- ~цитологическое исследование.

**Изжога является частым симптомом при:**

=ГЭРБ;

~панкреатите;

~холецистите ;

~дискинезии желчного пузыря.

**К кислотозависимым заболеваниям не относится:**

~ГЭРБ;

~ЯБЖ;

~хронический гастрит;

=эзофагит.

**К внепищеводным проявлениям ГЭБР относится:**

~бронхиальная астма;

~ларингит;

~химический пневмонит;

=ИБС.

**Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены:**

=недостаточностью кардии;

~пилороспазмом;

~кардиоспазмом;

~расширением пищевода.

**Способствует развитию рефлюкс-эзофагита:**

~дюспаталин;

~мотилиум;

=антагонист кальция;

~ганатон.

**Наиболее мощным угнетающим действием на желудочную секрецию обладает:**

=омепразол;

~фамотидин;

~сукральфат;

~гастроцепин.

**Двигательная функция пищевода не нарушается при:**

~сахарном диабете;

~терапии антихолинэргическими средствами;

=ваготомии;

~системной склеродермии.

**Какое из перечисленных заболеваний не относится к внепищеводным проявлениям ГЭРБ:**

~нарушение ритма сердца;

~бронхиальная астма;

~ларингит;

=ИБС.

**Импедансометрия пищевода является методом:**

~измерения давления покоя и оценки расслабления нижнего пищеводного сфинктера в процессе глотания небольшого количества воды;

=регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанным на измерении сопротивления, которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода;

~рентгенологического исследования пищевода с барием;

~спектрофотометрии рефлюксата.

**Пищевод Баррета характеризуется метаплазией:**

~многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа;

=многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа;

~многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов;

~эпителия желудка по кишечному типу.

**Достоверная информация о ГЭРБ следующая:**

~в России в целом стала встречаться гораздо чаще;

~чаще встречается в Японии, чем в Западной Европе и США;

~чаще встречается у мужчин, чем у женщин;  
=может способствовать появлению аденокарциномы пищевода.

**Основным симптомом ГЭРБ является:**

=изжога;  
~тошнота;  
~вздутие живота;  
~анорексия.

**Причиной эзофагогастродуоденального кровотечения и кровавой рвоты является:**

~язва желудка;  
~эрозивно-язвенный пептический эзофагит;  
~язва 12 п/кишки;  
=дивертикул пищевода.

**Наиболее мощное угнетающее действие на желудочную секрецию оказывает:**

=рабепрозол;  
~ранитидин;  
~атропин;  
~трикалия висмута дицитрат.

**Какое внепищеводное проявление ГЭРБ встречается редко:**

~деминеализация зубов (кариес);  
~воспаление носоглотки и подъязычной миндалины;  
~грубый лающий кашель;  
=халитоз.

**При ГЭРБ давление в области нижнего пищеводного сфинктера составляет \_\_\_\_ мм рт.ст.**

~15;  
~25;  
~10;  
=менее 10.

**РН в дистальном отделе пищевода при ГЭРБ составляет \_\_\_\_ ед.**

~6,0;  
~7,0;  
~8,0;  
=4,0.

**Продолжительность рефлюкса при ГЭРБ не должна превышать \_\_\_\_ мин.:**

~2;  
~3;  
~4;  
=5.

**«Золотым стандартом» диагностики ГЭРБ является:**

=эндоскопия;  
~рентгеноскопия;  
~рН-метрия;  
~манометрия.

**«Золотым стандартом» лечения ГЭРБ является:**

=ингибиторы протонной помпы;  
~H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы;  
~антациды;  
~ребагит.

**Омепразоловый тест, используемый для диагностики ГЭРБ заключается в назначении омепразола в течение \_\_\_\_ дней:**

=1-2;  
~3-4;  
~5-7;  
~8-10.

**К наиболее часто встречающимся осложнениям ГЭРБ является:**

~формирование пищевода Барретта;  
~язвенное поражение пищевода;  
=стриктуры пищевода;

~рак пищевода.

**К средству, повышающую тонус пищевода относится:**

~секретин;

~нейротензин;

=гастрин;

~прогестерон.

**Развитию гипотонии нижнего пищеводного сфинктера способствует:**

~церукал;

~бомбезин;

~гистамин;

=амлодипин.

**Дисфагия, при раке пищевода, сначала появляется затруднение при глотании**

~горячей пищи;

~жидкой пищи;

=твёрдой пищи;+

~холодной пищи.

**Для оценки состояния регионарных лимфатических узлов и исключения отдалённых метастазов при раке пищевода и пищеводно-желудочного перехода проводят**

=КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастным препаратом;

=КТ органов грудной клетки с внутривенным контрастным препаратом;

~УЗДГ брахиоцефальных артерий;

=рентгенография грудной клетки в двух проекциях.

**Для уточнения глубины инвазии опухоли стенки при раке пищевода назначается**

~КТ;

~ПЭТ-КТ;

~УЗИ;

=эндосонография.

**К поздним симптомам рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода относят**

~анизокария;

=влажный кашель;

~гипергликемия;

=дисфагия.

**К предраковым заболеваниям пищевода относится**

=пищевод Барретта;

~синдром Пламмера-Винсона;

~хронический эзофагит.

**К ранним симптомам рака пищевода относят**

~боль в грудной клетке;

=дискомфорт и жжение за грудиной;

~дисфагия;

~одинофагия;

~потеря массы тела.

**Бронхолегочный синдром ГЭРБ проявляется:**

~ларингеальным крупом;

~стенозированием гортани;

=хроническим рецидивирующим бронхитом;

~фарингитом.

**Наиболее сходную рентгеновскую картину дают следующие заболевания пищевода:**

~варикозное расширение вен и рак;

~чашеподобная карцинома и рак;

=стенозирующий кардиоэзофагеальный рак пищевода и ахалазия кардии;

~рубцовое сужение после ожога и при склеродермии.

**Стриктура пищевода обычно обусловлена:**

=пептической язвой пищевода;

~язвенной болезнью;

~катаральным рефлюкс эзофагитом;

~ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.



**Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита и стенокардии применяются:**

- ~нитроглицерин;
- =антациды;
- ~ЭКГ;
- ~эзофагоскопия.

**Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются:**

- =ощущением комка в горле;
- ~дисфагией при употреблении жирной пищи;
- ~дисфагией при употреблении плотной пищи;
- ~постоянной дисфагией.

**Дисфагия может наблюдаться при:**

- ~атрофическом гастрите;
- ~нейроциркуляторной дистонии;
- =склеродермии;
- ~стенокардии.

**Основным методом диагностики ахалазии кардии является:**

- ~рентгенологический метод;
- =ФЭГДС;
- ~эзофаготономография;
- ~манометрия пищевода.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с болезнью пищевода с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с болезнью пищевода.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы, рационального питания. Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с болезнью пищевода.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с болезнью пищевода.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с болезнью пищевода .
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов болезни пищевода.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики с болезнью пищевода с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с болезнью пищевода с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с болезнью пищевода с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи при раке пищевода.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной А., 77 лет., поступил в отделение заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта ЦНИИГ в плановом порядке 25 декабря 2007 г. При поступлении предъявлял жалобы на затруднение прохождения по пищеводу вначале твердой, а затем и жидкой пищи, выраженную общую слабость, снижение массы тела на 12 кг за последние 7 месяцев (с июня 2007 г.). Стул со склонностью к запорам, сопровождается натуживанием на протяжении всего акта дефекации.

Из анамнеза известно, что с 9-летнего возраста страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки с обострениями до 2 раз в год. В 1979 г. — резекция желудка по Бильрот II по поводу декомпенсированного стеноза привратника. В июне 2007 г. обратил внимание на возникшее слюнотечение, затруднение при глотании пищи, постепенно развилось затруднение прохождения жидкой пищи по пищеводу, на фоне чего в течение 7 месяцев похудел на 12 кг, стала нарастать общая слабость, возникли запоры. ЭГДС от 15.11.07 г.: сужение дистального отдела пищевода без дефекта слизистой оболочки, гастрит культи желудка. Рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта от 19.11.07 г.: ахалазия кардии. Из анамнеза жизни следует отметить, что во время службы в рядах Советской армии в 1951 г. перенес цингу, приведшую к потере 14 зубов. С 1980 г. носит съемные зубные протезы.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной Г., 49 лет, профессор университета, страдает стенокардией напряжения II функционального класса и вазоспастической. В 40-летнем возрасте перенес крупноочаговый инфаркт миокарда, осложнившийся состоянием клинической смерти. В связи с заболеванием сердца получает комбинированную противоишемическую терапию  $\beta$ -адреноблокаторами (небилет) и нитратами (изосорбид динитрат). С молодости страдает упорными изжогами, в разное время эндоскопически выявлялась картина РЭ I-II степени тяжести, недостаточность кардии. В течение двух недель жалуется на эпизоды изжоги, возникающие после каждого приема пищи, иногда длящиеся часами, разорванный сон: практически каждую ночь просыпается от ощущения сжатия за грудиной, удушья, сопровождающегося кислой отрыжкой, сердцебиением и страхом. При осмотре признаков сердечной декомпенсации не выявлено, на ЭКГ без динамических сдвигов.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** Мужчина, 47 лет доставлен бригадой «СП» в приемное отделение с жалобами на давящие боли за грудиной постоянного характера, усиливающиеся во время еды, не купирующаяся в покое и при приеме нитроглицерина, затруднение прохождения твердой пищи, отрыжку воздухом, усиливающуюся после еды, изжогу при наклонах вниз и в горизонтальном положении.

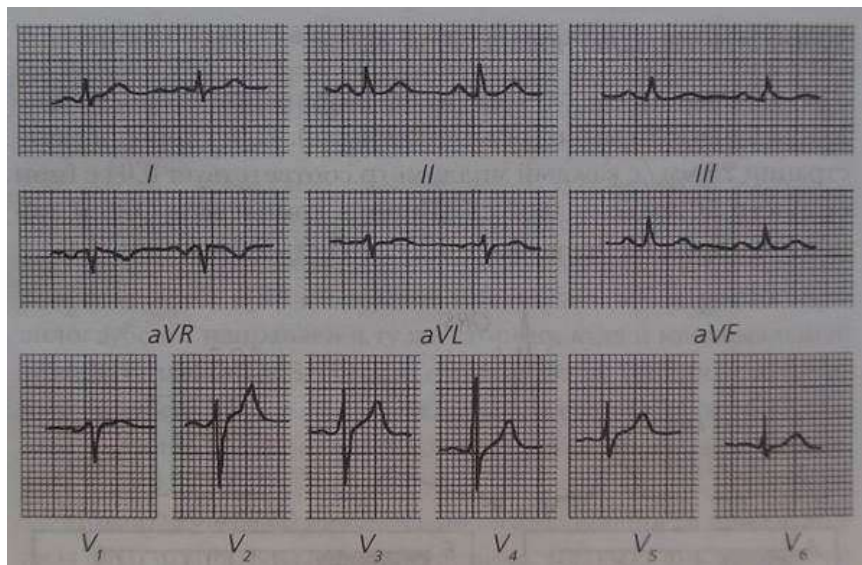
Из анамнеза болезни: отмечает появление изжоги около 5 лет, связывает с употреблением острых салатов, томатов и алкоголя. Настоящее ухудшение началось около 1 месяца назад, связывает с употреблением спиртного и стрессовой ситуации, когда впервые появились боли за грудиной, не связанные с физической нагрузкой, самостоятельно принимал нитроглицерин, валидол, пенталгин — без эффекта. Затем присоединилось затруднение при проглатывании твердой пищи, изжога и отрыжка воздухом.

Анамнез жизни: образование среднее специальное, работает на железной дороге бригадиром обходчиков путей. Женат, 2 детей. На Д-учете у врачей не состоит. Курит 1,5 пачки в день, алкоголь — не более 100мл водки в неделю. За последний год листов нетрудоспособности не было. У отца в анамнезе язвенная болезнь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чисты, физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС-78 в 1 мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, с белым налетом. Живот мягкий, чувствительный в подложечной области ближе к срединной линии. Печень размерами 10x9x8 см по Курлову. Стул ежедневный, 1 раз в сутки, оформленный. Мочиспускание не нарушено.

Обследование: общий анализ крови: гемоглобин-160 г/л, эритроциты- $5,2 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты- $4,9 \cdot 10^9$ /л, цветной показатель-0,95; общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес 1017, белок-отрицательный., эритроциты не найдены, лейкоциты-1-2-4 в поле зрения, эпителий-единичный.

ЭКГ:



ФГДС с биопсией: пищевод – просвет сохранен, свободно проходим, слизистая обычной окраски, в нижней трети пищевода – ярко гиперемирована, по всей окружности пищевода напластования белого фибрина, просвет сохранен, Z – линия смещена вверх на 2 см, нижний пищеводный сфинктер смыкается не полностью во время исследования. Желудок: просвет сохранен, слизистая обычной окраски, складки ровные, эластичные. Расправляются воздухом, в желудке небольшое количество слизи. В привратнике слизистая неярко гиперемирована, дефектов слизистой нет, привратник проходим свободно. Просвет луковицы 12п.к. не деформирован, проходим свободно, слизистая обычной окраски, дефектов слизистой нет.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №4.** Больной В., 50 лет обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, затруднение глотания кашицеобразной пищи, отсутствие аппетита, боли в эпигастральной области. Затруднения при глотании отмечает около 2-х месяцев. Два года назад лечился в областной больнице по поводу ожога пищевода кислотой. Долгое время проводили бужирование, находился на диспансерном учете, но на осмотры последние 8 месяцев не приезжал. Злоупотреблял алкоголем. Курит сигареты по две пачки в день.

Данные объективного обследования. Резко пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледные. Склеры слегка желтушны. В надключичной области слева пальпируется увеличенный лимфоузел диаметром до 1см, подвижный безболезненный. В легких - везикулярное дыхание. Пульс - 68 ударов в 1 мин. АД—110/70 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. На коже живота выраженная венозная сеть. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее плотный. Селезенка не пальпируется.

При ректальном осмотре имеются набухшие геморроидальные узлы внутреннего и наружного кольца, безболезненные.

При обследовании: Нв—125 г/л, Эр.- $3,8 \times 10^{12}$ /л, Л- $3,5 \times 10^9$ /л, СОЭ-36 мм/час. Биохимические анализы: белок-58 г/л, альбумины-46 г/л, глобулины-22 г/л, амилаза крови-10,6 мг/сл, глюкоза-5,55 мМ/л,

АСАТ-90 нМ/сл, АЛАТ-180 нМ/сл, билирубин общий-28 мкМ/л. Флюорография - активного туберкулеза не выявлено.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 61. Хронические гастриты.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Клиника острого и различных форм хронических гастритов.
- Диагноз,
- Дифференциальный диагноз.
- Лечение,
- Профилактика,
- Реабилитация,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**При диагностике хронического гастрита определяющим является:**

- ~клиника;
- ~исследование желудочного сока;
- ~ФЭГДС;
- =ФЭГДС с биопсией.

**хронического гастрита, не относится:**

- ~анализ желудочного сока;
- ~рентгенография желудка;
- ~морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;
- =дуоденальное зондирование.

**Наличие триады симптомов: стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея указывает на:**

- =синдром Золлингера-Эллисона;
- ~язвенную болезнь с локализацией в желудке;
- ~язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе;
- ~хронический панкреатит.

**О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка:**

- ~лимфоцитами;
- ~плазматическими клетками;
- =лейкоцитами;
- ~эозинофилами.

**Гастрин секретруется:**

- =антральным отделом желудка;
- ~фундальным отделом желудка;
- ~слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки;
- ~слизистой оболочкой тощей кишки.

**Для клиники хронического гастрита характерно:**

- ~субфебрильная температура;
- ~умеренный лейкоцитоз;
- =диспепсический синдром;

~спастический стул.

**Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:**

~острого гастрита;

~гранулематозного гастрита;

~болезни Менетрие;

=хеликобактерной инфекции.

**Общее количество желудочного сока, отделяющегося у человека при обычном пищевом режиме:**

~0,5-1,0 л;

~1,0-1,5 л;

=1,5-2,0 л;

~2,0-2,5 л.

**Наиболее надежным тестом для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона, является:**

~базальная кислотопродукция;

~максимальная кислотопродукция;

=уровень гастрина в крови;

~данные ЭГДС.

**Гастрин крови снижается при пероральном приеме:**

=соляной кислоты;

~антигистаминных препаратов;

~антихолинергических средств;

~желчегонных препаратов.

**Причиной поносов может быть:**

~полипоз желудка;

~рак желудка;

~эрозивный гастрит;

=гастрит типа А.

**Для диагностики хронического гастрита определяющим является:**

~клинические проявления;

~исследование желудочного сока;

~ФЭГДС;

=ФЭГДС с биопсией.

**Обсеменение Нр характерно для гастрита:**

~фундального;

=антрального;

~аутоиммунного;

~реактивного.

**При диагностике хронического гастрита определяющим является:**

~клиника;

~исследование желудочного сока;

~ФЭГДС;

=ФЭГДС с биопсией.

**На Нb-*pylori* оказывает влияние:**

=де-нол;

~вентер;

~фосфалюгель;

~даларгин.

**Длительность эрадикационной терапии Нb-*pylori* составляет:**

=10-14 дней;

~7 дней;

~21 день;

~1 месяц.

**Основную роль в патогенезе атрофического гастрита играет:**

~инфицирование Нb-*pylori*;

~длительный прием НПВС;

=аутоиммунный механизм;

~воздействие химических агентов.

**Helicobacter pylori** представляет собой:

- ~грамположительную палочку;
- ~грамположительный кокк;
- =грамотрицательную микроаэрофильную бактерию со жгутиками;
- ~простейшее.

**Предрасполагает к развитию рака желудка гастрит:**

- =хронический атрофический с кишечной метаплазией;
- ~культи желудка;
- ~хронический, ассоциированный приемом НПВС;
- ~хронический неатрофический.

**Желудочную секрецию стимулирует:**

- =гастрин;
- ~секретин;
- ~холецистокинин;
- ~соматостатин.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с гастритом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с гастритом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания. Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с гастритом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с гастритом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с гастритом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов гастрита.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с гастритом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с гастритом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная Р. 22 года, студентка. На приеме у терапевта предъявляет жалобы на неприятные болевые ощущения и дискомфорт в области эпигастрия, возникающие сразу после еды, тошноту, отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту. Из анамнеза: подобные боли возникали 1 год назад, прошли самостоятельно. Курит в течение 2 лет по 5 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. ВИЧ инфекции, туберкулез, сахарный диабет у себя и близких родственников отрицает.

Объективно: вес 56 кг, рост 171 см, цвет кожных покровов розовый, умеренной влажности, язык обложен белым налетом. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Сердечные тоны ясные ритм правильный. АД 110/70 мм рт. ст. D=S. ЧСС – 90 в мин. Живот симметричной формы, не вздут, при поверхностной пальпации не напряжен, при глубокой пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, в других отделах безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки.

Общий анализ крови: Нb - 128 г/л, эр.  $4,4 \times 10^{12}$ , л.  $4,4 \times 10^9$ , тромбоциты –  $280 \times 10^{12}$ , эозинофилы – 1%, нейтрофилы: палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 30%, моноциты – 2%, СОЭ 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: пищевод: слизистая розовая, просвет обычных размеров, содержимое слизь, сосудистый рисунок выражен, зубчатая линия не смещена, кардиальный жом

смыкается полностью. Желудок: слизистая зернистая, выраженная гиперемия в антральном отделе. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое с примесью желчи. Двенадцатиперстная кишка: привратник свободно проходим, слизистая гиперемирована, просвет не деформирован, складки выражены.

При гистологии: *Helicobacter Pylori* (++) . По данным рН-метрии тип секреции - гиперсекреция.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Женщина Р., 56 лет, беспокоят тяжесть и переполнение желудка после еды, отрыжка пищей, тошнота, снижение аппетита, похудание на 3кг за 14 дней, вздутие живота, урчание, срывы стула через час после еды. Самостоятельно принимала периодически мезим, активированный уголь и но-шпу, с небольшим положительным эффектом.

Анамнез заболевания: наблюдается у участкового терапевта с диагнозом хронический гастрит в течение последних 10 лет. Обострения 2 раза в год в осенне-весенний период.

Анамнез жизни: образование среднее, работает кладовщиком. Замужем, 1 ребенок. менопауза последние 4 года. Вредные привычки – отрицает.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 74 в 1 мин. АД 110 и 70 мм рт.ст. Язык сухой, с белым налетом. Живот мягкий, умеренно вздут, чувствительный в подложечной области и по ходу толстой кишки. Печень 9-8-7см по Курлову. Мочеиспускание не нарушено. Стул - жидкий кашицеобразный, обильный, 2 раза в день после приема пищи.

Обследование. Общий анализ крови: Нв-103 г\л, эр- $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель-1,0, лейкоциты -  $4,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ-13мм\ч; Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, реакция кислая, у.в. 1018; в осадке – эпителий - единичный, эритроциты 0-1, лейкоциты 1-3-4, оксалаты +; Копрограмма: кашицеобразный, светло-коричневый, мышечные волокна ++, растительная клетчатка переваренная и непереваренная +++, лейкоциты 0-2, эритроциты - не найдены, я/г не найдены. Кал на скрытую кровь – отрицательный анализ.

Обследование:



УЗИ органов брюшной полости: печень обычных размеров, умеренно повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычных размеров, стенки не утолщены, без конкрементов. Поджелудочная железа не увеличена, ровным четким контуром, обычной эхогенности. Почки расположены обычно, размеры в норме, сохраняется дифференцировка на слои, ЧЛС не расширены, без конкрементов. Селезенка размерами 7x5 см, обычной эхогенности.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 62. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология язвенной болезни,
- Патогенез язвенной болезни,
- Классификация язвенной болезни,
- Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии,
- Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте,
- Симптоматические язвы,
- Диагноз язвенной болезни,
- Дифференциальный диагноз язвенной болезни,
- Осложнения язвенной болезни,
- Лечение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки,
- Этапное лечение обострений язвенной болезни,
- Принципы лечения больных в амбулаторных условиях,
- Профилактика язвенной болезни, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

### Тестовый контроль:

**Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является:**

- ~гиперсекреция соляной кислоты;
- ~употребление грубой пищи;
- =хеликобактериоз;
- ~курение.

**Ведущим признаком перфорации язвы является:**

- ~метеоризм;
- ~рвота;
- ~опоясывающая боль;
- =кинжальная боль в эпигастрии.

**У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:**

- ~рак желудка;
- =язвенная болезнь;
- ~гипертрофия мышц привратника;
- ~пролапс слизистой оболочки через пилорический канал.

**При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет:**

- =к снижению агрессивности желудочного содержимого;
- ~к повышению агрессивности желудочного содержимого;
- ~к понижению слизисто-бикарбонатного барьера;
- ~к диарее.

**Желудочную секрецию снижает:**

- =фамотидин;
- ~солкосерил;
- ~сайтотек;
- ~венгер.

**Патогенез боли при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки не связан с:**

- ~спазмом в пилородуоденальной зоне;
- ~повышением давления в желудке и двенадцатиперстной кишке;
- ~глубиной язвы;
- =наличием хеликобактерной инфекции.



**Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:**

- ~рвота желчью;
- ~урчание в животе;
- =рвота съеденной накануне пищей;
- ~вздутие живота.

**Фамотидин является:**

- ~блокатором протонового насоса;
- ~м-холиноблокатором;
- ~блокатором гистаминовых H1-рецепторов;
- =блокатором гистаминовых H2-рецепторов.

**Омепразол относится к:**

- ~м-холиноблокаторам;
- ~блокаторам гистаминовых H1-рецепторов;
- ~блокаторам гистаминовых H2-рецепторов;
- =блокаторам протонового насоса.

**К эндоскопическому признаку хеликобактериоза желудка не относят:**

- ~отек слизистой;
- ~внутрислизистое кровоизлияние;
- ~образование эрозий;
- =полип.

**Наиболее частой причиной анемии после резекции желудка по поводу язвенной болезни является:**

- =снижение всасывания витамина B12;
- ~дефицит железа;
- ~гемолиз;
- ~дефицит фолиевой кислоты.

**Для симптоматической язвы характерна:**

- =определенность этиологии;
- ~рецидивирующее течение;
- ~неэффективность медикаментозной терапии;
- ~частая пенетрация.

**Для язвенной болезни желудка в фазе обострения характерна:**

- ~"ночная" боль в эпигастрии;
- ~отсутствие аппетита;
- ~рвота съеденной накануне пищей;
- =ранняя боль после приема пищи.

**Для постбульбарной язвы характерно:**

- =боль через 3-4 часа после еды;
- ~ранняя боль после приема пищи;
- ~боль за грудиной;
- ~положительный эффект от приема антацидов.

**При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень:**

- =амилазы;
- ~липазы;
- ~глюкозы;
- ~щелочной фосфатазы.

**У мужчины 50 лет ЯБ луковицы 12-перстной кишки с частыми рецидивами язвы. На терапию H2-блокаторами гистамина был ответ. Обострение осложнилось кровотечением. После лечения фамотидином язва зарубцевалась, остался эрозивный антральный гастрит. Какова ваша тактика?**

- ~поддерживающая терапия фамотидином в течение длительного времени;
- ~хирургическое лечение;
- ~терапия солкосерилом;
- =определение НР и при положительном результате антибактериальная терапия на фоне приема де-нола.

**Во время акта рвоты наблюдается:**

- ~опущение диафрагмы;

- ~повышение внутрибрюшного давления;
- =сокращение дна желудка;
- ~сокращение антрального отдела.

**Медикаментозным средством, блокирующим желудочную секрецию, является:**

- =атропин;
- ~кофеин;
- ~гистамин;
- ~инсулин.

**Анатомическим образованием, которое наиболее часто ограничивает распространение патологического процесса, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, является:**

- ~желчный пузырь;
- ~печень;
- ~малый сальник;
- =поджелудочная железа.

**Фактором риска язвенной болезни является:**

- ~сахарный диабет;
- =язвенная болезнь у близких родственников;
- ~рефлюкс-эзофагит;
- ~недостаточность кардии.

**Показанием к поликлиническому этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:**

- ~обострение заболевания;
- =нарушение диеты;
- ~пенетрация;
- ~кровотечение.

**На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений язвенной болезни?**

- ~поликлиническом;
- ~диспансерном;
- =стационарном;
- ~санаторном.

**Показанием к стационарному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:**

- =обострение заболевания;
- ~отсутствие приверженности к лечению;
- ~нарушение диеты;
- ~сохранение вредных привычек.

**Показанием к диспансерному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:**

- ~кровотечение;
- ~обострение заболевания;
- ~пенетрация;
- =ремиссия заболевания.

**Показанием к санаторному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:**

- ~пенетрация;
- ~обострение заболевания;
- =ремиссия заболевания;
- ~малигнизация.

**Прямым признаком язвенной болезни при рентгенологическом исследовании является:**

- ~деформация стенки;
- =симптом «ниши»;
- ~гиперсекреция;
- ~регионарный спазм.

**Противопоказанием к санаторному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:**

- ~ремиссия заболевания;
- =обострение заболевания;
- ~возраст больного;
- ~ожирение.

**На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений?**

- ~диспансерном;

=стационарном;  
~поликлиническом;  
~санаторном.

**Кто участвует в реабилитационном процессе?**

~педагог;  
=психолог;  
~юрист;  
~диетолог.

**Основной задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является:**

~восстановление социального статуса больного;  
~психологическая адаптация;  
~активная трудовая реабилитация;  
=спасение жизни больного.

**Какова длительность иррадикационной терапии Hb-pylori ?**

~7 дней;  
=14 дней;  
~21 день;  
~ 5 дней.

**Язва желудка считается гигантской размером:**

~1 см;  
~0,5 см;  
~2 см;  
=3 см.

**Нестероидным противовоспалительным препаратом, который реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ, является:**

~индометацин;  
~вольтарен;  
=мелоксикам;  
~диклофенак.

**Блокаторы « протонного насоса»:**

~оказывают стимулирующее действие на моторику желудка, угнетают рвотный рефлекс;  
=ингибируют фермент H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>- АТФазу в париетальных клетках желудка;  
~повышают уровень базальной секреции соляной кислоты;  
~поддерживают уровень внутрижелудочной рН равным 2.

**Для лечения ЯБ, не ассоциированной с Hpylori, не следует использовать:**

~антациды и альгинат;  
~блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина;  
~ингибиторы протонной помпы;  
=трехкомпонентную схему эрадикационной терапии.

**В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от доброкачественной можно использовать:**

~размеры;  
~глубину;  
~кровоточивость;  
=морфологию.

**В дифференциальной диагностике доброкачественных полипов от полиповидного рака желудка решающее значение имеет:**

~локализация;  
~распространенность (единичные или множественные);  
~поверхность полипа;  
=результат биопсии.

**Для подтверждения диагноза рака желудка наиболее информативным методом является:**

~рентгенологический;  
~исследование онкомаркеров в крови;  
~ФЭГДС;  
=ФЭГДС с прицельной биопсией.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Пациент М., 63 лет, обратился на прием к врачу с жалобами на жгучие, схваткообразные боли в желудке через 30 мин. после приема пищи, боли сопровождались тошнотой, после рвоты наступало облегчение. После еды появлялась тяжесть в желудке, отрыжка воздухом.

Из анамнеза известно, что пациент наблюдался у производственного терапевта с язвенной болезнью, с локализацией язвы в луковице 12 п.к. За последние 6 лет обострений не было, пациент не проходил ФГДС. Курит сигареты по 1 пачке в день. Ухудшение связывает с нарушением диеты (употреблял много острой и жирной пищи) и приемом аспирина по поводу ОРВИ. Самостоятельно принимал алмагель, боли ненадолго проходили.

Анамнез жизни: образование среднее специальное, работал бригадиром на заводе. На пенсии 2 года. На Д-наблюдении у участкового терапевта с Гипертонической болезнью. Женат. курит полпачки с день. Алкоголь употребляет не более 100мл водки в неделю.



При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 66 в 1 мин. АД 120 и 70 мм рт.ст. Язык суховат, с белым налетом. Живот при пальпации напряжен и умеренно болезненный в эпигастрии. Печень 10x9x9 см по Курлову. Пальцевое исследование прямой кишки исследование: сфинктер в тонусе, слизистая без образований, каловые массы обычного цвета. Стул оформлен, ежедневно. Мочеиспускание не нарушено.

Обследование. Общий анализ крови - Нв-136 г/л, ЭР-  $4,6 \cdot 10^{12}/л$  ЛЦ- $6,3 \cdot 10^9/л$ , СОЭ-13 мм/ч; Общий анализ мочи – удельный вес 1020, реакция кислая, прозрачная, лейкоциты – 1-2 в п/зрения. Кал на скрытую кровь – анализ отрицательный.

Рентгенография желудка и 12 п.к. (см. рисунок):

УЗИ органов брюшной полости: печень обычных размеров, контуры ровные, структура печени эхогенности. Портальная вена 8 мм, холедох 6 мм. Желчный пузырь не увеличен, расположен в типичном месте, стенки не утолщены, конкрементов нет. Поджелудочная железа не увеличена, равномерной эхогенности, обычной хоструктуры, вирсунг не расширен. Почки расположены обычно, обычных размеров, ЧЛС не увеличены, конкрементов нет. Селезенка 8 · 5 см, обычной структуры.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациент Р., 37 лет, поступил с жалобами на интенсивные схваткообразные боли в желудке натощак и по ночам, боли уменьшаются после приема пищи, но через 1.5-2 часа возникают вновь, периодически изжога и отрыжка воздухом.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 7 лет, когда периодически в осеннее - весенний период появлялись боли в желудке, к врачу не обращался, самостоятельно принимал но-шпу и маалокс – с небольшим положительным эффектом.

Анамнез жизни: образование высшее. Инженер-диспетчер на железной дороге, работа связана с ночными сменами, часто стрессовые ситуации. Женат, 1 ребенок. На Д-учете у врачей не состоит. Курит 1,5 пачки в день. У родителей в анамнезе язвенная болезнь.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧДД- 16 в 1 мин. ЧСС- 72 в 1 мин. АД 120 и 80 мм рт.ст. Язык у корня с белым

налетом, влажный. Живот мягкий, умеренное напряжение мышц в эпигастрии, там же умеренная болезненность. Печень размерами 9-8-7см по Курлову, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

Лабораторные обследования: Общий анализ крови: гемоглобин – 165 г/л, эритроциты -  $5,6 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты- $6,4 \cdot 10^9/л$ , ЦП - 0,95, СОЭ – 7 мм/ч;

Общий анализ мочи – светло-желтая, удельный вес 1022, прозрачная, кислая, эритроциты не найдены, лейкоциты 0-1-1, эпителий - единичный;

Кал на я/г - отрицательный, кал на скрытую кровь – отрицательный;

Группа крови - 1(0) резус фактор (+) положительная.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 63. Рак и другие новообразования желудка. Болезнь оперированного желудка.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Ранняя симптоматология,
- Методы исследования,
- Дифференциальный диагноз.
- Демпинг-синдром,
- Гипогликемический синдром,
- Синдром приводящей петли.
- Принципы лечения после резекции желудка.
- Реабилитация,
- МСЭ.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с раком и другими новообразованиями желудка и болезнями оперированного желудка.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с раком и другими новообразованиями желудка и болезнями оперированного желудка.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с раком и другими новообразованиями желудка и болезнями оперированного желудка.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов рака, других новообразований желудка и болезни оперированного желудка.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики рака, других новообразований желудка, болезни оперированного желудка с другими заболеваниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного раком, других новообразований желудка и болезни оперированного желудка с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному раком, других новообразований желудка и болезни оперированного желудка с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 55 лет. Поступил в хирургическое отделение с диагнозом язвенная болезнь желудка, желудочное кровотечение. В течение последних 3 месяцев больной отмечает снижение аппетита, ноющие боли в эпигастральной области, несколько усиливающиеся после приёма пищи. При осмотре: больной несколько пониженного питания, кожа бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализ крови: Нв – 95 г/л, лейкоциты –  $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 68%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/ч.

При рентгеноскопии желудка в антральном отделе по малой кривизне обнаружена «ниша» овальной формы с валиком вокруг и конвергенцией утолщенных складок слизистой. Проведение противоязвенной терапии дало положительный клинический эффект (улучшение общего состояния, уменьшение интенсивности болей), однако, при рентгенологическом исследовании через три недели отмечено увеличение «ниши» в размерах и увеличение ширины вала вокруг нее.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной 46 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, потливость, головокружение, приступы жара во всём теле, сердцебиение, режущую боль в животе, часто завершающуюся профузным поносом. Вышеперечисленные жалобы возникают после еды (особенно приёма сладких блюд) и длятся около часа.

Из анамнеза: 6 месяцев года назад больному была сделана резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру по поводу язвенной болезни. Кроме того, в последние полгода пациента похудел на 10 кг.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 64. Дуоденит.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Клиника,
- Осложнения,
- Лечение,
- Профилактика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с дуоденитом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с дуоденитом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы, рационального питания.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с дуоденитом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с дуоденитом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с дуоденитом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания.

- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики дуоденитас другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больногос дуоденитом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с дуоденитомс учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 28 лет предъявляет жалобы на тупые, усиливающиеся через 1,5—2 часа после приема пищи боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правое подреберье, которую сопровождающиеся изжогой, облегчаемые рвотой, больной вызывал самостоятельно. Постепенно ощущает кислый вкус во рту, горечь во рту. Аппетит повышен. При осмотре выявлен стойкий красный дермографизм, влажные ладони, язык виде «географической карты». При пальпации живота локальная болезненность в пилоролуоденальной зоне.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка А., 18 лет, поступила в клинику с жалобами: на умеренные боли в правом подреберье, до еды, в вечернее и ночное время, уменьшаются после приема пищи, изжогу, головные боли, периодическую слабость.

Больна в течении 4 лет, ухудшения чаще осенью и весной, на фоне стресса, диету не соблюдает. Лечится не регулярно.

Объективно: Кожные покровы бледные, сухие. Ладони и стопы холодные, с мраморным рисунком. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные, средней громкости. ЧСС 70 в мин., АД 112/60 мм.рт.ст.. Слизистая полости рта бледно-розовая, язык обложен белым налетом, неприятные запах изо рта. Живот правильной формы, не вздут. Глубокая пальпация в эпигастрии болезненная, умеренный «дефанс» справа от пупка. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочевыделение не нарушено.

Лабораторно: ОАК – Нв 109 г/л, эр.  $3,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоц.  $8,9 \times 10^9/л$ , п/я - 1, с/я - 69, лф – 21, э – 2, м – 7, СОЭ 11 мм/час;

ОАМ – без патологии;

Копрограмма – кал оформленный, темно-коричневый, с гнилостным запахом; микроскопия: соединительная ткань – единично., мышеч. волокна – 8-10 в п/зрен., перевар. клетчатка – единично, неперевар. клетчатка – единично, я/глистов – отриц.;

ФГДС: Пищевод проходим. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела гиперемированна, отечна. Складки утолщены. Слизистая 12-перстной кишки гиперемированна, луковица отечна.

Ргр. исследование с барием: Пищевод не изменен. Складки слизистой желудка и 12-перстной кишки утолщены. Тонус и перистальтика усилены.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.



- 6. Прогноз.
- 7. Профилактика.

## **Тема 65. Язвенный колит и болезнь Крона**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Клиника,
- Осложнения.
- Диагноз,
- Дифференциальный диагноз.
- Лечение,
- Реабилитация,
- МСЭ.

### Тестовый контроль:

**Типичным проявлением язвенного колита является:**

- =диарея с кровью;
- ~острое начало болезни;
- ~склонность к запорам;
- ~отсутствие системных проявлений.

**Желчные кислоты подвергаются реабсорбции в:**

- ~двенадцатиперстной кишке;
- ~тощей кишке;
- ~проксимальном отделе подвздошной кишки;
- =дистальном отделе подвздошной кишки.

**Наиболее достоверным для диагностики синдрома мальабсорбции является:**

- =тест с d-ксилозой;
- ~тест на толерантность к лактозе;
- ~рентгенологическое исследование ЖКТ;
- ~исследование желудочной секреции.

**Вес суточного кала здорового человека составляет \_\_\_\_\_ граммов:**

- =100-200;
- ~300-400;
- ~500-700;
- ~800-1000.

**К слабительным средствам, обладающим раздражающим действием на нервно-мышечный аппарат толстой кишки и усиливающим ее перистальтику, не относится:**

- ~александрийский лист;
- ~корень ревеня;
- ~бисакодил;
- =сорбит.

**При естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки:**

- ~болезнь Крона;
- ~язвенный колит;
- ~ишемический колит;
- =псевдомембранозный колит.

**Наиболее часто и наиболее быстро формирует кишечную облитерацию:**

- ~язвенный колит;
- ~псевдомембранозный колит;
- ~ишемический колит;
- =болезнь Крона.

**Диагностическим инструментальным методом, наиболее предпочтительным для диагностики язвенного колита, является:**

- ~ирригоскопия;
- ~колоноскопия;

=колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием;

~обзорная рентгеноскопия кишечника.

**Диагностическим инструментальным методом наиболее предпочтительным для диагностики ишемического колита, является:**

=ирригоскопия;

~колоноскопия;

~колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием;

~обзорная рентгеноскопия кишечника.

**Укажите «эталонную» комбинацию лекарственных средств для лечения псевдомембранозного колита:**

~линкомицин+цефалоспорин;

~ванкомицин+тетрациклин;

=ванкомицин+метронидазол+кишечные адсорбенты;

~эритромицин+клиндамицин+кишечные адсорбенты.

**Укажите наиболее оправданную лечебную тактику при развитии токсической дилатации толстой кишки, осложнившей язвенный колит:**

~немедленное оперативное вмешательство;

~налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 12 часов;

=налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 48 часов.

~налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 6 часов;

**Базисной терапией язвенного колита являются:**

~антибиотики;

=производные 5'-аминосалициловой кислоты;

~цитостатики;

~сочетание кортикостероидов с цитостатиками.

**Пальпируемая «кишечная абдоминальная масса» является клиническим признаком:**

~болезни Уиппла;

=болезни Крона;

~хронического дизентерийного колита;

~целиакии.

**Рентгенологический феномен «дымохода» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с:**

~раком толстой кишки;

~неспецифическим язвенным колитом;

~псевдомембранозным колитом;

=ишемическим колитом.

**Рентгенологический феномен «яблочной кожуры» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с:**

=раком толстой кишки;

~неспецифическим язвенным колитом;

~псевдомембранозным колитом;

~ишемическим колитом.

**Наиболее частой причиной развития псевдомембранозного колита в многопрофильном стационаре является:**

~применение НПВП;

=применение антибиотиков или суперинфекция при выполнении медицинских манипуляций;

~пищевая токсикоинфекция.

~применение антагонистов кальция

**Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является:**

=clostridium difficile;

~неспецифическая кокковая флора;

~гемолитический стрептококк;

~кишечная палочка.

**«Эталонным» методом инструментального исследования для диагностики псевдомембранозного колита на ранней стадии заболевания, является:**

=ректороманоскопия;

~ирригоскопия;

~колоноскопия;

~обзорная рентгеноскопия кишечника.

**При синдроме раздраженной толстой кишки целесообразно назначать:**

~слабительные средства;

=антидепрессанты;

~местноанестезирующие препараты;

~противовоспалительные препараты.

**Профилактика хронического колита состоит в:**

=своевременном лечении кишечных инфекций;

~нормализации моторики кишечника;

~парентеральной коррекции обменных нарушений;

~устранении стрессовых влияний.

**Какая терапия является основным в реабилитации больных хроническим колитом?**

~фитотерапия;

~химиотерапия;

=бальнеотерапия;

~физиотерапия.

**Показанием к поликлиническому этапу реабилитации больных синдромом раздраженного кишечника является:**

~хроническая кишечная инфекция;

=нарушение моторики кишечника по гиподинамическому типу;

~гастроколитический рефлекс;

~выраженный болевой синдром.

**Санаторный этап реабилитации больных хроническим колитом включает:**

~медикаментозное лечение;

=бальнеотерапию;

~респираторную терапию;

~двигательный режим.

**Поликлинический этап медицинской реабилитации должен обеспечить:**

~оптимальное течение репаративных процессов;

~завершение стадии неполной клинической ремиссии;

=завершение патологического процесса;

~спасение жизни больному.

**Сдавать анализ кала на скрытую кровь на первом этапе диспансеризации надо с \_\_\_\_\_ до 75 лет:**

~55 лет;

~45 лет;

=48 лет;

~60 лет.

**УЗИ органов брюшной полости и малого таза для исключения новообразований у людей в возрасте от 39 лет и старше, надо проводить на первом этапе диспансеризации с периодичностью 1 раз в:**

~5 лет;

=6 лет;

~4 года;

~3 года.

**Колоноскопию и ректороманоскопию при подозрении на онкологическое заболевание толстой кишки может назначить:**

~гастроэнтеролог;

~терапевт;

~онколог;

=колопроктолог.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с язвенным колитом и болезнью Крона с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с язвенным колитом и болезнью Крона.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с язвенным колитом и болезнью Крона.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с язвенным колитом и болезнью Крона.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с язвенным колитом и болезнью Крона.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов язвенного колита и болезни Крона. Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики язвенного колита и болезни Крона с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного язвенного колита и болезни Крона с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному язвенным колитом и болезнью Крона с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной, 49 лет. Поступил в приёмное отделение больницы с жалобами на резкие боли в левой подвздошной области, учащенное сердцебиение, лихорадку, потливость. В течение 13 лет страдает неспецифическим язвенным колитом с частыми обострениями, принимает преднизолон и салофальк. Ухудшение самочувствия последнюю неделю, когда усилились боли в животе, стул 12-15 раз в сутки с примесью крови. Сегодня резкие («кинжальные») боли в животе, повышение температуры.

Объективно: состояние тяжёлое, кожные покровы бледные с землистым оттенком, влажные. Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. Пульс 124 в минуту, АД 80/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, выражено активное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный.

1. Какое осложнение следует предполагать?
2. Тактика ведения больного.

**Задача №2**

Мужчина 30 лет, сварщик обратился на прием к терапевту с жалобами на жидкий стул более 9 раз в сутки с примесью слизи и крови, схваткообразные боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении, инфекционных заболеваний не выявлено. Из анамнеза: отмечает примесь крови в кале в течение 3 мес, к врачу не обращался.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Рост 175см, вес 58 кг. При аускультации легких дыхание везикулярное. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой фланковой и левой подвздошной области.

В общем анализе крови: эр.  $3,2 \times 10^{12}$ ; Нв 88 г/л; ц.п. 0.8 л; лейкоц.  $7,0 \times 10^9$ ; СОЭ 20 мм/ч. Железо сыворотки 6,0 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный.

ФГДС: пищевод без изменений. Желудок: слизистая зернистая, очагово гиперемирована. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое с примесью желчи. Двенадцатиперстная кишка без изменений.

При проведении фиброколоноскопии слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.

2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию.

При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отёчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотнённая болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные:

Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа 1 - 3,7%, альфа 2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20

см. Имеются неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустры слепой и восходящей кишок.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.

## 7. Профилактика.

### Тема 66. Опухоли толстой и тонкой кишки, колоректальный рак

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Ранняя симптоматология,
- Дифференциальный диагноз,
- Методы инструментального исследования.
- Рак прямой кишки ранняя симптоматология,
- Дифференциальный диагноз,
- Методы инструментального исследования.

#### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) сопухолью толстой и тонкой кишки, колоректального рака.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента сопухолью толстой и тонкой кишки, колоректального рака..
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента сопухолью толстой и тонкой кишки, колоректального рака.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов сопухолью толстой и тонкой кишки, колоректального рака.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики опухоли толстой и тонкой кишки, колоректального рака с другими заболеваниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** У больного 76 лет при поступлении в стационар отмечаются выраженные боли в левой подвздошной области. Температура 38,0°C, слабость, потливость. АД – 150/80 мм. рт. ст. В левой подвздошной области пальпируется болезненное образование размером 6х8 см, малоподвижное, без четких границ.

Вопросы:

1. Какое заболевание чаще всего сопровождается указанной клинической картиной?
2. Наметьте дальнейшие обследования кишечника, необходимые для верификации диагноза. В чём заключается подготовка к этим исследованиям?
3. Показано ли данному больному оперативное лечение?

**Задача №2.** У больного 44 лет во время профилактической ректороманоскопии обнаружен полип ободочной кишки на расстоянии 23 см от заднего прохода, размером 0,5х0,5 см. На расстоянии 28 см имеется второй полип размером 0,8х1,0 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. В каком дополнительном исследовании нуждается больной в первую очередь?
3. Тактика ведения.

**Задача №3.** Больной Е., 68 лет, заболел 5 дней тому назад, когда появились тупые боли в правой половине живота, повысилась температура тела до 39 °С. Лечение самостоятельное (антибиотики в таблетках, анальгетики). Постепенно боли ослабли, температура тела по вечерам до 37,5 °С, беспокоит чувство тяжести в подвздошной области справа, общая слабость, похудание, с чем и обратился в клинику. Объективно: в правой подвздошной области определяется болезненное уплотнение размерами 8 × 4 см, здесь же вызываются симптомы раздражения брюшины, лейкоциты —  $12 \times 10^9$ . Неустойчивый стул.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.

4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №4.** Больной, 50 лет, поступил в клинику с жалобами на кровянистые выделения из прямой кишки во время акта дефекации. Проведено клиническое обследование в полном объеме, при котором в прямой кишке в 4 см от края заднего прохода (аноректальной линии) по правой полуокружности выявлена подвижная опухоль до 5 см по протяженности с изъязвлением в центре. Опухоль занимает более 1/3, но менее половины окружности кишки, Гистологическое заключение исследования биоптата: высокодифференцированная аденокарцинома. Метастазов в печени (по данным УЗИ) и в лёгких (по данным рентгенографии органов грудной клетки) не выявлено. Значимой сопутствующей патологии не установлено.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 67. Синдром раздраженного кишечника, дивертикулярная болезнь**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез.
- Клиника.
- Диагностика и дифференциальная диагностика.
- Лечение, прогноз, МСЭ.
- Дисбактериоз кишечника.
- Этиология, патогенез.
- Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, прогноз.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с синдромом раздраженного кишечника и дивертикулярной болезнью с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания. Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) пациенту с синдромом раздраженного кишечника и дивертикулярной болезнью.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с синдромом раздраженного кишечника и дивертикулярной болезнью.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов у пациента с синдромом раздраженного кишечника и дивертикулярной болезнью.
- ✓ заболевания.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики синдрома раздраженного кишечника и дивертикулярной болезни с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.

- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с синдромом раздраженного кишечника и дивертикулярной болезнью с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с синдромом раздраженного кишечника и дивертикулярной болезнью с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная К. 30 лет, библиотекарь. Предъявляет жалобы на боли в левой фланковой области, уменьшаются после акта дефекации, вздутие живота, частый стул и тенезмы, преимущественно в утренние и дневные часы, сопровождающиеся чувством тревоги. В связи с указанными жалобами больная опасается выходить из дома, пользоваться общественным транспортом, сторонится застолий, не посещает общественные места (театр, кино и пр.). Ухудшение самочувствия после перенесенной стрессовой ситуации на работе. Из анамнеза: больна в течение 5 лет, за медицинской помощью не обращалась, лечение не принимала. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит. ВИЧ инфекцию, туберкулез, сахарный диабет у себя и близких родственников отрицает. В детстве перенесла пищевую токсикоинфекцию.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы розовые, умеренной влажности. Язык чистый, сосочки выражены. Вес 70 кг, рост 171 см. При аускультации легких дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Сердечные тоны ясные, ЧСС 72 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот симметричной формы, не вздут, не напряжен, участвует в акте дыхания, при глубокой пальпации умеренно болезненный во фланковых областях. Печень не пальпируется.

Анализ крови: Нв - 136 г/л, эр.3,  $6 \times 10^{12}$ , л.  $4,7 \times 10^9$ , тромбоциты  $265 \times 10^{12}$ , э-1%, п-4%, с-63%, л-29%, м-3%, СОЭ 5 мм/ч. Биохимический анализ: АСТ - 12 ед, АЛТ - 20 ед, ЩФ - 80 ед, глюкоза - 4,1 ммоль/л, билирубин - 11,0 ммоль/ (непрямой - 11,0 ммоль/л).

Копрограмма: без патологических изменений. Бак.посев кала - роста нет.

ФГДС: пищевод без изменений. Желудок: слизистая зернистая, бледно розового цвета. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое с примесью желчи. Двенадцатиперстная кишка без изменений.

Фиброколоноскопия: слизистая слепой кишки обычной окраски, эластичная, сосудистый рисунок сохранен, просвет кишки не изменен, в просвете содержимого нет, складки выражены обычно, расправляются свободно. Баугиниева заслонка губовидная, функционирует ритмично, слизистая всех отделов толстой кишки обычной окраски, блестящая, сосудистый рисунок сохранен, просвет кишки не изменен, складки выражены обычно, расправляются свободно. Физиологические сфинктеры хорошо выражены, тонус кишки сохранен.

УЗИ органов брюшной полости: контуры печени четкие, ровные. Размеры правой доли 121 мм по среднеключичной линии; структура однородная. Эхогенность средняя. Желчный пузырь: форма грушевидная, вытянутая, не деформирована. Размеры 68×22 мм, стенка до 2 мм, конкрементов нет. Поджелудочная железа: расположение обычное, контуры четкие, ровные, размеры 14×14×33 мм, структура однородная, эхогенность сохранена. Селезенка: контуры четкие, ровные. Паренхима однородной структуры.

Заключение психотерапевта: тревожно-фобический синдром.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная Т., 56 лет, обратилась в клинику в связи с появлением внизу живота болей и неустойчивым стулом (более месяца отмечает чередование запоров и поноса). Общее состояние больной удовлетворительное. Appetit сохранен. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в левой подвздошной области. Температура тела 37,3°C. При



пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. В связи с подозрением на заболевание ободочной кишки выполнена ирригоскопия и были обнаружены дивертикулы сигмовидной кишки.

Вопросы

1. Какое осложнение дивертикулеза можно заподозрить у больной?
2. Назовите возможные варианты клинического течения дивертикулеза толстого кишечника.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Назовите принципы консервативного лечения дивертикулита.
5. Какие виды оперативного вмешательства можно применить при отсутствии эффекта от консервативного лечения?

## **Тема 68. Панкреатит, острый и хронический.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Патоморфология,
- Клиника,
- Диагноз и дифференциальный диагноз,
- Осложнения и лечение (консервативное, хирургическое, санаторно-курортное),
- Профилактика,
- Реабилитация,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**Самым ценным лабораторным показателем в диагностике хронического панкреатита является:**

- ~лейкоцитоз;
- ~уровень аминотрансфераз;
- ~уровень щелочной фосфатазы;
- =уровень амилазы мочи и крови.

**Повышение уровня амилазы в плевральной жидкости наблюдается при:**

- =панкреатите;
- ~туберкулезе;
- ~пневмонии;
- ~ревматоидном артрите.

**Причиной вторичного хронического панкреатита является:**

- =желчнокаменная болезнь;
- ~вирусное поражение поджелудочной железы;
- ~повторная травма поджелудочной железы;
- ~алкоголизм.

**Больному с обострением хронического панкреатита назначают строгую щадящую диету, содержащую физиологическую норму:**

- =белков;
- ~жиров;
- ~углеводов;
- ~калорийности.

**При обзорной рентгенографии брюшной полости у больного обнаружены мелкие кальцификаты, проецирующиеся на уровне 2-3 поясничных позвонков, что было расценено как признак:**

- ~желчнокаменной болезни;
- =хронического панкреатита;
- ~хронического гепатита;
- ~цирроза печени.

**Комплексом симптомов характерных для хронического панкреатита является:**

- =похудание, боли в эпигастрии, поносы, сахарный диабет;
- ~боли в эпигастрии, запоры, потеря аппетита, похудание;

~потеря аппетита, метеоризм, поносы, лихорадка с ознобами;

~лихорадка с ознобами, запоры, метеоризм, сахарный диабет.

**Больному хроническим панкреатитом в период ремиссии при недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы следует рекомендовать диету со значительным ограничением:**

~белков;

=жиров;

~углеводов;

~калорийности.

**При обзорной рентгенографии брюшной полости могут быть выявлены признаки:**

~язвенной болезни;

~хронического гепатита;

~цирроза печени;

=хронического панкреатита.

**Стеаторея наблюдается при:**

~хроническом гастрите;

=хроническом панкреатите;

~гнилостной диспепсии;

~бродильной диспепсии.

**Признаки, подтверждающие диагноз хронического панкреатита, могут быть получены при проведении:**

~гастроскопии, дуоденографии в условиях гипотонии;

=дуоденографии в условиях гипотонии, УЗИ;

~ирригоскопии, лапароскопии;

~гастроскопии, лапароскопии.

**Поджелудочная железа увеличивает секрецию сока и бикарбонатов под влиянием:**

~холецистокинина;

=секретина;

~атропина;

~молока.

**Самым ценным лабораторным показателем в диагностике хронического панкреатита является:**

~лейкоцитоз;

~уровень аминотрансфераз;

~уровень щелочной фосфатазы;

=уровень амилазы мочи и крови.

**Наиболее существенным в диагностике хронического панкреатита является:**

=УЗИ;

~сцинтиграфия поджелудочной железы;

~определение жира в кале;

~дуоденография.

**В борьбе с болью при хроническом панкреатите нельзя применять:**

~анальгин;

=морфий;

~баралгин;

~новокаин.

**Высокий уровень амилазы сыворотки наблюдается при:**

~жировом гепатозе;

~обострении язвенной болезни;

~спастическом энтероколите;

=обострении хронического панкреатита.

**Для подавления активности ферментов поджелудочной железы применяется:**

~омепразол;

~атропин;

~циметидин;

=трасколан.

**Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:**

~язвенной болезни;  
=холелитиазе;  
~хроническом колите;  
~лямблиозе.

**При обострении хронического панкреатита наблюдается:**

=опоясывающая боль;  
~тяжесть в эпигастрии;  
~тяжесть в правом подреберье;  
~рвота, приносящая облегчение.

**Причиной панкреатита может быть:**

~высокая кислотность желудочного сока;  
=рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы;  
~гастроэзофагеальный рефлюкс;  
~инфицирование Нр.

**Для лечения панкреатитов используются:**

=бускопан;  
~ацедин пепсин;  
~панзинорм;  
~фестал.

**Для коррекции внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите в фазе обострения препаратом выбора является:**

~панкреатин;  
=креон;  
~фестал;  
~панзинорм.

**Наиболее ранним проявлением хронического панкреатита является:**

~похудение;  
~диарея;  
=опоясывающая боль;  
~гипергликемия.

**В копрограмме при хроническом панкреатите раньше всего выявляется:**

~изменение цвета;  
~креаторея;  
=стеаторея;  
~амилорея.

**При нарушении внутрисекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите наблюдается:**

~уменьшение инсулина при нормальном содержании глюкагона;  
=уменьшение инсулина и глюкагона;  
~уменьшение инсулина и увеличение глюкагона;  
~увеличение инсулина и глюкагона.

**Возникновение шока при обострении хронического панкреатита обусловлено:**

~выраженным болевым синдромом;  
=выходом в кровь вазоактивных субстанций;  
~снижением сократительной способности миокарда;  
~инфекционным агентом.

**Ведущим признаком при диагностике обострения хронического панкреатита является повышение уровня:**

~трансаминаз;  
~щелочной фосфатазы;  
=амилазы;  
~билирубина.

**При вторичном сахарном диабете, развившемся на фоне хронического панкреатита наблюдается:**

=склонность к гипогликемии;  
~потребность в высоких дозах инсулина;  
~частое развитие сосудистых осложнений;

~частое развитие гиперосмолярной комы.

**При лечении обострения хронического панкреатита применяется:**

=омепразол;

~фестал;

~бетацид;

~панзинорм.

**Стимулирует активность ферментов поджелудочной железы:**

~соматостатин;

~глюкагон;

=гистамин;

~мотилин.

**У человека в сутки вырабатывается панкреатического сока:**

~до 0,5 л;

~0,5-1,0 л;

~1,0-1,5 л;

=1,5-2,0 л;

**Через сколько часов после появления клиники острого панкреатита можно зафиксировать наибольший уровень амилазы крови?**

~10-12 часов;

~18-24 часа;

=48-72 часа;

~96-120 часов.

**Какой из перечисленных симптомов характерен для хронического панкреатита?**

~лихорадка;

~желтуха;

=креаторея;

~водная диарея.

**При купировании болевого синдрома при хроническом панкреатите спазм сфинктера Одди вызывает:**

~новокаин;

~баралгин;

~промедол;

=морфин.

**Самым частым последствием хронического панкреатита, возникшего вследствие злоупотребления алкоголем является:**

~экзокринная недостаточность поджелудочной железы;

~эндокринная недостаточность поджелудочной железы;

~синдром мальабсорбции;

=возникновение кист в поджелудочной железе.

**В консервативную терапию хронического панкреатита включаются:**

=блокаторы протонной помпы;

~кортикостероиды;

~цитостатики;

~препараты 5-аминосалициловой кислоты.

**«Золотым стандартом» в диагностике рака поджелудочной железы является:**

~УЗИ;

~компьютерная томография;

~МРТ;

=эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

**Эталонным инструментальным методом диагностики псевдотуморозного панкреатита является:**

~ультрасонография;

~компьютерная томография;

~лапароскопия;

=селективная ангиография .

**Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита является:**

=злоупотребление алкоголем;

- ~желчекаменная болезнь;
- ~избыточная масса тела;
- ~гиперлипидемия.

**Синдром хронического панкреатита, преимущественно с признаками экзокринной недостаточности, развивается в рамках:**

- ~синдрома Дауна;
- ~синдрома Марфана;
- ~первичного амилоидоза;
- =муковисцидоза.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с панкреатитом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с панкреатитом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания. Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнезас панкреатитом).
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с панкреатитом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с панкреатитом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов панкреатита.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики панкреатита с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с панкреатитом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с панкреатитом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 45 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, иногда опоясывающего характера, и частые поносы. В течение многих лет злоупотреблял алкоголем. В течение года – сахарный диабет, принимал диабетон. В течение последних 6 месяцев – понос с полужидким калом беловатого цвета. Похудел на 10 кг.

Объективно: масса тела 55 кг, рост – 170 см. Нерезкая болезненность над пупком. Печень на 3 см ниже края рёберной дуги, плотная, безболезненная. Диастаза мочи 256 ЕД. Глюкоза крови – 15,4 ммоль/л, в моче ацетон (+). В анализе кала: много нейтрального жира, мыл и жирных кислот, непереваренной клетчатки.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная Г., 46 лет, поступила в отделение с жалобами на сильные опоясывающие боли в верхней части живота, рвоту, сухость во рту. Указанные жалобы возникли через 2 ч после употребления большого количества (около 500 г) клубники со сливками.

При осмотре в приемном отделении состояние средней тяжести. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 167 см, вес – 81 кг, ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. Абдоминальный

тип ожирения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, умеренно сухие. Живот вздут, положительный симптом Мейо-Робсона, болезненность в зоне Шоффара. В экспресс-лаборатории: лейкоциты крови – 12000, гемоглобин – 127 г/л, амилаза крови – 680 ЕД.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 69. Холецистит**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Холецистит хронический (некаменный).
- Этиология, патогенез.
- Классификация.
- Клиника,
- Диагноз и дифференциальный диагноз,
- Лечение, показания к хирургическому лечению.
- Профилактика,
- Реабилитация,
- Диспансеризация, МСЭ.
- Холангит. Этиология, патогенез.
- Клиника,
- Диагноз и дифференциальный диагноз,
- Лечение.
- Профилактика.

Тестовый контроль:

**В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:**

- ~холекинетики;
- =спазмолитики;
- ~антациды;
- ~ферменты.

**Причиной хронического холецистита является:**

- ~гиперлипидемия;
- ~заболевание зоны большого дуоденального сосочка;
- =бактериальная инфекция;
- ~рацион с резко ограниченным содержанием белков и жиров.

**К основному принципу лечения хронического холецистита вне обострения относится назначение:**

- ~препарата, снижающего желудочную секрецию;
- ~ферментного препарата;
- =строгое соблюдение диеты;
- ~прокинетики .

**К холеретикам относится:**

- =холензим;
- ~ксилит;
- ~сорбит;
- ~олиметин.

**К холекинетикам относится:**

- ~фламин;
- ~аллохол;
- ~оксафенамид;
- =ксилит.

**Для больного хроническим холециститом в фазе ремиссии характерна:**

- ~смена диареи запорами;
- ~боль в правой подреберной области;
- =плохая переносимость жирной пищи;
- ~изжога.

**Холеретики рекомендуют применять для:**

- =увеличения желчеобразования и усиления движения желчи по протокам;
- ~стимуляции тонуса и сократительной активности желчного пузыря;
- ~стимуляции моторики тонкой кишки;
- ~лечения легких расстройств пищеварения.

**К атипичной форме хронического холецистита не относится:**

- ~кардиальная;
- ~эзофагалгическая;
- ~кишечная;
- =солярит.

**Симптом Кера это:**

- ~болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа;
- ~резкое усиление болезненности при пальпации желчного пузыря на вдохе;
- =болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря;
- ~шейная болевая точка.

**Симптом Георгиевского-Мюсси – это:**

- ~болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря;
- =болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключичной-сосцевидной мышцей;
- ~болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа;
- ~болезненность при поколачивании по правому подреберью.

**К основному принципу лечения холецистита в фазе обострения относится:**

- ~диетотерапия;
- =фармакотерапия;
- ~физиотерапия;
- ~санаторно-курортное лечение.

**В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:**

- =холекинетики;
- ~спазмолитики;
- ~антациды;
- ~ферменты.

**Приступ желчной колики сопровождается острой болью в:**

- =правом подреберье;
- ~спине;
- ~области мечевидного отростка грудины;
- ~поясничной области.

**К холеретикам не относится:**

- =олиметин;
- ~холензим;
- ~аллохол;
- ~холагол.

**Информативным методом в ранней диагностике дискинезии желчевыводящих путей, является:**

- =биохимическое исследование желчи;
- ~ультразвуковая диагностика;
- ~внутривенная холецистография;
- ~лапароскопия.

**Назначение препаратов хенодезоксихолевой или урсодезоксихолевой кислот показано при:**

- ~наличии рентгенопозитивных карбонатных камней;
- =рентгеномалококонтрастных холестериновых камнях;
- ~камнях диаметром более 20 мм;
- ~частых желчных коликах.

**Вторичная диспансеризация хронического холецистита предусматривает осмотр терапевтом и хирургом \_\_\_\_\_ в год:**

- =1-2 раза;
- ~2-3 раза;
- ~3-4 раза;
- ~4-5 раз.

**Укажите последовательность этапов реабилитации больных после холецистэктомии по стандарту реабилитации?**

- ~санаторий - поликлиника – стационар;
- ~поликлиника - стационар – санаторий;
- ~поликлиника - санаторий – стационар;
- =стационар - санаторий – поликлиника.

**На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений хронического холецистита?**

- ~диспансерном;
- =стационарном;
- ~поликлиническом;
- ~санаторном.

**Какое направление является основным в реабилитации больного, перенесшего обострение хронического холецистита?**

- ~физиотерапия;
- =диетокоррекция;
- ~респираторная терапия;
- ~двигательный режим.

**Диспансерный этап реабилитации больных хроническим холециститом включает осмотр терапевта и хирурга \_\_\_\_\_ в течение года:**

- =1-2 раза;
- ~3 раза;
- ~4 раза;
- ~6 раз.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с холециститом учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с холециститом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания. Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с холециститом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с холециститом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с холециститом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов холецистита.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики холецистита с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с холециститом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с холециститом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная А., 44 года, поступила в тер. отделение с жалобами на тянущие боли в правом подреберье, ощущение «выпираания печени» из-под реберной дуги, усиливающиеся при употреблении жирной пищи, жареной картошки, тортов. Боли иррадиируют в спину по типу правого



полупояса, в правые отделы грудной клетки, правую сторону шеи. По утрам беспокоит тошнота, рвотные позывы. После еды, особенно после сладкого чая – горечь во рту, изжога. В последние дни отметила повышение температуры до 37,4<sup>0</sup>С в вечерние часы, общую слабость, снижение работоспособности. Аппетит сохранен, вес стабильный. Стул со склонностью к запорам.

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течение многих лет. Со школьных лет отмечает периодический дискомфорт в правом подреберье после употребления жирной пищи. Неоднократно обследовалась сначала в детской, а затем и во взрослой поликлинике. Выставлялись диагнозы хронического гастрита, дискинезии желчевыводящих путей. Лечилась отварами трав, при переедании принимает фестал, аллохол с положительным эффектом. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последнего месяца, после затяжных новогодних праздников, во время которых употребляла много мучной, жирной пищи. Прием ферментов не улучшил состояния.

В течение последней недели значительно сократила прием пищи, но боли усилились, появилось повышение температуры, в связи с чем обратилась к врачу.

Анамнез жизни: В 6-ти летнем возрасте перенесла острый гепатит А.

Гемотрансфузий не было. Аллергических реакций не отмечает.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Температура 37,2<sup>0</sup>С. Дыхание через нос. ЧДД 16 в 1 мин. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное хрипов нет. Тоны ясные ритм правильный 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт.ст. Обе голени до средней трети пастозны. Язык обложен желтоватым налетом, глотание не нарушено. Живот мягкий болезнен в правом подреберье. Положительные симптомы Кера, Мюсси-Георгиевского. Симптом Мерфи, Ортнера-Грекова отрицательные. Печень – по края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Моча обычного цвета, мочеиспускание свободное. Щитовидная железа увеличена до 2 степени, мягкая, однородной структуры.

УЗИ брюшной полости: печень не увеличена, обычной эхогенности, порталная вена не расширена. Желчный пузырь увеличен, не напряжен, с утолщенной до 5 мм, уплотненной стенкой, конкрементов нет. Поджелудочная железа не увеличена, диффузно повышенной эхогенностью, вирсунг не расширен. Почки обычной формы и размеров, нормальной эхогенности, ЧЛС не расширены в проекции ЧЛС справа, гиперэхогенные образования до 3 мм. Селезенка не увеличена.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка Е., 38 лет, поступила в тер.отделение.

Жалобы на ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, тошноту, по утрам горечь во рту, однократно была рвота желчью, общую слабость, плохой сон. Считает себя больной около 7 лет, ухудшение наступило в течение последней недели, которое связывает с приемом обильной, жирной пищи.

Объективно: Пациентка тревожна, депрессивна, жалуется на усталость. В контакт вступает с трудом, говорит, что не верит в успех лечения, выражает опасение за свое здоровье. Состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, кожа сухая, чистая, отмечается желтушность склер, язык сухой, обложен серо-белым налетом. При пальпации болезненность в правом подреберье. Симптомы Ортнера и Кера положительны. Пульс 84 уд./мин. АД 130/70 мм рт. ст., ЧДД 20 в мин.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.

## 7. Профилактика.

### **Тема 70. Желчно-каменная болезнь и постхолецистэктомический синдром.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Желчнокаменная болезнь.
- Этиология,
- Патогенез,
- Клиника,
- Осложнения,
- Лечение,
- Профилактика,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

#### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с желчно-каменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с желчно-каменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с желчно-каменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с желчно-каменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с желчно-каменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов желчно-каменной болезни и постхолецистэктомического синдрома.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики желчно-каменной болезни и постхолецистэктомического синдрома с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного пациента с желчно-каменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному пациенту с желчно-каменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Женщина 46 лет, доставлена в экстренное приемное отделение скорой помощи, продавец по профессии. Больная предъявляет жалобы на боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку и правое предплечье. Состояние ухудшилось около четырех часов назад после приема жирной пищи. Из анамнеза: около года отмечает чувство тяжести в правом подреберье, горький вкус во рту, однократно был подобный приступ, прошел после применения грелки и но-шпы. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,8 градусов. Больная повышенного питания, склеры глаз иктеричны. При аускультации, в нижних отделах правого легкого дыхание ослаблено. ЧСС 90 ударов в минуту. АД 140 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации болезненный в области проекции желчного пузыря. Болезненность в правой надключичной области, положительный симптом поколачивания по правому подреберью.

Общий анализ крови: эритроциты  $4,0 \times 10^{12}$ ; Нв 125 г/л; лейкоциты  $9,8 \times 10^9$ , СОЭ 28 мм/ч.

В анализах амилаза крови 800ед/л, амилаза мочи 1200ед./л АСТ 80ед. АЛТ 120ед.

билирубин 60ммоль/л непрямой 48 мкмоль/л прямой 12 мкмоль/л

ФГДС: гиперемия слизистой желудка, слизистая блестящая, умеренно-отечная, сосудистый рисунок сохранен, просвет желудка не изменен, в просвете желчь.

УЗИ: желчный пузырь клювовидной формы, расположен в обычном месте, с перетяжкой в нижней трети тела, стенка его утолщена до 5 мм. В полости желчного пузыря отмечаются гиперэхогенные включения до 5 мм в диаметре.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** На диспансерном наблюдении у хирурга поликлиники состоит пациентка К., 50 лет. Полгода назад ей была выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни, послеоперационный период без осложнений. Через 1 месяц после операции стали беспокоить приступы выраженной боли в эпигастрии продолжительностью по 30-40 минут, иррадиирующие в спину, сопровождающиеся тошнотой, горечью во рту. При осмотре: эмоционально лабильна, раздражительна. Кожа бледная, дермографизм уртикарный. Состояние удовлетворительное. Язык влажный с белым налетом по спинке. Живот мягкий, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье и эпигастрии. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 71. Рак поджелудочной железы и опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Рак поджелудочной железы.
- Ранняя симптоматология,
- Дифференциальный диагноз,
- Методы инструментального исследования.
- Опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей.
- Ранняя симптоматология,
- Дифференциальный диагноз,
- Методы инструментального исследования.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с раком поджелудочной железы и опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с раком поджелудочной железы и опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с раком поджелудочной железы и опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с раком поджелудочной железы и опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей.

- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с раком поджелудочной железы и опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей.
- ✓ Определение диагностических признаков и заболевания.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики с раком поджелудочной железы и опухолью желчного пузыря и желчевыводящих путей с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** В городскую больницу доставлен мужчина 70 лет с жалобами на общую слабость, сильные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, вздутие живота. Считает себя больным около 2–х месяцев. Сначала появилась общая слабость и потеря аппетита, затем - небольшие боли и тяжесть в верхней части живота. Постепенно боли усилились, особенно по ночам. Периодически возникала рвота. Потеря в весе составила 12 кг. За медицинской помощью не обращался, лечился домашними средствами. Последние 2 месяца боли стали нестерпимыми, появилось вздутие живота.

Из анамнеза известно, что больной в прошлом злоупотреблял алкоголем, многократно лечился по поводу холецистита, панкреатита и гастрита.

Данные объективного обследования. Больной пониженного питания. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс - 54 удара в 1 мин, аритмичный, АД - 140/100 мм рт. ст. Живот асимметричен. В эпигастриальной области слева выбухает опухоль размером 10x12 см, плотная, бугристая, малоподвижная, болезненная при пальпации. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. В отлогих местах живота - притупление. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка, 55 лет, страдающая в течение 15 лет хроническим калькулезным холециститом поступила в приемное отделение с жалобами на ноющие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопаточную область. Отмечает, что в последние месяцы характер болей изменился, они приняли постоянный характер, не связаны с приемом пищи. При осмотре в правом подреберье пальпируется плотное, малоболезненное, не смещаемое опухолевое образование.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** У пациента 42 лет, во время медицинского осмотра при поступлении на работу обнаружены полипы желчного пузыря 6мм и 4мм, желчный пузырь 68 мм×31мм, стенка его 2,5мм, уплотнена, наличие эхо-взвеси. Биохимический и клинический анализы крови без патологии. Отмечает периодически неприятные ощущения в правом подреберье, склонность к запорам, метеоризм.

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует уплотненная стенка желчного пузыря по УЗИ?
3. О чем свидетельствует наличие эхо-взвеси в желчном пузыре?

4. Ваша тактика ведения полипоза желчного пузыря.
5. Принципы терапии на данном этапе.

## **Тема 72. Хронический гепатит.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация.
- Этиология, патогенез.
- Клиника.
- Диагноз и дифференциальный диагноз.
- Профилактика,
- Реабилитация,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

### Тестовый контроль:

**Основным критерием для назначения этиотропной терапии больным хроническим вирусным гепатитом является:**

- ~яркая клиническая картина;
- ~наличие жалоб у больных;
- =активная вирусная репликация;
- ~наличие дельта-инфекции.

**При назначении иммуносупрессивного лечения больным аутоиммунным гепатитом на доцирротической стадии полная ремиссия достигается у:**

- ~всех пациентов вне зависимости от типа АИГ;
- ~небольшого количества пациентов с АИГ 1 типа;
- ~небольшого количества пациентов с АИГ 2 типа;
- =большинства пациентов.

**Наибольший риск развития гепатита D у:**

- ~переболевших вирусным гепатитом А;
- ~переболевших острым гепатитом В;
- =лиц с персистирующей HBs – антигемией;
- ~больных хроническим гепатитом С.

**Носительство HBs -антигена называется хроническим, если антигемия продолжается:**

- ~до 3 месяцев;
- ~до 6 месяцев ;
- ~более 3 месяцев;
- =более 6 месяцев.

**Больным гепатитом показана диета:**

- ~стол № 3;
- ~стол № 4;
- ~стол № 9;
- =стол № 5.

**Интерферон действует:**

- ~антибактериально;
- =противовирусно;
- ~жаропонижающе;
- ~кардиотонически.

**Для лечения гепатита В применяют:**

- =энтекавир;
- ~азидотимидин;
- ~невирапин;
- ~рибавирин.

**Длительность и эффективность терапии гепатита С зависит от:**

- ~выраженности симптомов;
- =наличия осложнений;
- ~генотипа вируса;
- ~уровня АЛТ/АСТ.

**В основе лечения хронических гепатитов В, С лежит:**

- =противовирусная терапия;
- ~антибактериальная терапия;
- ~симптоматическая терапия;
- ~патогенетическая терапия.

**Чаще дельта-инфекция возможна при наличии гепатита:**

- ~С;
- ~Е;
- ~А;
- =В.

**Основным критерием для назначения этиотропной терапии больным хроническим вирусным гепатитом является:**

- ~яркая клиническая картина;
- ~наличие жалоб у больных;
- =активная вирусная репликация;
- ~наличие дельта-инфекции.

**При хроническом вирусном гепатите Вальфа-интерферон назначают по:**

- ~20 млн МЕ;
- ~3 млн МЕ;
- ~1 млн МЕ;
- =4 млн МЕ.

**К индукторам интерферона относятся:**

- ~имунал;
- ~зидовудин;
- =цикловир;
- ~тимоген.

**Энергетической ценностью пищи при диете №5 является:**

- ~1500–2000 ккал;
- =2500–3000 ккал;
- ~2800–3000 ккал;
- ~3000–3500 ккал.

**Рекомендуемая доза энтекавира при хр. гепатите В составляет:**

- =0,5 мг в сутки;
- ~0,3 мг в сутки;
- ~0,2 мг в сутки;
- ~0,1 мг в сутки.

**«Сосудистые звездочки» и «печеночные ладони» выявляются при:**

- ~геморрагическом синдроме;
- ~обезвоживании организма;
- =гиперэстрогемии;
- ~сидеропеническом синдроме.

**Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени:**

- =гепатотропные вирусы;
- ~алкоголь;
- ~наследственные заболевания-болезни накопления;
- ~токсические гепатотропные агенты.

**Наиболее распространенной гепатотропной вирусной инфекцией, формирующей хронические диффузные заболевания печени, является:**

- =HBv-инфекция;
- ~НСv-инфекция;
- ~HAV-инфекция;
- ~HBv/HDv-инфекция, HDv-инфекция.

**Укажите наиболее часто встречающиеся побочные эффекты интерферонотерапии:**

- ~кардиопатия, депрессия;
- =гриппоподобный синдром, депрессивный синдром, цитопенический синдром (гранулоцито- и тромбоцитопения), алопеция;
- ~ожирение, дисменорея, артериальная гипертензия, диарея;

~фотосенсибилизация, гиперурикемия, гипергликемия.

**Безоговорочным условием прекращения лечения а-интерфероном является:**

~афтозный стоматит;

~тромбоцитопения;

=тяжелые депрессии;

~артериальная гипертензия.

**Чем обычно лимитировано применение рибавирина у пациентов с хр. гепатитом С?**

~гранулоцитопенией;

~тромбоцитопенией;

=гемолизом;

~лейкоцитозом.

**Обязательным условием, вносимым в информированное согласие пациента перед началом лечения рибавирином при хроническом гепатите С, является:**

~категорический отказ от алкоголя;

~строгое соблюдение диеты;

~резкое ограничение физических нагрузок;

=двойная контрацепция.

**Частоту доказанного ответа у пациентов хроническим гепатитом С, получающих стандартную комбинированную противовирусную терапию при соблюдении прочих равных условий, определяет:**

~только генотип вируса;

=генотип вируса, возраст и пол пациента;

~только возраст пациента;

~только пол пациента.

**При каком из хронических вирусных гепатитов, отвечающих критериям проведения этиотропной терапии, результаты последней наиболее неудовлетворительны?**

~хронический гепатит В;

~хронический гепатит С;

~хронический гепатит С+В;

=хронический гепатит D.

**Наиболее значимым для диагностики болезни Коновалова-Вильсона, является:**

~наличие синдрома цитолиза;

~наличие неврологической симптоматики;

=повышение уровня экскреции меди с мочой, снижение уровня церулоплазмина, полиморфизм гена АТФазы Р, наличие кольца Кайзера-Флейшера на роговице при исследовании щелевой лампой;

~повышение уровня щелочной фосфатазы, трансаминаз, церулоплазмينا.

**Наиболее значимым для диагностики первичного гемохроматоза, является:**

~повышение уровня гемоглобина и сывороточного железа;

~повышение уровня экскреции железа с мочой;

=насыщение трансферрина железом более 70%;

~насыщение трансферрина железом более 45%.

**Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с аутоиммунным гепатитом:**

~кортикостероиды+интерферон;

~цитостатики+интерферон;

=кортикостероиды+цитостатики;

~урсодезоксихолевая кислота+кортикостероиды .

**Укажите наиболее оптимальный режим лечения первичного гемохроматоза:**

~ограничение потребления железа с пищей;

~ограничение потребления железа с пищей в сочетании с десфералом;

=ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями и последующим назначением десферала;

~ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями.

**Укажите наиболее значимое проявление, определяющее предстоящую продолжительность жизни у пациентов с первичным гемохроматозом:**

~надпочечниковая недостаточность;

~цирроз печени;  
=недостаточность кровообращения, связанная с развитием кардиопатии и перикардитом;  
~нефропатия.

**Источниками инфекции при вирусных гепатитах являются:**

~дикие животные;  
~сельскохозяйственные животные;  
=люди;  
~кровососущие членистоногие.

**На формирование хронического гепатита в указывает обнаружение HBe Ag дольше \_\_\_\_\_ недель от начала болезни:**

~6-8;  
=4-6;  
~8-10;  
~10-12.

**Длительная циркуляция HBS Ag после перенесенного гепатита В является критерием:**

~обострения процесса;  
~активной репликации вируса;  
~развития цирроза печени;  
=хронизации процесса.

**Достоверным показателем репликации вируса при хроническом гепатите В является:**

~повышение активности АЛТ;  
=положительная ПЦР;  
~высокий уровень щелочной фосфатазы;  
~положительная РНГА.

**После перенесенного в прошлом острого вирусного гепатита В обнаруживается:**

~anti – HBs IgM;  
~HBe Ag;  
=anti – HBs IgG;  
~anti – Hbe Ag.

**Какое внепеченочное проявление встречается при хроническом гепатите С и хроническом гепатите В:**

=синдром Шегрена;  
~сахарный диабет 1 типа;  
~бронхиальная астма;  
~красный плоский лишай.

**Холестатический синдром при вирусных гепатитах характеризуется:**

~повышением фракции свободного билирубина;  
=гиперхолестеринемией;  
~диспротеинемией;  
~гиперферментемией (АЛТ, АСТ).

**Цитолитический синдром при вирусных гепатитах проявляется:**

~повышением содержания холестерина;  
~повышением фракции свободного билирубина;  
~диспротеинемией;  
=повышением активности аминотрансфераз.

**Мезенхимально-воспалительный синдром при вирусных гепатитах характеризуется повышением:**

~активности АЛТ/АСТ;  
=тимоловой пробы;  
~уровня альбуминов;  
~содержания холестерина.

**При наличии симптомов холестаза у больных хроническим гепатитом назначают:**

~липоевую кислоту;  
~силибор;  
~гепамерц;  
=урсодезоксихолевую кислоту.

**Препаратом выбора при лечении хронического гепатита в является:**



- ~HBV-вакцина;
- = $\alpha$ -интерферон;
- ~ацикловир;
- ~поливалентная сыворотка.

**Противовирусная терапия у больного с хроническим гепатитом С, 1В генотипом включает:**

- ~ламивудин 100 мг в день+ интерферон 5 млн ЕД в день в течение 48 недель;
- =пегинтрон 1,5 мкг/кг в неделю + рибаверин 800 мг в день в течение 48 недель;
- ~пегинтрон 1,5 мкг/кг в неделю + рибаверин 15мг/кг в день в течение 48 недель;
- ~пегасис 180 мкг в неделю + телапревир 800 мг в день в течение 24 недель.

**Препаратом выбора при лечении хронического аутоиммунного гепатита является:**

- ~гепатопротектор;
- ~урсодезоксихолевая кислота;
- =глюкокортикостероид;
- ~ $\alpha$ -интерферон.

**Основным в лечении хронического лекарственного гепатита является:**

- ~применение урсодезоксихолевой кислоты;
- ~терапия  $\alpha$ -интерфероном;
- ~применение гепатопротектора;
- =устранение этиологического фактора.

**Экстренная профилактика при контакте с HBs-положительной кровью вакцинацию сочетают с:**

- ~амиксином;
- ~гепатопротектором;
- ~лактозой;
- =пассивной иммунизацией специфическим иммуноглобулином.

**Профилактикой вирусных гепатитов при переливании крови является отбор доноров с обязательным исследованием крови на наличие антигена к вирусу гепатита и:**

- =АЛТ;
- ~АСТ;
- ~ЛДГ;
- ~ЩФ.

**При проведении первичной профилактики гепатита В скрининговым маркером является:**

- ~HBs<sub>ог</sub>-антиген;
- =HBs-антиген;
- ~HBe-антиген;
- ~Анти HBs.

**При случайной травме предметами, загрязненными кровью больных носителей гепатита- В, вакцинацию проводят по схеме \_\_\_\_\_ месяцев:**

- ~0-6-12;
- ~0-3-6-12;
- ~0-2-6-12;
- =0-1-2-12.

**Побочной реакцией вакцины против гепатита В является:**

- ~тошнота;
- =незначительное повышение температуры;
- ~боли в животе;
- ~диарея.

**Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами вирусного гепатита В проводится в течение:**

- ~трех месяцев ;
- ~полугода;
- ~двух лет;
- =одного года.

**Обязательной вакцинации против вирусного гепатита В подлежат:**

- ~беременные;
- =подростки;
- ~мужчины и женщины до 20 лет;
- ~мужчины и женщины старше 40 лет.

**Признаком, характерным для паренхиматозной желтухи, является:**

- =увеличение непрямого билирубина;
- ~билирубин в моче;
- ~уробилин в моче;
- ~стеркобилин.

**Признаком, характерным для механической желтухи, является:**

- =увеличение прямого билирубина;
- ~увеличение непрямого билирубина;
- ~отсутствие билирубина в моче;
- ~уробилин в моче.

**При заболеваниях печени печеночный запах изо рта свидетельствует о:**

- ~увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза;
- ~нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени;
- ~сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии;
- =снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков.

**При заболеваниях печени зуд кожи свидетельствует о:**

- ~наличию дуодено-гастрального рефлюкса;
- =увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза;
- ~нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени;
- ~сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии.

**При заболеваниях печени периферические отеки свидетельствуют о:**

- ~наличию дуодено-гастрального рефлюкса;
- ~увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза;
- =нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени;
- ~сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии.

**При заболеваниях печени горечь во рту свидетельствует о:**

- =наличию дуодено-гастрального рефлюкса;
- ~увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза;
- ~сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии;
- ~снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с гепатитом с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с гепатитом.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя, рационального питания.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с гепатитом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с гепатитом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с гепатитом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания с гепатитом.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики гепатита с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза гепатит с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с гепатитом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с гепатитом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины гепатита и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** На прием к терапевту обратился мужчина 27 лет с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, иктеричность склер и пожелтение кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье. Не работает. Пять лет назад внутривенно употреблял наркотики. Не курит, алкоголь не употребляет.

Объективно: Правильного телосложения, рост 172 см, вес 70 кг. Склеры глаз иктеричны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. ЧСС 72 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: эритроциты-  $4,5 \times 10^{12}$ ; Нв - 132 г/л; лейкоциты-  $4,9 \times 10^9$ , СОЭ 22 мм/ч, общий билирубин – 40 мкмоль/л, прямой билирубин – 22 мкмоль/л. АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 104 Ед/л. Обнаружены антитела HCV.

УЗИ Печень расположена обычно. Передне-задний размер правой доли 160 мм, контуры четкие и ровные. Паренхима печени неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Звукопроводимость нормальная. Структура печени неоднородная. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Размеры селезенки 155x67 мм.

Гастрофиброскопия: слизистая желудка обычной окраски, эластичная. Сосудистый рисунок сохранен. Просвет желудка не изменен. Складки выражены обычно, расправляются свободно. Перистальтика сохранена.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка Л., 35 лет, продавец, поступила в клинику.

Жалобы на выраженную слабость, лихорадку до 38 °С, тошноту, отсутствие аппетита, тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения, кровоточивость десен, редкий сухой кашель, боли в грудной клетке при дыхании, кожный зуд, геморрагические высыпания на лице. Anamnes morbi.

Считает себя больной в течение 4 месяцев. Вначале появилась общая слабость, повышения t тела до 38 °С, а через месяц - желтушность склер, темная моча, тошнота, снижение аппетита, кровоточивость десен. С подозрением на болезнь Боткина была госпитализирована в инфекционную больницу, где диагноз острого вирусного гепатита не подтвердился. В последние три недели стал беспокоить сухой кашель, боли в суставах и геморрагические высыпания на лице.

Объективно: кожные покровы субэктеричные, сухие. На коже лица и груди точечные геморрагические высыпания и яркие "сосудистые звездочки". Отмечается пальмарная эритема. Пальпируются подчелюстные и подмышечные лимфоузлы диаметром до 1 см, безболезненные, неспаивающиеся с кожей. В нижних отделах легких с обеих сторон определяется притупление, здесь же ослабленное везикулярное дыхание. Пульс - 92 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, плотная, поверхность ее гладкая, край заостренный. Селезенка плотноэластической консистенции пальпируется у края реберной дуги.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

### **Тема 73. Неалкогольная жировая болезнь печени, алкогольная болезнь печени**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация.
- Этиология, патогенез.
- Клиника.
- Диагноз и дифференциальный диагноз.

- Профилактика,
- Реабилитация,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

#### Тестовый контроль:

**У больного с неалкогольным стеатогепатитом следует выполнять контроль эффективности программы профилактики фиброза и цирроза печени с помощью:**

- ~компьютерно-томографического исследования степени фиброза;
- =фибротеста;
- ~ультразвукового исследования степени фиброза;
- ~магнитнорезонансно-томографического исследования степени фиброза.

**Препаратами выбора для лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа и неалкогольной жировой болезнью печени являются:**

- ~препараты инсулина;
- =ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4);
- ~производные сульфонилмочевины;
- ~глиниды.

**Экспертами Лосанджелесской классификации хронических гепатитов отдельно не выделяется:**

- ~вирусные гепатиты;
- ~токсические гепатиты;
- =алкогольный гепатит;
- ~криптогенный гепатит.

**«Эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита является:**

- ~повышение трансаминаз;
- ~повышение гамма-глутаминтранспептидазы;
- ~сочетанное повышение трансаминаз и гамма-глутаминтранспептидазы;
- =десиализированный трансферрин.

**При тяжелом алкогольном гепатите для профилактики делирия и судорожного синдрома рекомендациями европейского общества по изучению болезней печени 2016 г. Разрешено использование:**

- =Диазепам;
- ~Карбамазепина;
- ~Амитриптилина;
- ~Фенобарбитала.

**Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течении показана диета с:**

- =общим полноценным рационом;
- ~преобладанием железа;
- ~преобладанием белков;
- ~преобладанием углеводов.

**С целью профилактики судорожного синдрома и тяги к алкоголю при лечении острого алкогольного гепатита рекомендациями европейского общества по изучению болезней печени 2016 г. Одобрено использование:**

- ~Сертралина;
- ~Дисульфирама;
- ~Фенобарбитала;
- =Баклофена.

**Для лечения тяжелого алкогольного гепатита преднизолон назначают в дозе 40 мг/сут.**

- ~внутривенно;
- ~внутримышечно;
- =перорально;
- ~в микроклизмах.

**Важным этапом лечения неалкогольной жировой болезни печени является:**

- =использование силовых физических упражнений;
- ~обязательное назначение гепатопротекторов;
- ~отказ от приема статинов в независимости от уровня показателей цитолиза;
- ~резкое ограничение количества употребляемой пищи, вплоть до голодания.

**Гепатоксическими дозами алкоголя считаются:**

- ~прием алкоголя в любом количестве;
- ~прием алкоголя в среднесуточной дозе  $\geq 20$  мг для мужчин и  $\geq 10$  мг для женщин;
- =прием алкоголя в среднесуточной дозе  $\geq 40$  мг для мужчин и  $\geq 20$  мг для женщин;
- ~прием алкоголя начиная с 60-80 мг в сутки.

**Для диагностики неалкогольной жировой болезни печени используются:**

- ~биопсия печени;
- =компьютерная томография;
- ~позитронно-эмиссионная томография;
- =ультразвуковое исследование;
- ~эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

**Для коррекции веса пациентам с неалкогольной жировой болезнью печени рекомендуется:**

- ~использование преимущественно статической нагрузки;
- ~использование только аэробных физических упражнений;
- ~использование только силовых физических упражнений;
- =сочетание аэробных и силовых физических упражнений.

**Для постановки неалкогольной жировой болезни печени необходимо исключить:**

- =алкогольную болезнь печени;
- =болезнь Вильсона–Коновалова;
- ~синдром Иценко-Кушинга;
- ~системную красную волчанку;
- =хронический вирусный гепатит.

**К «множественным ударам» развития неалкогольной жировой болезни печени относятся:**

- =генетические особенности;
- =инсулинорезистентность;
- ~лекарственное воздействие на печень;
- =нарушение микробиоты кишечника;
- ~снижение функции поджелудочной железы.

**К дополнительным методам снижения веса при неалкогольной жировой болезни печени относятся:**

- =бариатрическая хирургия;
- ~липосакция;
- =прием препарата орлистат;
- ~прием производных арилалкиламина.

**К первому удару гипотезы “двух ударов” развития неалкогольной жировой болезни печени относится:**

- =накопление триглицеридов в условиях инсулинорезистентности;
- ~наличие генетических факторов;
- ~производство воспалительных медиаторов;
- ~производство свободных радикалов.

**Какой метод диагностики считается «золотым» стандартом верификации диагноза неалкогольной жировой болезни печени?**

- =биопсия печени;
- ~компьютерная томография;
- ~магнитно-резонансная томография;
- ~протонная магнитно-резонансная спектроскопия.

**Какой неинвазивный метод диагностики считается наиболее точным методом для оценки стеатоза печени?**

- ~компьютерная томография;
- ~магнитно-резонансная томография;
- =протонная магнитно-резонансная спектроскопия;
- ~ультразвуковое исследование.

**Клинически неалкогольная жировая болезнь печени характеризуется:**

- =диспепсией;
- ~нарушением стула;
- ~парастезиями;

=слабостью;

=тупой болью в области правого подреберья.

**Микрофлора кишечника участвует в развитии и прогрессирования НАЖБП через несколько механизмов:**

~воздействие токсинов Clostridium difficile;

=повышение проницаемости кишечника, что способствует эндотоксикозу;

~снижение иммунитета;

=снижение синтеза вторичных желчных кислот;

=увеличение производства эндогенного этанола.

**Микрофлора кишечника участвует в развитии и прогрессирования неалкогольной жировой болезни печени за счет нескольких механизмов:**

=повышение потребления калорий с увеличением веса;

=повышение проницаемости кишечника;

~снижение концентрации первичных желчных кислот;

=увеличение производство эндогенного этанола;

~увеличения количества холина.

**На стадии неалкогольного стеатогепатита в печени развивается:**

=баллонная дистрофия;

~перестройка архитектоники печени;

=перисинусоидальный фиброз;

~стриктура желчных протоков.

**Наиболее прогностически значимым фактором развития неалкогольной жировой болезни печени является:**

~абдоминальный тип ожирения;

~бедренно-ягодичный тип ожирения;

~индекс массы тела;

=увеличение объема висцеральной жировой ткани;

~увеличение поверхностного типа ожирения.

**Неалкогольная жировая болезнь печени возникает вследствие накопления:**

~преимущественно моноглицеридов;

~преимущественно сфинголипидов;

=преимущественно триглицеридов;

~преимущественно фосфолипидов.

**Неалкогольная жировая болезнь печени наиболее часто ассоциируется с**

~болезнью Вильсона-Канавалова;

~гемохроматозом;

~неспецифическим язвенным колитом;

=ожирением;

=сахарным диабетом 2 типа.

**Объединяющим патогенетическим звеном метаболический синдром и неалкогольную жировую болезнь печени является:**

~абдоминальный тип ожирения;

~артериальная гипертония;

=инсулинорезистентность;

~сахарный диабет 2 типа.

**Пациентам на стадии стетогепатита рекомендованы:**

~антибиотики широкого спектра;

~глюкокортикостероиды;

~метотрексат;

=препараты урсодезоксихолевой кислоты;

=эссенциальные фосфолипиды.

**Пациентам с сахарным диабетом 2 типа противопоказан прием:**

~метформина;

**=токоферола;**

~урсодезоксихолевой кислоты;

~эссенциальных фосфолипидов.

**Пациенты с неалкогольной жировой болезнью печени, страдающие сахарным диабетом 2 типа:**

- ~имеют более благоприятное течение заболевания;
- ~имеют более высокий риск агрессивного течения только при значительном ожирении;
- ~имеют одинаковый прогноз с пациентами без сахарного диабета 2 типа;
- =имеют повышенный риск развития цирроза печени.

**Повышение какого лабораторного показателя позволяет установить у пациента факт длительного чрезмерного употребления алкоголя?**

- ~аланинаминотрансфераза;
- ~гаммаглутамилтранспептидаза;
- ~сиаловые кислоты;
- =углеводдефицитный трансферрин.

**Проведение биопсии печени сопряжено с определенными рисками для пациента, такими как**

- ~амилоидоз печени;
- =кровотечение;+
- =повреждение правого легкого;
- ~развитие панкреатита.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с неалкогольной жировой болезнью печени, алкогольной болезнью печени с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с неалкогольной жировой болезнью печени, алкогольной болезнью печени.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с неалкогольной жировой болезнью печени, алкогольной болезнью печени.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента) с неалкогольной жировой болезнью печени, алкогольной болезнью печени.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с неалкогольной жировой болезнью печени, алкогольной болезнью печени.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов неалкогольной жировой болезни печени, алкогольной болезни печени.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики неалкогольной жировой болезни печени, алкогольной болезни печени с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного неалкогольной жировой болезни печени, алкогольной болезни печени с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с неалкогольной жировой болезнью печени, с алкогольной болезнью печени с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная Л., 54 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи, кожный зуд, желтуху. Аппетит нормальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Развивалась нормально. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением 2 ст. Алкоголю не злоупотребляет.

Объективно. Отложение подкожной жировой клетчатки неравномерное. Кожа желтушной окраски и сухая. Пульс — 78 ударов в мин., ритмичный. АД — 160/90 мм рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1см. кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, болезненный. Щитовидная железа не увеличена.

Дополнительные исследования. Тест с сахарной нагрузкой: натощак — 7.5 ммоль/л, через 2 часа — 12.5 ммоль/л. Анализ крови на маркеры гепатитов отрицательный.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Мужчина 45 лет, обратился к участковому терапевту по поводу желтого окрашивания кожных покровов и слизистых, болей в правом подреберье без связи с приемом пищи тянущего характера, тошноты и рвоты желтым содержимым в утренние часы, снижения аппетита, похудения на 5 кг за последний месяц, повышения температуры до 37,2 С в вечернее время, кожного зуда особенно ночью по всему телу. Стул кашеобразный ежедневный без патологических примесей 1 раз в сутки. Моча темного цвета в течение 2 недель.

Анамнез заболевания: Острый вирусный гепатит отрицает, однако около 10 лет назад при прохождении медицинского осмотра отмечалось увеличение печени. Ухудшение самочувствия отметил постепенно в течение последнего года, особенно после употребления алкоголя появлялась рвота, иногда понос, что считал отравлением некачественной водкой. В последний месяц появился зуд, желтуху заметили знакомые вчера, что и послужило причиной обращения за помощью.

Анамнез жизни: Образование среднее, служил в армии в строительных войсках, без ограничения по здоровью. Работает разнорабочим на стройке около 7 лет, раньше работал на заводе слесарем. Туберкулезом не болел, аллергических реакций, гемотрансфузий не было. 6 лет назад оперирован по поводу ножевого ранения брюшной полости, перенес перелом правой голени (бытовая травма), сотрясение головного мозга (в драке). В разводе, имеет 1 здорового ребенка. Курит по 1 пачке папирос в сутки, алкоголь употребляет 2 раза в неделю до 750 мл водки, запои до 2 раз в год.

При осмотре: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые иктеричные. На коже верхней части туловища многочисленные «сосудистые звездочки». Рост 172 см, вес 60 кг. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, Перкуторный звук легочный, дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы, ЧДД 16 в 1 мин. Ритм правильный, тоны ясные ЧСС 88 в 1 мин, АД 120\80 мм рт ст. Отеков нет. Язык обложен белым налетом, глотание не нарушено. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, умеренно вздут, незначительно болезнен в правом подреберье. Печень 14·12·10 см, выступает на 4 см из-под реберной дуги, край закругленный, плотный, болезненный. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 74. Цирроз печени. Новообразования печени, первичная карцинома печени.**

Собеседование по контрольным вопросам:

– **Циррозы печени.**

- Классификация,
- Этиология и патогенез,
- Морфология,
- Клиника,



- Течение,
- Осложнения.
- Диагноз и дифференциальный диагноз.
- Лечение,
- Профилактика,
- Реабилитация,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

– Новообразования печени, первичная карцинома печени.

- Ранняя симптоматология,
- Дифференциальный диагноз,
- Методы инструментального исследования.

#### Тестовый контроль:

**Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом печени является:**

~ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков;

~назначение салуретиков в сочетании с бета-блокаторами;

=назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, бета-блокаторов ;

~ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли.

**Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать о:**

~присоединении вирусного гепатита;

~некрозе гепатоцитов;

~печеночной недостаточности;

=циррозе – раке.

**Признаком синдрома печеночноклеточной недостаточности является:**

=печеночная энцефалопатия;

~портальная гипертензия;

~гепато-лиенальный синдром;

~боль в правом подреберье.

**Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом печени является:**

~ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков;

~назначение салуретиков в сочетании с бета-блокаторами;

=назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, бета-блокаторов ;

~ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли.

**Укажите вариант, соответствующий наиболее правильному расположению осложнений цирроза печени по частоте встречаемости:**

=спонтанный бактериальный перитонит, гиперспленизм, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночно-клеточная недостаточность;

~печеночноклеточная недостаточность, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, гиперспленизм, спонтанный бактериальный перитонит;

~гиперспленизм, печеночноклеточная недостаточность, спонтанный бактериальный перитонит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода;

~кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночноклеточная недостаточность, гиперспленизм, спонтанный бактериальный перитонит.

**Наиболее оптимальным лечением печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени является:**

~ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишечника, ограничение потребления белка с пищей;

~ограничение физической нагрузки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого, ограничение потребления белка с пищей;

~ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого без существенного ограничения потребления белка с пищей;

=ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого с ограничением потребления белка с пищей.

**Методом выбора при определении лечебной тактики у пациентов с прогрессирующей печеночноклеточной недостаточностью любого генеза, является:**

~массивная кортикостероидная терапия;

=временная заместительная терапия (искусственная печень) с проведением трансплантации печени;

~массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками;

~массивная интерферонотерапия.

**Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с первичным билиарным циррозом печени:**

~цитостатики+интерферон;

~ортикостериды+цитостатики;

~рсодезоксихолевая кислота+кортикостероиды;

=урсодезоксихолевая кислота+метатрексат.

**Кроме цирроза печени, в клинической картине у больных с врожденным дефицитом альфа1-антитрипсина, наиболее часто присутствует:**

~остеопороз, патологические переломы;

~нарушение фертильности;

=хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности;

~прогрессирующая энцефалопатия.

**Мелена при наличии гепато-спленомегалии подозрительна на:**

~кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки;

=кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода;

~тромбоз мезентериальных артерий;

~язвенный колит.

**Портальная гипертензия может наблюдаться при:**

=циррозе печени;

~метастатическом раке печени;

~хроническом гепатите;

~холилитиазе .

**Причиной «сосудистых звездочек» и «печеночных ладоней», выявляемых при общем осмотре является:**

~геморрагический синдром ;

=гиперэстрогемия;

~сидеропенический синдром;

~нарушение синтетической функции печени.

**Какие учреждения входят в систему медицинской реабилитации?**

~службы занятости населения;

~центры социальной защиты;

=поликлиники;

~пансионаты.

**Противопоказанием для лечения хронического гепатита с препаратами интерферона в сочетании с рибавирином является:**

~нормальный уровень АЛТ, АСТ и ГГТ;

=цирроз печени класс С по Чайлду-Пью;

~артериальная гипертензия, требующая постоянного приёма гипотензивных препаратов;

~стенокардия вне зависимости от класса тяжести.

**При определении степени тяжести цирроза, прогностический индекс CHILD-PUGH не включает клиничко-лабораторный показатель:**

~наличия асцита;

~стадии печеночной энцефалопатии;

=количества тромбоцитов;

~протромбинового времени/индекса.

**Использование бета-адреноблокаторов для профилактики кровотечений у больных циррозом печени следует проводить при расширении вен пищевода, начиная с \_\_\_\_\_ стадии:**

=2;

~3;

~любой;

~1.

**Противопоказанием для лечения хронического гепатита С препаратами интерферона в сочетании с рибавирином является:**

~нормальный уровень АЛТ, АСТ и ГГТ;

~артериальная гипертензия, требующая постоянного приёма гипотензивных препаратов;

~стенокардия вне зависимости от класса тяжести;

=цирроз печени класс С по Чайлду-Пью.

**Причинами вторичной гиперхолестеринемии могут быть:**

~злоупотребление алкоголем, хроническая почечная недостаточность, ожирение;

~прием контрацептивов, неселективных бета-адреноблокаторов, булимия;

~гипопитуитаризм, острый панкреатит, прием глюкокортикостероидов;

=гипотиреоз, билиарный цирроз печени, прием анаболических гормонов.

**Для оценки влияния успешной противовирусной терапии гепатита С на выраженность фиброза печени в рамках диспансеризации реконвалесцента следует применять:**

~биопсию печени;

=транзиентную эластометрию;

~МРТ печени;

~КТ печени.

**Наиболее частой жалобой больных первичным раком печени является:**

~похудание

~общая слабость

~боль в правом подреберье

=желтуха

~повышение температуры

**Какие симптомы относятся к числу частых, вначале маловыраженных при первичном раке печени?**

~снижение аппетита

=похудание

~Общая слабость

~асцит

=желтуха

**Наличие каких из перечисленных признаков более характерно для первичного рака печени?**

=плотная консистенция печени

=поверхность печени бугристая

~Края печени ровные

~болезненность печени при пальпации

=быстрый темп увеличения размеров печени

**Для развития гепатоцеллюлярного рака печени способствуют следующие заболевания, за исключением:**

~Гепатит В

~Гепатит С

=Глистные инвазии печени

~Жировая дистрофия печени

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с циррозом печени, новообразованиями печени, первичной карциномой печени с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с циррозом печени, новообразованиями печени, первичной карциномой печени.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания.

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с циррозом печени, новообразованиями печени, первичной карциномой печени.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с циррозом печени, новообразованиями печени, первичной карциномой печени.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с циррозом печени, новообразованиями печени, первичной карциномой печени.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов цирроза печени, новообразования печени, первичной карциномы печени.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики цирроза печени, новообразования печени, первичной карциномы печени с другими заболеваниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного пациента с циррозом печени, новообразованиями печени, первичной карциномой печени с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с циррозом печени, новообразованиями печени, первичной карциномой печени с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** На прием к терапевту обратился мужчина 42 лет с жалобами на слабость, на появление желтушности кожных покровов в течение последнего месяца, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объеме за последние 3 месяца, отеки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: работает каменщиком на стройке. Употребляет водку по 200 гр. ежедневно, курит по 20 сигарет в день.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Склеры глаз иктеричны. Рост 178 см, вес 62 кг. На коже груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте. ЧСС 78 уд. в минуту. АД 150/100 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, на боковых поверхностях живота видны расширенные, извитые вены, в положении лежа живот распластан, чувствительный в правом подреберье при пальпации. Печень пальпируется ниже реберной дуги на 3 см. Край закруглен, плотный, бугристый, пальпируется селезенка.

Общий анализ крови: эритроциты-  $3,1 \times 10^{12}$ ; Нв - 102 г/л; лейкоциты-  $3,2 \times 10^9$ , тромбоциты  $98 \times 10^9$ , СОЭ 42 мм/ч, общий билирубин – 30 мкмоль/л, прямой билирубин – 14 мкмоль/л. АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. ПТИ 48%.

Маркеры вирусных гепатитов: HBsAg, антиHCV отрицательные.

ФГДС: пищевод: варикозное расширение вен пищевода I ст. Желудок: слизистая зернистая, бледно-розового цвета. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое - слизь. Двенадцатиперстная кишка без изменений.

УЗИ: Печень расположена обычно. Передне-задний размер правой доли 160 мм, контуры четкие и неровные. Паренхима печени неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Звукопроводимость нормальная. Структура печени неоднородная. Селезенка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Размеры селезенки 155x67 мм.

Наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная Г., 58 лет. В течение жизни перенесла несколько хирургических вмешательств (удаление родимых пятен, липом, фибролипомы молочной железы). Считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые отметила увеличение живота в объёме, появились отёки нижних конечностей, нарастающая общая слабость. Была госпитализирована в терапевтический стационар.

Объективно: общее состояние среднетяжелое. Кожные покровы бледные, склеры субиктеричные; сосудистые звездочки на спине, плечах. Периферические отёки до уровня коленей, выраженный асцит. Размеры печени по Курлову 10x8x7см, печень уплотнена. Пальпируется селезёнка.

Проведенное обследование показало: Нв 93 г/л, эр. –  $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $2,7 \times 10^9$ /л, тромбоц. –  $117 \times 10^9$ /л, гипоальбуминемия – 26 г/л, протромбиновый индекс – 52%, АлАТ – 156 ед., АсАТ – 112 ед., билирубин общий – 32 мкмоль/л; обнаружены HBsAg, анти-HDV, HBV-ДНК и HDV-РНК в сыворотке крови. По данным УЗИ – асцит, спленомегалия, расширение воротной и селезеночной вен. При УЗИ органов брюшной полости обращено внимание на участок сниженной эхогенности диаметром 4–5 см. Спиральная КТ подтвердила наличие очагового поражения печени диаметром 45 мм.

По данным ФЭГДС – варикозное расширение вен пищевода II степени.

Лёгкая степень печеночной энцефалопатии.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** Больная 42 л, обратилась к врачу общей практики по поводу простудного заболевания. При пальпации живота было обнаружено увеличение печени больше за счет левой доли, которая мягкоэластичной консистенции, контур не ровный.

Заподозрена гемангиома левой доли печени.

1. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
2. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Укажите возможные осложнения.
4. Перечислите методы лечения.

**Задача №4.** Больной И., 56 лет. В течение 10-х лет болен хроническим вирусным гепатитом С. За последние 2 месяца появились жалобы на тянущие боли в правом подреберье, снижение аппетита, слабость. При МРТ брюшной полости с в/в контрастированием в правой доле печени, на фоне цирротических изменений определяется объемное бугристое образование до 7,0 см в диаметре, других проявлений опухолевого процесса при дополнительном обследовании не выявлено. Онкомаркер АФП – 500 нг\мл. Желтухи по клиникалабораторным данным нет. Данных за портальную гипертензию нет. Предположительный клинический диагноз: гепатоцеллюлярный рак правой доли печени.

Вопросы:

1. Какое диагностическое мероприятие следует выполнить пациенту для установки точного диагноза?
2. Определите дальнейшую лечебную тактику у данного пациента

## **Тема 75. Паразитарные болезни печени.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология.
- Виды паразитарных заболеваний печени.
- Клиника.
- Диагностика.
- Принципы лечения.
- Профилактика.
- Прогноз.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с паразитарными болезнями печени с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с паразитарными болезнями печени.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с паразитарными болезнями печени.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с паразитарными болезнями печени.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с паразитарными болезнями печени.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов паразитарных болезней печени.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики паразитарных болезней печени с другими заболеваниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с паразитарными болезнями печени с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с паразитарными болезнями печени с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной Е., 45 лет.

Жалобы на ежедневное повышение температуры до 39 °С с ознобом, боли в подвздошной области и грудной клетке справа, связанные с движением и дыханием, резкую слабость, потливость, похудание. Болен около 10 дней. Накануне находился в командировке в Африке (Эфиопия), где перенес кратковременное диарейное заболевание, сопровождающееся кровавистым стулом (к врачу не обращался).

При осмотре общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледносерые. Дыхание поверхностное. Температура тела 38,4 °С. Правая доля печени увеличена (на 5–6 см выступает из-под нижнего края реберной дуги), резко болезненна. Селезенка не пальпируется.

Рентгенологически: высокое стояние диафрагмы справа, в правой плевральной полости небольшой экссудат, очаговых изменений в легких нет. Посев крови на стерильность отрицательный. Плазмодии малярии в мазке и толстой капле при повторных исследованиях не обнаружены. В анализе крови: эр. —  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ , Нб — 110 г/л, лейкоц. —  $27,5 \cdot 10^9 /л$ , п. — 3 %, э. — 10 %, 15 с. — 78 %, лимф. — 9 %, СОЭ — 47 мм/ч. Показания билирубина, АлАт, АсАт — в пределах нормы.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** В клинику поступила больная 57 лет с жалобами на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, чувство слабости, недомогания.

Объективно: Состояние больной относительно удовлетворительное. Кожные покровы и склеры слабоиктеричны. Больная пониженного питания. Пульс - 72 уд в мин, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот симметричный, в области мезогастрия определяется увеличенная бугристая плотная левая доля печени, безболезненная.

УЗИ-исследование: левая доля печени увеличена в размерах, паренхиму составляют мелкие «сотообразные» полости диаметром 0,5-1,0 см, с не однородным содержимым. Билирубин - 98,0 мкмоль/л, прямой - 48,0, непрямой - 50,0, АЛТ - 1,4 мкмоль/л, АСТ - 1,0 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## *Раздел 6. Болезни органов кроветворения.*

**Тема 76. Анемии: микроцитарные (железодефицитная, анемия хронических воспалительных заболеваний); нормоцитарные (постгеморрагическая, анемия при ХБП, апластическая анемия).**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Железодефицитная анемия лечение, профилактика,
- Анемия хронических воспалительных заболеваний лечение, профилактика,
- Постгеморрагическая анемия лечение, профилактика,
- Анемия при ХБП лечение, профилактика,
- Апластическая анемия лечение, профилактика,
- Диагностика, дифференциальная диагностика лечение, профилактика.

Тестовый контроль:

**При назначении препаратов железа у больных с железодефицитной анемией оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня \_\_\_\_\_ к концу \_\_\_ недели терапии:**

- = ретикулоцитов; 1;
- ~ гемоглобина; 1;
- ~ гемоглобина; 2;
- ~ эритроцитов; 1.

**К симптомам анемии относятся:**

- = одышка, бледность;
- ~ кровоточивость, боли в костях;
- ~ увеличение селезенки, лимфатических узлов;
- ~ увеличение селезенки, боли в костях.

**В организме взрослого содержится:**

- ~ 2-5 г железа;
- = 4-5 г железа;
- ~ 6-7 г железа;
- ~ 1-3 г железа.

**Признаками дефицита железа являются:**

- = выпадение волос;
- ~ иктеричность;
- ~ увеличение печени;
- ~ парестезии.

**Препараты железа назначаются на срок:**

- ~ 1-2 недели;
- = 2-3 месяца;
- ~ 4-5 месяцев;
- ~ 4-5 недель.

**Гипохромная анемия возникает при:**

- ~ железодефицитной анемии;
- = нарушении синтеза порфиринов;
- ~ В12-дефицитной анемии;
- ~ сидероахрестической анемии.

**Для железодефицитной анемии характерны:**

- ~ гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате;
- ~ гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты;

=гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;

~гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;

**Если у больного имеется гипохромная анемия, сывороточное железо 2,3 г/л, железосвязывающая способность сыворотки 30 мкм/л, десфераловая проба 2,5 мг, то у него:**

~железодефицитная анемия;

=сидероахрестическая анемия;

~талассемия;

~В12-дефицитная анемия.

**При оперативном родоразрешении у роженицы с апластической анемией необходимо предусмотреть переливание:**

~нативной плазмы;

~эритроцитарной массы и свежзамороженной плазмы;

~тромбоцитарной массы и свежзамороженной плазмы;

=эритроцитарной и тромбоцитарной массы.

**Основной причиной анемии при хронической почечной недостаточности является:**

~гемолиз;

~дефицит фолиевой кислоты;

~дефицит железа;

=снижение синтеза эритропоэтина.

**Назначение эритропоэтина может вызывать:**

~!тошноту и рвоту;

=артериальную гипертензию;

~лихорадочный синдром;

~тромбоцитопению.

**Эритропоэтин используется для лечения \_\_\_\_ при:**

~лейкопении; воздействии цитостатиков;

~анемии; аутоиммунном гемолизе;

=анемии; хронической болезни почек;

~анемии; острой почечной недостаточности.

**Первый этап лечения железодефицитной анемии предусматривает назначение препаратов железа (в пересчете на трехвалентное) в дозе (в мг):**

~50-100;

~500-1000;

=200-300;

~100-150.

**Гипорегенераторный характер анемии указывает на:**

~наследственный сфероцитоз;

=аплазию кроветворения;

~недостаток железа в организме;

~утоиммунный гемолиз.

**Показанием для парентерального введения препаратов железа является:**

=синдром мальдигестии;

~повторная беременность;

~планируемое оперативное лечение миомы матки;

~язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии.

**Препаратом группы глюконата железа является:**

~ферретаб;

~мальтофер;

~сорбифер;

=тотема.

**Препаратом трехвалентного железа является:**

~сорбифер;

=мальтофер;

~тотема;

~ферретаб.

**Критерием, отражающим запасы железа в организме, является:**

=ферритин;



- ~гепсидин;
- ~гемосидерин;
- ~трансферрин.

**Преимуществом трехвалентного железа перед двухвалентным является:**

- =меньшая частота осложнений;
- ~меньшая суточная доза;
- ~более быстрый эффект;
- ~более низкая стоимость.

**Препаратом группы сульфата железа является:**

- ~ферретаб;
- ~тогема;
- ~мальтофер;
- =сорбифер.

**Показанием для парентерального введения препаратов железа является резекция:**

- ~толстой кишки;
- =тонкой кишки;
- ~правого легкого;
- ~поджелудочной железы.

**Апластическая анемия это заболевание системы крови, характерной чертой которого является:**

- ~лейкопения;
- ~лимфопения;
- ~нейтропения;
- =панцитопения.

**Ведущим механизмом патогенеза апластической анемии считается:**

- ~гемолиз эритроцитов;
- ~дефицит витамина В12 и фолиевой кислоты;
- =иммунная агрессия, направленная на клетки-предшественники гемопоэза;
- ~нарушение синтеза глобиновых цепей.

**Какие формы апластической анемии по течению принято выделять?**

- ~легкая;
- =нетяжелая;
- =сверхтяжелая;
- ~средняя;
- =тяжелая.

**Каких значений средней суточной дозы циклоспорина А необходимо придерживаться при лечении апластической анемии?**

- ~100-110 мг/кг;
- ~15-20 мг/кг;
- ~20-25 мг/кг;
- =4-5 мг/кг.

**Какой препарат при тяжелой апластической анемии назначают больным, имеющим в анамнезе герпетическую инфекцию?**

- =ацикловир;
- ~бисептол;
- ~преднизолон;
- ~циклоsporин.

**На основании каких лабораторных исследований устанавливается диагноз апластическая анемия?**

- ~анализ мочи по Нечипоренко;
- =исследование биоптата подвздошной кости;
- =исследование пунктата костного мозга;
- =клинический анализ крови.

**Назовите основные критерии диагностики апластической анемии:**

- =аплазия костного мозга;
- ~сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
- =снижение клеточности костного мозга;
- =трехростковая цитопения.

### При каких значениях гемоглобина назначают переливание эритроцитарной массы?

- ~менее 100 г/л;
- ~менее 120 г/л;
- =менее 80 г/л;
- ~менее 90 г/л.

### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с микроцитарными и нормоцитарными анемиями с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с микроцитарными и нормоцитарными анемиями.
- ✓ Формирование программ здорового образа жизни, включая программы рационального питания.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с микроцитарными и нормоцитарными анемиями.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с микроцитарными и нормоцитарными анемиями.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с микроцитарными и нормоцитарными анемиями.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов микроцитарных и нормоцитарных анемий.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики микроцитарных и нормоцитарных анемий
- ✓ с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза микроцитарных и нормоцитарных анемий с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с микроцитарными и нормоцитарными анемиями с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с микроцитарными и нормоцитарными анемиями с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Женщина 47 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на общую слабость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, извращение вкуса (пристрастие к мелу, глюконату кальция). Последние 3 месяца быстро устает, отмечает ломкость волос и ногтей. В анамнезе 2 нормальных родов, 3 аборта без осложнений. Месячные регулярные по 7 дней, обильные. При объективном осмотре выявлена бледность кожных покровов и слизистых оболочек, сухость кожи, ангулярный стоматит, ногти истончены, коротко острижены, на них имеется поперечная исчерченность; волосы тусклые, секутся. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в 1 минуту. При аускультации сердца: короткий систолический шум на верхушке, ЧСС 88 в 1 минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. На Анализ крови: эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}$ , гемоглобин 80 г/л, цветовой показатель – 0,80, микроцитоз, гипохромия эритроцитов, ретикулоциты – 10%, тромбоциты -  $200 \times 10^9$ , лейкоциты –  $5,8 \times 10^9$ , палочкоядерные нейтрофилы - 4 %, сегментоядерные – 68 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 6 %, СОЭ – 35 мм/час. Биохимия крови: общий билирубин – 18,0 ммоль/л, реакция непрямая. Сывороточное железо – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.

6. Прогноз.

7. Профилактика.

**Задача №2.** В кардиологическое отделение по «скорой помощи» поступил пациент 61 года с жалобами на давящие боли за грудиной, слабость и одышку. При поступлении беспокоили неприятные ощущения в области сердца, после применения нитроглицерина самочувствие улучшилось, но полностью боли не прошли.

Из анамнеза: работая на приусадебном участке, почувствовал себя плохо, потемнело в глазах, закружилась голова, появились неприятные давящие боли за грудиной. Была вызвана «скорая помощь», снята ЭКГ и с направительным диагнозом «впервые возникшая стенокардия» мужчину госпитализировали. Ранее дискомфорт за грудиной при физической нагрузке возникал, но проходил самостоятельно. Никаких лекарств пациент не принимал. В течение последних нескольких лет беспокоит слабость, отмечает, что стал быстро уставать, при ускорении ходьбы возникает одышка. За последние несколько лет похудел на 17 кг. Также на протяжении последних лет беспокоят выделения крови из прямой кишки во время дефекации, иногда случаются кровотечения из прямой кишки при физической нагрузке. В течение последних 6 месяцев был вынужден пользоваться гигиеническими прокладками, поскольку выделения крови были практически ежедневными.

Объективно состояние средней степени тяжести, адекватен, в месте и во времени ориентирован. Рост 168 см, вес 56 кг. Кожные покровы сухие, 43 бледные, тургор кожи снижен. Лимфатические узлы по основным группам не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Частота дыхания 20 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 118/68 мм рт. ст., пульс 98 ударов в минуту, ритмичный, симметричный. Границы сердца не смещены. В области проекции митрального клапана и аорты выслушивается систолический шум. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень перкуторно не увеличена, при пальпации край на уровне реберной дуги, мягкий, безболезненный. Селезенка перкуторно размерами 7x5 см. Симптом Пастернацкого отрицательный. Пастозность тыла стоп, нижней трети голеней.

Данные дополнительных методов исследования: Анализ крови общий. Эритроциты – 2,4 Т/л, гемоглобин – 71 г/л, цветовой показатель – 0,75, ретикулоциты – 2%. Тромбоциты – 290,0 Г/л. Лейкоциты – 7,3 Г/л, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 28%, моноциты – 8%. СОЭ – 10 мм/ч. Анизоцитоз +; пойкилоцитоз +; микроцитоз +++. Анализ мочи общий. Цвет – ярко-желтая, реакция кислая, уд. вес 1021, белка нет, лейкоциты единичные в поле зрения. Анализ крови биохимический. Креатинин – 86 мкмоль/л. Общий белок – 69 г/л. Билирубин прямой – 0 мкмоль/л, непрямой – 9,1 мкмоль/л. АСТ – 7 ед, АЛТ – 12 ед. Щелочная фосфатаза – 110 ед/л. Ректороманоскопия: Геморрой 3 степени. Рентгенограмма легких – патологии не выявлено. ЭКГ: не исключены признаки ишемических изменений в области передней и боковой стенок левого желудочка.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** Больная Е, 38 лет, поступила в терапевтическое отделение. Предъявляет жалобы на резкую общую слабость, головную боль, головокружение, появление синяков на коже.

Больной себя считает около 3х недель. После приема обильной острой жирной пищи появились тошнота, рвота, многократно жидкий стул. Принимала левомицетин, но-шпу, мезим-форте. Стул нормализовался к 3 дню.

Однако постепенно усиливалась общая слабость, начали появляться кровоизлияния на коже при малейшей травме, кровотечение из десен при чистке зубов. 7 дней назад начались месячные, более обильные чем раньше.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Выраженная бледность лица и видимых слизистых оболочек. Периферические лимфатические узлы не увеличены, на теле кровоизлияния в виде петехий. Положительные симптомы шипка и жгута. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, ритм правильный. ЧСС 97 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: эр.  $1,6 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 50 г/л, цв.показатель 0,9 , ретикулоциты 0,1% , Тр.  $60 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты  $1,9 \cdot 10^9/л$ . Э2%, л60%, м8%, с30%, СОЭ 20мм/час. Выраженные анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 77. Анемии: макроцитарные анемии (В12, фолиево-дефицитная анемия)**

Собеседование по контрольным вопросам:

– **Гемолитическая анемия.**

-Диагностика, дифференциальная диагностика,  
-Лечение, профилактика.

– **Гипо-апластическая анемия.**

-Диагностика, дифференциальная диагностика,  
-Лечение, профилактика.

Тестовый контроль:

**Внутренний фактор Кастла образуется:**

- =в фундальной части желудка;
- ~в двенадцатиперстной кишке;
- ~в кардиальном отделе желудка;
- ~в пилорическом отделе желудка.

**Наиболее частой причиной анемии после резекции желудка по поводу язвенной болезни является:**

- =снижение всасывания витамина В12;
- ~дефицит железа;
- ~гемолиз;
- ~дефицит фолиевой кислоты.

**Основным местом всасывания витамина В12 является:**

- ~желудок;
- ~проксимальный отдел тощей кишки;
- ~проксимальный отдел подвздошной кишки;
- =дистальный отдел подвздошной кишки.

**Для диагностики В12 -дефицитной анемии достаточно выявить:**

- ~гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;
- ~гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и атрофический гастрит;
- ~гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота;
- =мегалобластический тип кроветворения.

**При лечении витамином В12:**

- ~обязательным является сочетание его с фолиевой кислотой;
- ~ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа после начала лечения;
- =ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день после начала лечения;
- ~всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии;

**Витамин В12 рекомендуется назначать больным с его дефицитом по схеме:**

- ~месяц непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы раз в 2-3 года;
- ~два месяца непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы ежеквартально;
- ~два месяца непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы раз в 2-3 года;
- =месяц непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы 1-2 раза в год.

**Критерием эффективности проводимой терапии в первые две недели при В12-дефицитной анемии является:**

- ~повышение уровня сывороточного железа;

~уменьшение числа микроцитов;  
=повышение уровня ретикулоцитов;  
~нормализация уровня билирубина.

**При назначении препаратов В12 у больных с В12-дефицитной анемией оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня \_\_\_\_\_ к концу \_\_ недели терапии:**

=гемоглобина; 3;  
~лейкоцитов; 3;  
~тромбоцитов; 3;  
~гемоглобина; 1.

**Профилактическое лечение В12-дефицитной анемии проводится:**

=ежемесячно по 500 мкг витамина В12;  
~1000 мкг витамина В12 1 раз в год;  
~1000 мкг витамина В12 1 раз в полгода;  
~ежедневно по 500 мкг витамина В12.

**При выявлении В12-дефицитной анемии лечение витамином В12 начинают с дозы (в мкг в сутки):**

=500;  
~100;  
~200;  
~300.

**При В12-дефицитной анемии в общем анализе крови может наблюдаться склонность к:**

=панцитопении;  
~появлению миелоцитов;  
~тромбоцитозу;  
~лейкоцитозу.

**Стернальная пункция является обязательной диагностической процедурой при:**

~болезни Виллебранда;  
~железодефицитной анемии;  
=В12-дефицитной анемии;  
~гемофилии.

**Фуникулярный миелоз характерен для анемии:**

~железодефицитной;  
~гемолитической;  
~апластической;  
=В12-дефицитной.

**Фолиевая кислота входит в состав препарата:**

=матерна;  
~феррум лек;  
~сорбифер;  
~тотема.

**У беременных женщин при длительном приеме противосудорожных препаратов при злоупотреблении алкоголем наблюдается высокий риск развития анемии:**

=фолиеводефицитной;  
~железодефицитной;  
~гемолитической;  
~В12-дефицитной.

**Беременным, подросткам, лицам, получающим длительно противосудорожные препараты, злоупотребляющим алкоголем, при лечении железодефицитной анемии целесообразно назначать препараты, содержащие:**

~витамин С;  
=фолиевую кислоту;  
~микроэлементы;  
~витамин В12.

**При проведении стеральной пункции следует:**

~провести местное обезболивание кожи перед проколом;  
~дать успокоительное и не мешать разговорами процедуре;  
~дать успокоительное и поддерживать ободряющую беседу во время процедуры;

=объяснить больному ход процедуры и ее значение.

**Ретикулоцитоз характерен для анемии:**

=гемолитической;

~В12-дефицитной;

~железодефицитной;

~фолиеводефицитной.

**Для дефицита фолиевой кислоты и витамина В12 характерны:**

~пойкилоцитоз

= мегалоцитоз

~базофильная пунктация эритроцитов

~эритроциты с тельцами Жолли и кольцами Кебота

**Признаками мегалобластического кроветворения могут наблюдаться при:**

~аутоиммунной гемолитической анемии

~эритромиелозе

~дифиллоботриозе

= раке желудка

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с макроцитарной анемией учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с макроцитарной анемией.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с макроцитарной анемией.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с макроцитарной анемией.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с макроцитарной анемией.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов макроцитарной анемии.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики макроцитарной анемии с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза макроцитарной анемии с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с макроцитарной анемией с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с макроцитарной анемией с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная 60 лет. Поступила с жалобами на резко выраженную общую слабость, головокружение, ощущение "ватных" ног. Больна в течение одного года.

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

Анализ крови: НВ-50 г/л, эритроциты-  $2,2 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП- 1,3, лейкоциты-  $2,5 \cdot 10^9$ /л, эоз. - 1 %, п/я- 4 %, с/я- 38 %, лимф. - 42 %, мон. - 11%, тромбоциты-  $70 \cdot 10^9$ /л, СОЭ- 40 мм/час, билирубин- 34 мкмоль/л, непрямой.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.

4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. За каким показателем необходим контроль на 5-7-й день лечения?
7. Прогноз.
8. Профилактика.

**Задача №2.** Беременная А., 32 лет, 26 недель беременности, жалуется на общую слабость, сердцебиение. При осмотре: кожа бледная. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритм правильный, пульс – 90 в мин. Печень и селезенка не увеличены.

Эритроциты –  $2,7 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 100 г/л, цветовой показатель – 1,2, ретикулоциты – 0,1%, лейкоциты –  $3,2 \cdot 10^9/л$ , лейкоформула без патологии. Анизо-, пойкилоцитоз, макроцитоз, единичные мегалоциты. Из анамнеза выяснено, что в течение 7 лет систематически употребляет алкогольные напитки.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. За каким показателем необходим контроль на 5-7-й день лечения?
7. Прогноз.
8. Профилактика.

## **Тема 78. Геморрагические диатезы.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология.
- Патогенез.
- Классификация.
- Клиника.
- Диагностика.
- Принципы лечения.

### Тестовый контроль:

#### **Болезнь Виллебранда проявляется:**

- ~тромбоцитопенией;
- ~тромбозами и геморрагиями;
- =тромбоцитопатией;
- ~васкулитно-пурпурной кровоточивостью.

#### **К признакам ДВС-синдрома относится:**

- =гематомно-петехиальный;
- ~петехиальный;
- ~васкулитно-пурпурный;
- ~гематомный.

#### **При антифосфолипидном синдроме необходимо применять:**

- ~азатиоприн;
- =плазмаферез и антикоагулянты;
- ~пульс-терапию Преднизолоном;
- ~только преднизолон в малых дозах.

#### **Методом остановки кровотечения при остром ДВС-синдроме является:**

- ~введение не менее 1 л теплой донорской крови;
- =переливание достаточных объемов свежзамороженной плазмы;
- ~назначение препаратов фактор протромбинового комплекса;
- ~проведение плазмафереза в объеме 1 л эксфузии.

#### **Основным патогенетическим механизмом в развитии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры является:**

- ~образование патологических иммунных комплексов;
- ~активация тканевого тромбопластина;

=выработка аутоантитромбоцитарных антител;  
~дефицит плазменных факторов свертывания.

**Тромбоцитопения может наблюдаться при:**

=острой тромбоцитопенической пурпуре;  
~гемолитической анемии;  
~железодефицитной анемии;  
~эритремии.

**В лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры:**

=эффективны глюкокортикостероиды;  
~спленэктомия не эффективна;  
~цитостатики не применяются;  
~применяется викасол.

**Больные в ремиссии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры должны:**

=иметь нормальный режим труда и отдыха;  
~избегать массовых скоплений людей;  
~питаться с применением гипоаллергенных диет;  
~исключить физические нагрузки, занятия спортом.

**При использовании прямых антикоагулянтов в лечебных дозах необходимо контролировать:**

~международное нормализованное отношение;  
~тромбиновое время;  
~протромбиновый индекс по Квику;  
=активированное парциальное тромбиновое время.

**В схемах лечения ДВС-синдрома присутствуют:**

~антикоагулянты и активаторы фибринолиза;  
~антиагреганты и активаторы фибринолиза;  
=плазмаферез и свежзамороженная плазма;  
~антикоагулянты, антифибринолитики.

**Антифосфолипидный синдром:**

~является редкой болезнью, не встречающейся в практике врача-терапевта;  
~встречается исключительно у больных с гепатитом;  
=является частой причиной невынашивания беременности;  
~диагностируется с помощью исключительно иммунологических методов.

**Лекарственная тромбоцитопатия может быть связана с приемом:**

=нестероидных противовоспалительных препаратов;  
~гипотензивных лекарственных средств;  
~противовирусных препаратов;  
~антибиотиков широкого спектра действия.

**Лабораторными признаками развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания при хронической почечной недостаточности являются:**

~увеличение протромбина и протромбинового индекса, укорочение тромбинового времени;  
~анемия, гиперкалиемия, снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров;  
~тромбоцитоз, увеличение антитромбина III и снижение продуктов деградации фибрина;  
=тромбоцитопения, тромбоцитопатия, удлинение тромбинового времени.

**Тромбоцитопения может наблюдаться при:**

~эссенциальной тромбоцитемии;  
~гемолитической анемии;  
=ДВС-синдроме;  
~железодефицитной анемии.

**Для геморрагического васкулита характерно:**

~гематомный тип кровоточивости;  
=васкулитно-пурпурный тип кровоточивости;  
~удлинение времени свертывания;  
~снижение протромбинового индекса.

**К препаратам, способным вызвать тромбоцитопатию, относится:**

=ацетилсалициловая кислота;  
~викасол;  
~кордарон;



~верошпирон .

**Лечение тромбоцитопатий включает:**

=небольшие дозы эpsilon-аминокапроновой кислоты;

~викасол;

~гепарин;

~варфарин.

**При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:**

=число мегакариоцитов в костном мозге увеличено;

~число мегакариоцитов в костном мозге снижено;

~не возникают кровоизлияния в мозг;

~характерно увеличение печени.

**ДВС-синдром может возникнуть при:**

=генерализованной инфекции;

~эпилепсии;

~внутриклеточном гемолизе;

~ревматическом заболевании.

**Для лечения ДВС-синдрома используют:**

=свежезамороженную плазму;

~сухую плазму;

~физ. раствор;

~эритроцитарную массу.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с геморрагическими диатезами с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с геморрагическими диатезами.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с геморрагическими диатезами.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с геморрагическими диатезами.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с геморрагическими диатезами.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов геморрагических диатезов.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики геморрагических диатезов с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с геморрагическими диатезами с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с геморрагическими диатезами с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной Ц, 32 лет, моряк дальнего плавания, поступил в клинику с жалобами на эпизоды субфебрилитета, отеки голеностопных суставов, боли в животе, высыпания в области голеней и передней брюшной стенки.

С 20 лет часто повышалась СОЭ, более тщательно не обследовался и не лечился. В возрасте 30 лет впервые выявлена протеинурия – 0,33%. Год назад протеинурия составила 1,65 г/л, сохранялась высокая СОЭ (до 45 мм/ч).

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, в области голеней и передней брюшной стенки обнаруживаются геморрагические высыпания, выраженные отеки голеней,

голеностопных суставов. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипы не выслушиваются. ЧД до 24 в минуту. Сердечные тоны глухие, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту, АД 110/65 мм рт.ст. Живот болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный, кишечные шумы не выслушиваются. Печень по краю реберной дуги.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. За каким показателем необходим контроль на 5-7-й день лечения?
7. Прогноз.
8. Профилактика.

**Задача №2.** Больной С., 44 лет, слесарь, поступил в гематологическое отделение стационара с жалобами на обильные носовые кровотечения, возникающие ежедневно без видимой причины, выраженную общую слабость, шум в ушах, одышку и сердцебиение при ходьбе.

Считает себя больным в течение 9 лет, когда стали появляться носовые кровотечения, которые он связывал с пребыванием на солнце. Многократно госпитализировался в гематологическое отделение, принимались различные кровоостанавливающие средства с временным эффектом. Часто проводилась передняя и задняя тампонады носа. У отца в 56-летнем возрасте диагностировано подобное заболевание.

Объективно: общее состояние средней тяжести, выраженная бледность кожных покровов. На щеках, ушных мочках, слизистой оболочке внутренней поверхности губ, языке обнаружены ярко-красные округлые узелки диаметром от 2 до 5 мм, несколько выступающие над поверхностью кожи и слизистых оболочек. Лимфатические узлы, печень и селезенка не прощупываются. Легкие и сердце – без особенностей.

Анализ крови: Эр. –  $1,7 \times 10^{12}/л$ , гем. – 37 г/л, цв. пок. – 0,7, Л. –  $3,4 \times 10^9/л$ , СОЭ – 18 мм/ч, лейкоформула – без особенностей.

Анизоцитоз, резко выраженная гипохромия эритроцитов. Протромбиновый индекс 80 %, фибриноген 3,5 г/л. Время свертывания крови – 5 мин. (по Сухареву). Анализ мочи без особенностей.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. За каким показателем необходим контроль на 5-7-й день лечения?
7. Прогноз.
8. Профилактика.

**Задача №3.** Больная Д., 51 года поступила в гематологическое отделение с жалобами на кровоизлияния по всему телу, носовые, десневые кровотечения, кровянистые выделения из влагалища.

Больна 2 месяца. После нервного потрясения (смерть матери) появились указанные жалобы, лечилась в стационаре другого города, принимала в течение 2 месяцев 14 таблеток преднизолона ежедневно. Вначале кровоточивость уменьшалась, затем вновь усилилась.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести, вес 60 кг. Лицо лунообразное с расширением мелких сосудов, избыточное отложение жира на шее, груди, животе, бедрах. Гипертрихоз на лице. На передней поверхности туловища. Нижних конечностях множественные кровоизлияния в виде петехий, экхимозов размерами от 1,5 до 4 см, различного цвета: красные, синезеленые, желтые. Симптомы щипка и жгута – резко положительные. В легких – везикулярное дыхание. Тоны сердца глуховатые, пульс ритмичный, удовлетворительных качеств, 84 в минуту, АД 180/100 мм рт. ст.

Анализ крови: СОЭ 15 мм/час, эр.  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 100 г/л, лейкоформула без особенностей, тромбоциты единичные. Сахар крови натощак – 15 ммоль/л. Протромбиновый индекс 88%,

фибриноген 4,0г/л, длительность кровотечения 20 минут, время свертывания по Сухареву 5 мин., ректакция кровяного сгустка не произошла в течение суток.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Выберите ведущий синдром и проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план лечения.
4. Как необходимо изменить терапию за день до оперативного вмешательства, чтобы улучшить гемостаз до и после вмешательства? Указать дозу препарата.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. За каким показателем необходим контроль на 5-7-й день лечения?
7. Прогноз.
8. Профилактика.

**Задача №4.** В дежурный хирургический стационар в экстренном порядке доставлен больной М., 18 лет, с жалобами на боли в левом подреберье, общую слабость, головокружение, тошноту. Боли появились час назад после драки.

Объективно: больной бледен, кожа покрыта холодным потом. Больной занимает вынужденное положение – сидя (положителен симптом «Ваньки-встаньки»). Из-за боли затруднено брюшное дыхание. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца глуховаты, пульс 120 в минуту, ритмичный, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт.ст. Язык влажный, Живот мягкий, болезненный в левом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются, Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При УЗИ определяется свободная жидкость в брюшной полости, в области селезенки – обширная гематома.

Анализ крови: эр. 3,8 10<sup>9</sup>/л, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 12 10<sup>9</sup>/л, тромбоциты 200 10<sup>9</sup>/л, время свертывания по Сухареву - 30 минут.

Из анамнеза выяснено, что больной страдает кровоточивостью с раннего детства: обильное луночное кровотечение после удаления зуба. Гематомы после ушибов, болезненные кровоизлияния в коленные суставы.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. За каким показателем необходим контроль на 5-7-й день лечения?
7. Прогноз.
8. Профилактика.

**Задача №5.** Больной С., 60 лет, поступил в приемное отделение стационара с жалобами на схваткообразные интенсивные боли в животе, тенезмы, множественные кровоизлияния на коже нижних конечностей, боль в крупных суставах, повышение температуры тела до 38°.

Указанные жалобы появились через две недели после общего переохлаждения. Обратился к врачу общей практики, были выполнены какие-то исследования крови и больной направлен в стационар.

Общее состояние средней тяжести. На коже конечностей симметричная папулезно-геморрагическая сыпь, при надавливании элементы сыпи не исчезают. Некоторые высыпания имеют некроз в центре, покрыты геморрагическими корочками. Суставы не изменены, но движения в них болезненны. Симптомы «щипка» и «жгута» отрицательные. Лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, обложен нежным белым налетом. Живот при пальпации болезненный в околопупочной области, здесь же небольшое напряжение мышц. Печень и селезенка не увеличены. Однократно была свежая кровь в кале.

Анализ крови: эритроциты – 4,3·10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 132 г/л, цв. показатель – 0,9, тромбоциты - 240·10<sup>9</sup>/л, лейкоциты – 12,0·10<sup>9</sup>/л, э – 1%, п/я – 12%, с – 68%, л – 18%, м – 1%, СОЭ – 38 мм/час,

время свертывания по Сухареву – 5 мин., длительность кровотечения – 2 мин., ретракция кровяного сгустка повышена.

Общий анализ мочи без патологии.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. За каким показателем необходим контроль на 5-7-й день лечения?
7. Прогноз.
8. Профилактика.

## **Тема 79. Миелопролиферативные заболевания (эритремия, хронический миелолейкоз, миелодиспластические синдромы)**

### Собеседование по контрольным вопросам:

-Определение.

-Патогенез.

-Клиника.

-Диагностика.

-Принципы лечения.

-Прогноз.

### Тестовый контроль:

**Уменьшение значения показателя оседания эритроцитов является следствием:**

- ~увеличение вязкости крови;
- =увеличения концентрации эритроцитов в крови;
- ~болезней обмена веществ;
- ~снижения концентрации эритроцитов в крови.

**Исход эритремии:**

- ~хронический лимфолейкоз;
- =хронический миелолейкоз;
- ~агранулоцитоз;
- ~ничего из перечисленного.

**Гиперемия кожи и слизистых, гепатоспленомегалия, сердечно-сосудистые осложнения характерны для:**

- ~миелофиброза;
- ~хронического лейкоза;
- =полицитемии;
- ~острого лейкоза.

**Феномен ускорения оседания эритроцитов обусловлен:**

- =снижением заряда мембраны эритроцитов из-за окружения ее патологическими белками;
- ~появлением белковых «мостиков» между клетками;
- ~дислипидемией, обусловленной воспалением;
- ~нарушением электролитного баланса крови с повышением заряда мембраны эритроцитов.

**Эритремию отличает от эритроцитозов:**

- ~наличие тромбоцитопении ;
- =повышение содержания щелочной фосфатазы в нейтрофилах;
- ~увеличение абсолютного числа базофилов;
- ~повышение концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови.

**Хронический миелолейкоз:**

- ~возникает у больных с острым миелобластным лейкозом;
- =относится к миелопролиферативным заболеваниям;
- ~характеризуется панцитопенией;
- ~возникает у больных с острым лимфобластным лейкозом.

**Лечение сублейкемического миелоза:**

- ~начинается сразу после установления диагноза;

=применяются цитостатики в комплексе с преднизолоном;  
~обязательно проведение лучевой терапии;  
~спленэктомия не показана.

**При сублейкемическом миелозе, в отличие от хронического миелолейкоза, имеется:**

~филадельфийская хромосома в опухолевых клетках;  
=раннее развитие миелофиброза;  
~тромбоцитоз в периферической крови;  
~гиперлейкоцитоз.

**Для лечения хронического миелолейкоза применяют:**

~антибиотики и ингибиторы тирозинкиназы;  
=ингибиторы тирозинкиназы и цитостатики;  
~цитостатики и стероидные гормоны;  
~стероидные гормоны и антибиотики.

**Для лечения хронического миелолейкоза применяют:**

~антибиотики и ингибиторы тирозинкиназы;  
=ингибиторы тирозинкиназы и цитостатики;  
~цитостатики и стероидные гормоны;  
~стероидные гормоны и антибиотики.

**Для острого миелобластного лейкоза характерно:**

~более 5% лимфобластов в стерильном пунктате;  
=наличие гингивитов и некротической ангины;  
~гиперлейкоцитоз, тромбоцитоз;  
~значительное увеличение печени и селезенки.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с миелопролиферативными заболеваниями.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с миелопролиферативными заболеваниями.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с миелопролиферативными заболеваниями.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболевания миелопролиферативных заболеваний.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики миелопролиферативных заболеваний с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с миелопролиферативными заболеваниями с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с миелопролиферативными заболеваниями с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** К врачу общей практики обратился мужчина 52 лет с жалобами на зуд кожи при приеме горячей ванны, онемение и жгучие боли в кончиках пальцев рук, покраснение лица и «красные глаза», дискомфорт в грудной клетке при нагрузке, одышка при ходьбе, частые головные боли, головокружения. В анамнезе: болен в течение 2 лет, обследовался у кардиолога и гематолога. Курит 15 сигарет в день в течение 30 лет. Работает мастером на заводе ЖБК.

При объективном осмотре выявлена гиперемия лица и шеи, инъекция склер. В легких изменений нет. При аускультации сердца отмечается приглушенность тонов, АД 170/100 мм рт.ст. Печень на 3 см

ниже реберной дуги, селезенка – на 5 см ниже реберной дуги. Анализ крови: эритроциты  $6,2 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 190 г/л, гематокрит – 58%, тромбоциты –  $800 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты  $12,0 \cdot 10^9/л$ , СОЭ - 1 мм/час.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная П.67 лет госпитализирована с жалобами на общую слабость, головную боль, тяжесть в левом подреберье, похудание. Была направлена в стационар после амбулаторного исследования общего анализа крови.

Больной себя считает около 2-х месяцев, ухудшение состояния связывает с переутомлением на работе. Из перенесенных заболеваний пневмонию 2 года назад, оперирована по поводу калькулезного холецистита 5 лет назад. Мать больной умерла в 47 лет от рака поджелудочной железы.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Л/узлы не пальпируются. Рост 167 см вес 59 кг. Дыхание в легких везикулярное, тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в мин. Живот мягкий, печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка занимает всю левую половину брюшной полости, плотная, при пальпации безболезненная.

Анализ крови: Нб 112 г/л; Эритроциты –  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ ; ц.п. 0,9; Тромбоциты-  $650 \cdot 10^9/л$ ; Лейкоциты -  $65 \cdot 10^9/л$ ; эозинофилы - 6%, базофилы 4%, промиелоциты 2%, метамиелоциты 8% миелоциты 10% п/я- 10%; с/я- 54%, лимфоциты- 2%, СОЭ -18 мм/час.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** Больной В., 60 лет, доставлен в тер. отделение.

Жалобы на общую слабость, одышка, плохая переносимость физических нагрузок, бледность кожных покровов, головокружения и обморочные состояния. Частые носовые кровотечения. Заболел 2 недели назад, когда стал отмечать появление мелкой геморрагической сыпи по всему телу, повышение температуры до  $37,2-37,4$  °С, неоднократные носовые кровотечения, которые купировались самостоятельно. За медицинской помощью не обращался.

При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, с мелкоточечными геморрагическими высыпаниями. Пальпируются увеличенные эластичные лимфоузлы всех групп, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глуховаты, ритм правильный. ЧСС 98 в минуту. АД 105/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка на 2 см выступает из-под края реберной дуги.

Анализ крови: эр.  $3,1 \cdot 10^9/л$ , Нб 80 г/л, цв. Пок. 0,79, ретикулоциты 0.5 %, Тр.  $20 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты- $3,5 \cdot 10^9/л$ , бласты-5%, п-1%, с-25%, л -29%, м-40%. СОЭ-50 мм /час.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 80. Лифмопролиферативные заболевания (острый лимфолейкоз, хронический лимфолейкоз, неходжкинские лимфомы)**

### Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение.
- Патогенез.
- Клиника.
- Диагностика.
- Принципы лечения.
- Прогноз.

### Тестовый контроль:

#### **Больные с хроническим лимфолейкозом должны:**

- ~исключить физические нагрузки, занятия спортом;
- =избегать условий высокого риска респираторных инфекций;
- ~питаться с применением гипоаллергенных диет;
- ~выйти на инвалидность.

#### **Формой хронического лимфолейкоза, для которой характерно значительное увеличение лимфатических узлов при невысоком лейкоцитозе, является:**

- ~спленомегалическая;
- ~классическая;
- ~доброкачественная;
- =опухолевая.

#### **Гепато- и спленомегалия при остром лейкозе являются проявлением синдрома:**

- ~геморрагического;
- ~анемического;
- =гиперпластического;
- ~инфекционно-токсического.

#### **При реабилитации больных в ремиссии острого лейкоза:**

- ~требуется исключить использование общественного транспорта;
- ~требуются ограничения по степени умственной нагрузки;
- ~требуются ограничения продолжительности рабочего дня;
- =не требуются ограничения физической нагрузки.

#### **При лечении больных с острым лейкозом следует обеспечить:**

- ~занятия физической культурой в возрастающем режиме;
- ~обязательное получение инвалидности;
- =асептические условия, трансфузиологическую помощь;
- ~полный отказ от физических нагрузок.

#### **В классификации острых лейкозов выделяют:**

- ~лимфо-миелобластный;
- =лимфобластный;
- ~лейкобластный;
- ~тромбоцитобластный.

#### **Стернальная пункция является обязательной диагностической процедурой при:**

- =остром лейкозе;
- ~хроническом лимфолейкозе;
- ~болезни Виллебранда;
- ~гемолитической анемии.

#### **Стернальная пункция:**

- ~всегда требует местной анестезии;
- ~всегда требует общей анестезии;
- =проводится в амбулаторных и стационарных условиях;
- ~проводится исключительно врачом гематологом.

#### **Если у больного имеются анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать:**

- ~об эритремии;
- ~об апластической анемии;
- =об остром лейкозе;

~о В12-дефицитной анемии.

**Осложнениями, характерными для хронического лимфолейкоза, являются:**

- ~тромботические;
- =инфекционные;
- ~кровотечения;
- ~неврологические.

**Какое утверждение верно? Хронический лимфолейкоз:**

- ~встречается только в детском и молодом возрасте;
- ~всегда характеризуется доброкачественным течением;
- ~никогда не требует цитостатической терапии;
- =в стерильном пунктате более 30% лимфоцитов.

**В состав лейкоэмических инфильтратов при остром лимфолейкозе преимущественно входят:**

- ~лимфоциты;
- =лимфобласты;
- ~миелобласты;
- ~ретикулярные клетки.

**Характерным проявлением острого лейкоза является:**

- =некротическая ангина;
- ~кахексия;
- ~хроническая сердечная недостаточность;
- ~острая почечная недостаточность.

**В основе деления лейкозов на острые и хронические лежит:**

- ~длительность течения;
- =степень дифференцировки опухолевых клеток и характер течения;
- ~гисто (цито)-генез лейкозных клеток;
- ~количество лейкоцитов в периферической крови.

**К острому лейкозу относится:**

- =недифференцированный лейкоз;
- ~миеломная болезнь;
- ~миелоцитарный лейкоз;
- ~лимфоцитарный лейкоз.

**Признаком, характерным для обострения лейкоза является:**

- ~желтуха;
- =бластный криз;
- ~острая сердечная недостаточность;
- ~острая почечная недостаточность.

**Частым осложнением острого лейкоза является:**

- ~кахексия;
- ~ожирение;
- =некротическая ангина;
- ~амилоидоз.

**К хроническому лейкозу относится:**

- ~лимфогранулематоз;
- =лимфоцитарный;
- ~лимфобластный;
- ~лимфосаркома.

**В органах кроветворения при остром лейкозе обнаруживается:**

- ~лейкозные инфильтраты из зрелых («цитарных») элементов;
- ~склероз;
- ~атрофия;
- =лейкозные инфильтраты из бластных клеток.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с лимфопролиферативными заболеваниями с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту.



- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с лимфопролиферативными заболеваниями.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с лимфопролиферативными заболеваниями.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с лимфопролиферативными заболеваниями.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов с лимфопролиферативных заболеваний.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики с лимфопролиферативных заболеваний с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с лимфопролиферативными заболеваниями с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная З., 63 лет, доставлена в приемное отделение с подозрением на флегмону обоих плеч.

Заболела остро, 5 дней тому назад, когда появилась резкая слабость, озноб, боли в суставах, повысилась температура тела до 39,6 С. Врач скорой помощи поставил диагноз «грипп» и назначил какие-то таблетки. Через два дня в области нижней трети левого плеча возникло опухолевидное образование синюшного цвета. В последующие 2 дня подобные образования возникли в нижней трети правого плеча и правого бедра. Оставалась высокая температура (38-39 С), в связи с чем больная была госпитализирована.

Из перечисленных ранее заболеваний отмечает детские инфекции, болезнь Боткина, грипп. До пенсионного возраста больная работала бухгалтером. Аллергологический анамнез без особенностей. Состояние при поступлении тяжелое. Температура 40,2 С. На коже лица, туловища, конечностей – множественные кровоизлияния. В области внутренней поверхности обоих плеч - также кровоизлияния-инфильтраты (размерами 10\*15 см); мелкоочечные кровоизлияния на слизистой неба, щек, языка. Суставы не изменены. Кости при пальпации безболезненные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 112 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. Язык суховат, единичные кровоизлияния. Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дежурным терапевтом высказано предположение, что у больной – узловатая эритема. Назначено лечение пенициллином. Через 2 дня состояние больной еще более ухудшилось. Появились тошнота, повторная рвота, жидкий стул. Сознание спутанное. Температура 41 С. Анализ крови: эр 2.2 10/л, Ретикулоциты – 0,1 %, тромбоциты – 6 10/л, лейкоциты 2,8 10/л, бласты - 95%, л -5%, СОЭ 54 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность 1,025, белок 0,994 г/л, лейкоциты 10-18 в п/зр, эритроциты 5-8 в п/зр.

Общий белок 61 г/л, общ.билирубин 10,5 мкмоль/л, мочевины 5,5 ммоль/л, Протромбиновый индекс 75%.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Женщина 61 год.

Жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеничное. Питание незначительно повышено. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы: пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в мин. АД 120-80 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги; в положении Сали (на боку) пальпируется селезенка +2 см, край эластичный, безболезненный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Общий анализ крови: эр –  $3,6 \times 10^{12}$ , Нв -129 г/л, Тромбоциты -  $200 \times 10^9$ /л, Лейкоциты -  $39 \times 10^9$ /л, п-2, с-2, лимфоциты - 92, м - 4, СОЭ 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** К участковому терапевту обратилась пациентка Н, 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безболезненны.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 81. Парпротеинемические гемобластозы (миеломная болезнь).**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение.
- Патогенез.
- Клиника.
- Диагностика.
- Принципы лечения.
- Прогноз.

Тестовый контроль:

**Если у больного суточная протеинурия более 3,5 г, белок Бенс-Джонса, гиперпротеинемия, то следует думать о:**

- ~нефротическом синдроме;
- =миеломной болезни;
- ~макроглобулинемии Вальденстрема;
- ~эритремии.

**Для лечения больных с множественной миеломой применяют:**

- ~интерферон альфа;

- ~интерферон бета;
- =леналидомид;
- ~колониестимулирующий фактор.

**При лечении множественной миеломы следует:**

- =обеспечить нормальный режим труда и отдыха;
- ~обеспечить асептические условия;
- ~исключить работы с физической нагрузкой;
- ~обеспечить минимальный уровень физической нагрузки.

**Для лечения больных с множественной миеломой применяют:**

- ~интерферон бета;
- ~колониестимулирующий фактор;
- ~колхицин;
- =бортезамиб.

**Синдром повышенной вязкости при миеломной болезни характеризуется:**

- =кровоточивостью слизистых оболочек;
- ~протеинурией;
- ~дислипидемией;
- ~тромбоцитозом.

**Для диагностики миеломной болезни не применяется:**

- ~стеральная пункция;
- =ренорадиография;
- ~определение М-градиента и уровня иммуноглобулинов;
- ~рентгенологическое исследование плоских костей.

**Клеточными элементами костномозгового пунктата свойственными миеломной болезни, являются:**

- ~миелобласты;
- ~ =плазматические клетки;
- ~лимфоциты;
- ~плазмобласты.

**Базовые исследования для пациентов с подозрением на множественную миелому**

- =биохимический анализ крови;
- =коагулограмма;
- ~копрограмма;
- =общий анализ крови;
- =общий анализ мочи.

**В качестве дифференциального диагноза множественной миеломы следует рассматривать**

- =волосатоклеточный лейкоз;
- =плазмоцитому;
- =секретирующую лимфому;
- ~серповидно-клеточную анемию;
- ~талассемию.

**В основе синдрома гипервязкости лежат физические особенности**

- ~билирубина;
- ~креатинина;
- ~мочевины;
- =парапротеинов.

**В процессе проводимой терапии иммунохимическое исследование белков сыворотки крови и мочи у пациентов с множественной миеломой следует выполнять**

- ~2 раз в год;
- ~ежемесячно;
- =каждые 2–3 месяца;
- ~раз в полгода.

**В соответствии с международной системой стадирования множественная миелома I стадии характеризуется**

- ~ $\beta$ 2-микроглобулин 3,5 – 5,5 мг/л;
- = $\beta$ 2-микроглобулин <3,5 мг/л;
- ~ $\beta$ 2-микроглобулин >5,5 мг/л;

~альбумин сыворотки <3,5 г/дл;

=альбумин сыворотки >3,5 г/дл.

**В соответствии с международной системой стадирования множественная миелома II стадии характеризуется**

=β2-микроглобулин 3,5 – 5,5 мг/л;

=β2-микроглобулин <3,5 мг/л;

~β2-микроглобулин >5,5 мг/л;

=альбумин сыворотки <3,5 г/дл;

~альбумин сыворотки >3,5 г/дл.

**В соответствии с международной системой стадирования множественная миелома III стадии характеризуется**

~β2-микроглобулин 3,5 – 5,5 мг/л;

~β2-микроглобулин <3,5 мг/л;

=β2-микроглобулин >5,5 мг/л;

~альбумин сыворотки <3,5 г/дл;

~альбумин сыворотки >3,5 г/дл.

**Всем пациентам с множественной миеломой необходимо определение антител к**

=вирусу гепатита С;

=вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1;

=вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2;

~корпускулярному антигену вируса гепатита В;

=поверхностному антигену вируса гепатита В.

**Для начала лечения пациентов моложе 65 лет с множественной миеломой без серьезной сопутствующей патологии в программу лечения включают**

=высокодозную химиотерапию с трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;

~высокодозную химиотерапию, затем введение комбинации новых лекарственных препаратов;

~высокодозную химиотерапию, затем введение комбинации новых лекарственных препаратов и проведение трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток;

~комбинации на основе новых лекарственных препаратов без этапа высокодозной химиотерапии с трансплантацией с аутологичных гемопоэтических стволовых клеток.

**Для оценки степени гуморального иммунодефицита у пациентов с множественной миеломой рекомендуется исследование уровня**

~лейкоцитов;

~лимфоцитов;

=поликлональных иммуноглобулинов;

~цитокинов.

**Для своевременного выявления сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой и пищеварительной систем у пациентов с множественной миеломой следует выполнить**

~миографию;

=ультразвуковую доплерографию сосудов (артерий и вен) нижних конечностей;

=эзофагогастродуоденоскопию;

=электрокардиографию и эхокардиографию;

~электроэнцефалографию.

**Для скрининга мочевого протеина необходим сбор мочи в течение \_\_\_\_\_ часов**

~12;

~2;

=24;

~36.

**Для уточнения наличия и распространенности поражения костей, выявления костных плазмочитом с определением их размеров необходимо выполнить**

~доплерографию;

=компьютерную томографию всех отделов позвоночника, грудной клетки, таза;

~реовазографию;

~ультразвуковое исследование суставов.

**Клинические признаки множественной миеломы проявляются**

=амилоидозом;

=гиперкальциемией;

=инфильтрацией миеломными клетками костного мозга;  
=синдромом гипervязкости;  
~синдромом гиповязкости.

**Клинические проявления множественной миеломы определяются**

1) аплазией костного мозга;  
2) аутоиммунным заболеванием;  
=инфильтрацией костного мозга и органами повреждениями;  
4) наследственными характеристиками.

**М-градиент – это**

~генотип клеток;  
~количество плазматических клеток;  
=полоса на электрофореграмме, которую образуют моноклональные иммуноглобулины;  
~фенотип клеток путем выявления CD-маркеров.

**Множественная миелома – заболевание, ассоциированное с секрецией**

=моноклонального иммуноглобулина;  
~поликлонального иммуноглобулина;  
~химерного иммуноглобулина.

**Множественная миелома – заболевание, характеризующееся мультифокальной пролиферацией**

~неопластических базофильных клеток;  
~неопластических нейтрофильных клеток;  
=неопластических плазматических клеток;  
~неопластических эозинофильных клеток.

**Множественная миелома – это**

~В-клеточная доброкачественная опухоль;  
=В-клеточная злокачественная опухоль;  
~Т-клеточная доброкачественная опухоль;  
~Т-клеточная злокачественная опухоль.

**Моноклональный иммуноглобулин – это иммуноглобулины**

=одного класса, которые синтезируются в избыточном количестве опухолевой плазматической клеткой;  
~одного класса, которые синтезируются в недостаточном количестве опухолевой плазматической клеткой;  
~разных классов, которые синтезируются в избыточном количестве опухолевой плазматической клеткой;  
~разных классов, которые синтезируются в недостаточном количестве опухолевой плазматической клеткой.

**Морфологическим субстратом множественной миеломы являются**

~базофильные клетки;  
~нейтрофильные клетки;  
=плазматические клетки;  
~эозинофильные клетки.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с миеломной болезнью.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с миеломной болезнью.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с миеломной болезнью.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов миеломной болезни.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики миеломной болезни с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с миеломной болезнью с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.

- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с миеломной болезнью
- ✓ с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.
- ✓ Назначение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной А., 65 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, головокружение, одышку при физической нагрузке, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, грудной клетке. В течение последних 5 лет беспокоят боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Лечился у невропатолога по поводу радикулита. 2 года назад после падения – перелом X-XI ребер справа.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. При перкуссии отмечается выраженная болезненность тел позвонков в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/100 мм рт. ст. ЧСС 84 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Клинический анализ крови: гемоглобин 90 г/л; эритроциты  $2,9 \times 10^{12}/л$ ; гематокрит 39%; цветовой показатель 1,0; ретикулоциты 2‰; тромбоциты  $240,0 \times 10^9/л$ ; лейкоциты  $6,4 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные 2%; сегментоядерные 59%; эозинофилы 1%; базофилы 0%; лимфоциты 34%; моноциты 5%; СОЭ 64 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 110 г/л;  $\gamma$ -глобулины 47%; мочевина 9,7 ммоль/л; креатинин 152 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи 1005, белок 2,4 г/л, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Рентгенологическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника: выявлено уплощение, клиновидная форма тел позвонков L2-L3.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной О., 62 лет, во время пребывания на курорте появились скованность и боли в поясничной области. Был поставлен диагноз пояснично-крестцового радикулита, получала физиотерапевтическое лечение. Эффект был кратковременный, боли вскоре вновь возобновились.

При осмотре состояние удовлетворительное, умеренная бледность кожи. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сердце и легкие без особенностей. Печень и селезенка не пальпируются.

Кровь: эритроциты  $- 3,2 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 100 г/л, тромбоциты  $- 130 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты  $- 8 \cdot 10^9/л$ , э – 4%, п/я – 4%, с/я – 44%, л – 44%, плазматические клетки – 3%, моноциты – 1%, СОЭ – 58 мм/ч.

Моча: белок – 1,3 г/л, лейкоциты – 2-3 в п/з.

Общий белок крови – 98 г/л.

В миелограмме – плазмоклеточная инфильтрация.

Р-снимок плоских костей черепа: определяются округлые дефекты кости размером до 0,5 см. в диаметре.



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 82. Лимфаденопатии.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение.
- Патогенез.
- Клиника.
- Диагностика.
- Принципы лечения.
- Прогноз.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с лимфаденопатией.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с лимфаденопатией.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с лимфаденопатией.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с лимфаденопатией.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов лимфаденопатии.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики лимфаденопатии с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с лимфаденопатией с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с лимфаденопатией с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Мужчина 30 лет обратился к терапевту по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°C с ознобами, кровоточивость десен, появление «синячков» без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, усилилась кровоточивость десен. Из анамнеза жизни: Наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в рядах Советской Армии на атомной подводной лодке.

Объективно: Состояние средней тяжести. Рост-182 см., вес 78 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Температура тела 37,5°C. На коже нижних конечностей экхимозы, петехии на коже плечей, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы, диаметром до 2,5 см, неспаянные с кожей и друг с другом, безболезненные. При аускультации: в легких дыхание везикулярное, ЧД-19 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 92 уд. в мин. АД 100/65 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень при пальпации плотная, ниже реберного края на 1 см., размеры по Курлову 16 x 10 x 9 см. Селезенка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10 x 8 см.

Общий анализ крови: эритроциты  $2,3 \times 10^{12}$ , Нв 78 г/л, тромбоциты  $80 \times 10^9$ , лейкоциты -  $18 \times 10^9$ , бласты - 32%, миелоциты-0, юные – 0, палочкоядерные - 5, сегментоядерные – 38, лимфоциты – 25, СОЭ – 30.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** В клинику обратилась женщина 60 лет.

Жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеничное. Питание незначительно повышено. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы: пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в мин. АД 120-80 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги; в положении Сали (на боку) пальпируется селезенка +2 см, край эластичный, безболезненный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 83. Лимфогранулематоз**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

-Определение.



- Патогенез.
- Клиника.
- Диагностика.
- Принципы лечения.
- Прогноз.

#### Тестовый контроль:

**Лимфогранулематоз чаще начинается с увеличения групп лимфоузлов:**

- =шейных;
- ~надключичных;
- ~подмышечных;
- ~лимфоузлов средостения.

**В лечении лимфоаденопатий не следует использовать:**

- ~антигистаминные средства;
- ~антибиотики;
- ~интерфероны;
- =физиотерапию, согревающие процедуры.

**Под лимфоаденопатией понимают:**

- ~лимфоцитоз в периферической крови;
- ~высокий лимфобластоз в стерильном пунктате;
- =увеличение лимфоузлов;
- ~увеличение селезенки.

**Наилучшие результаты лечения при лимфогранулематозе наблюдаются при:**

- ~третьей В-четвертой стадиях заболевания;
- ~лимфогистиоцитарном морфологическом варианте;
- =лучевой монотерапии;
- ~полихимиотерапии с радикальной программой облучения.

**При лимфогранулематозе:**

- ~поражаются только лимфатические узлы;
- ~рано возникает лимфоцитопения;
- =в биоптатах определяют клетки Березовского-Штернберга;
- ~определяется белок Бенс-Джонса.

**Какой гистологический вариант соответствует началу заболевания лимфогранулематозом?**

- ~лимфоидное истощение;
- =лимфоидное преобладание;
- ~нодулярный склероз;
- ~смешанноклеточный.

**Для третьей клинической стадии лимфогранулематоза характерно:**

- ~поражение лимфатических узлов одной области;
- ~поражение лимфатических узлов 2-х и более областей по одну сторону диафрагмы;
- =поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы;
- ~локализованное поражение одного внемлимфатического органа.

**Чаще всего при лимфогранулематозе поражаются:**

- ~забрюшинные лимфоузлы;
- =периферические лимфоузлы;
- ~паховые лимфоузлы;
- ~внутригрудные лимфоузлы.

**Лихорадка при лимфогранулематозе:**

- =волнообразная;
- ~сопровождается зудом;
- ~купируется без лечения;
- ~гектическая.

**При лимфогранулематозе с поражением узлов средостения:**

- ~общие симптомы появляются рано;
- ~поражение одностороннее ;
- =может возникнуть симптом Горнера;
- ~может возникнуть симптом Ортнера.

**При лихорадке на протяжении месяца и лимфоаденопатии можно предполагать:**

- ~болезнь Крона;
- ~гемофилию;
- =лимфогранулематоз;
- ~болезнь Виллебранда.

**К характерным признакам лимфогранулематоза относят:**

- =постоянные лихорадку и потливость;
- ~выраженные миалгии, оссалгии;
- ~некупируемые тошноту и рвоту;
- ~чередование поносов и запоров.

**Лимфогранулематоз чаще начинается с увеличения групп лимфоузлов:**

- =шейных;
- ~надключичных;
- ~подмышечных;
- ~лимфоузлов средостения.

**Увеличение лимфатических узлов является характерным признаком:**

- =лимфогранулематоза;
- ~хронического миелолейкоза;
- ~эритремии;
- ~анемии.

**Эффективность современной терапии лимфогранулематоза приводит к выздоровлению не менее, чем \_\_\_\_\_% от общего числа больных:**

- ~70-80;
- ~40-50;
- =80-85;
- ~50-70.

**6 циклов ABVD рекомендуется больным с распространенной стадией лимфогранулематоза при условии**

- =без симптомов интоксикации;
- =возраста до 60 лет;
- ~достижения неполной ремиссии после 4-х курсов ABVD;
- ~с международным прогностическим индексом до 5 баллов.

**6 циклов ABVD рекомендуется больным с распространенной стадией лимфогранулематоза при условии**

- =без симптомов интоксикации;
- ~возраста до 50 лет;
- =достижения полной ремиссии после 4-х курсов ABVD;
- ~с международным прогностическим индексом до 5 баллов.

**8 циклов ABVD рекомендуется больным**

- ~с ранней стадией неблагоприятным прогнозом;
- ~с распространенной стадией лимфогранулематоза и полной ремиссией после 4-х курсов ABVD;
- =с распространенной стадией лимфогранулематоза и частичной ремиссией после 4-х курсов ABVD;
- ~с распространенной стадией лимфогранулематоза независимо от ответа на терапию.

**Больным в возрасте до 60 лет, без симптомов интоксикации и с международным прогностическим индексом 0-2 D при достижении полной ремиссии после 4-х циклов рекомендовано лечение**

- ~5 циклами ABVD;
- = 6 циклами ABVD;
- ~7 циклами ABVD;
- ~8 циклами ABVD.

**Больным с распространенной стадией лимфогранулематоза и частичной ремиссией после 4-х курсов ABVD рекомендовано дополнительно проведение**

- ~2-х курсов ABVD;
- =2-х курсов ABVD с последующим проведением лучевой терапии в дозе 30-36 Гр;
- ~6 циклов EACOPP-14;
- ~8 циклов BEACOPP-14.

**В группе соматически сохранных больных с ранней стадией, неблагоприятным прогнозом моложе 50 лет существует возможность применения более интенсивного лечения, которое включает**

- ~1 цикл ВЕАСОРР-эскалированный + 1 цикл АВВД с последующей лучевой терапией в суммарной дозе 30 Гр на зоны исходного поражения;
- ~1 цикл ВЕАСОРР-эскалированный + 2 цикла АВВД с последующей лучевой терапией в суммарной дозе 30 Гр на зоны исходного поражения;
- =2 цикла ВЕАСОРР-эскалированный + 2 цикла АВВД с последующей лучевой терапией в суммарной дозе 30 Гр на зоны исходного поражения;
- ~2 цикла ВЕАСОРР-эскалированный с последующей лучевой терапией 30 Гр на зоны исходного поражения.

**В настоящее время рекомендована схема химиотерапии**

- =АВВД;
- ~ВВР;
- ~МОРР;
- ~ОРРА;
- ~СОРР.

**В начальной стадии лимфогранулематоза характерен гистологический вариант**

- ~лимфоидного истощения;
- =лимфоидного преобладания;
- ~нодулярного склероза;
- ~смешанно-клеточный.

**В случае достижения полной ремиссии в течение первого года каждые 3 месяца необходимо проводить**

- ~МРТ;
- =УЗИ брюшной полости и периферических лимфатических коллекторов;
- ~ЭКГ;
- ~ЭХО-КГ;
- =рентгенологический контроль органов грудной клетки.

**В случае достижения полной ремиссии регулярный осмотр и исследования должны проводиться в течение первого года**

- ~1 раз в 6 месяцев;
- ~1 раз в месяц;
- =каждые 3 месяца.

**Высокодозная химиотерапия с последующей трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток рекомендована**

- =больным до 50 лет с хорошим общим статусом и с частичной ремиссией после окончания химиотерапевтического этапа;
- ~всем больным с поздним рецидивом;
- ~всем больным с хорошим общим статусом и с частичной ремиссией после окончания химиотерапевтического этапа;
- =для больных с первым ранним рецидивом.

**Германская группа по изучению лимфомы Ходжкина (GHSJ) определяет следующие факторы риска**

- ~возраст  $\geq 50$  лет;
- =массивное средостение;
- =ускорение СОЭ;
- ~ $\geq 4$  областей лимфатических коллекторов.

**Диагноз ЛХ устанавливается только на основании морфологического исследования**

- =биоптата лимфоузла (опухоли);
- ~мазков-отпечатков лимфоузла (опухоли);
- ~пунктата лимфоузла (опухоли);
- =тканевого материала, полученного с помощью «пистолетной» («кор») биопсии.

**Для больных старше 60 лет легочная токсичность программы АВВД связана с**

- =Блеомицином;
- ~Винбластинном;

~Дакарбазином;  
~Доксорубицином.

**Для больных старше 60 лет программа ABVD представляет высокий риск развития**

~кардиотоксичности;  
=легочной токсичности;  
~миелотоксичности;  
~нефротоксичности.

**Для больных, которым планируется лечение с использованием противоопухолевых антибиотиков Доксорубицина и Блеомицина дополнительно проводят**

~МРТ;  
=исследование фракции сердечного выброса;  
=спирографию;  
~тредмил-тест;  
~эргоспирометрию.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с лимфогранулематозом.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с лимфогранулематозом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с лимфогранулематозом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с лимфогранулематозом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов лимфогранулематоза.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики лимфогранулематоза с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с лимфогранулематозом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с лимфогранулематозом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная 25 лет, обратилась в клинику.

Во время врачебного осмотра были выявлены увеличенные немногочисленные плотные лимфатические узлы (не менее 3 см в диаметре) в обеих шейно-надключичных областях. При пальпации селезёнка выступала на 4 см из-под края рёберной дуги.

2 года назад обращалась к врачу по поводу увеличения лимфатического узла в правой надключичной области до 2 см в диаметре. Незадолго до этого перенесла острую респираторную вирусную инфекцию. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы.

Через полгода у больной в этом же месте появились ещё два плотных лимфатических узла размерами 1,5x2,0 см, а в надключичной области слева выявлен лимфатический узел такого же размера. Врач поликлиники назначил тепловые процедуры и антибиотики. Лимфатические узлы сначала незначительно уменьшились в размерах, а затем снова увеличились до 2,0-3,0 см в диаметре. Больная решила больше к врачам не обращаться, её самочувствие оставалось удовлетворительным.

Через 2 года от начала заболевания температура тела внезапно поднялась и сохранялась несколько дней на уровне 38,5-39,0 °С; не снизилась она и после применения антибиотиков. По ночам больную беспокоило обильное потоотделение. Периодически возникал кожный зуд. При ходьбе несколько раз появлялись колющие боли в левом подреберье. В связи с чем обратилась повторно.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной Г., 37 лет, повар.

Жалобы на повышение температуры тела до 38 °С в течение нескольких дней подряд, слабость, потеря в массе, потливость, зуд кожных покровов.

При осмотре пальпируются безболезненные увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, селезенка, печень не увеличены.

В пунктате лимфотического узла обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

#### **Тема 84. Синдром лейкопении и агранулоцитоза.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение.
- Патогенез.
- Клиника.
- Диагностика.
- Принципы лечения.
- Прогноз.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Назначение профилактических мероприятий симулированному пациенту с учетом факторов риска.
- ✓ Назначение оздоровительных мероприятий направленных на формирование элементов здорового образа жизни симулированному пациенту с лейкопенией и агранулоцитозом.
- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с лейкопенией и агранулоцитозом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с лейкопенией и агранулоцитозом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с лейкопенией и агранулоцитозом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов лейкопении и агранулоцитоза.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики лейкопении и агранулоцитоза с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения.
- ✓ Разработка плана лечения симулированного больного с лейкопенией и агранулоцитозом с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного.
- ✓ Назначение медикаментозной терапии симулированному больному с лейкопенией и агранулоцитозом с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

- ✓ Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты –  $100 \times 10^9 /л$ , лейкоциты -  $1,6 \times 10^9 /л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%,  $\alpha_1$  – 4%,  $\alpha_2$  – 15%,  $\beta$  – 9%,  $\gamma$  - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная П. 60 лет, направлена в стационар с жалобами на боли в суставах, повышение температуры, озноб, лихорадку, появление язвочек в полости рта и на языке.

Из анамнеза: за 7 дней до появления вышеуказанных жалоб принимала в течение недели бисептол по поводу обострения хронического пиелонефрита.

Объективно: кожные покровы бледные, имеется мелкоточечная сыпь на передней поверхности живота и туловища, слизистые нормальной окраски, отмечаются язвенно-некротические поражения десен, миндалин, мягкого неба, языка.

Обследование. Общий анализ крови: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 126 г/л, ц.п. – 0,9, тромбоциты –  $210 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $1,5 \times 10^9/л$ , сегментоядерные нейтрофилы – 5%, лимфоциты – 78%, моноциты - 17%, СОЭ – 30 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,033 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 1-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 96 мкмоль/л, мочевины – 6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.

## 7. Профилактика.

### *Раздел 7. Эндокринные заболевания.*

#### **Тема 85. Сахарный диабет 1-й тип.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета.
- Клинические формы, степени тяжести,
- Клиническая и лабораторная диагностика,
- Ангиопатия при сахарном диабете,
- Комы при сахарном диабете,
- Лечение,
- Прогноз,
- Диспансеризация,
- МСЭ.

##### Тестовый контроль:

##### **Сахарный диабет первого типа следует лечить:**

- ~только диетотерапией;
- ~сульфаниламидными препаратами;
- =инсулином на фоне диетотерапии;
- ~голоданием.

##### **Этиологические факторы сахарного диабета I типа:**

- ~ожирение;
- =вирусное поражение  $\beta$ -клеток;
- ~травма поджелудочной железы;
- ~психотравма.

**У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови 16 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного:**

- =сахарный диабет инсулинозависимый (первый тип);
- ~сахарный диабет инсулинонезависимый (второй тип);
- ~сахарный диабет второго типа у молодых (mody);
- ~вторичный сахарный диабет.

##### **Наиболее частой причиной смерти при сахарном диабете первого типа является:**

- ~кетонемическая кома;
- =гиперосмолярная кома;
- ~инфаркт миокарда;
- ~гангрена нижних конечностей.

##### **Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения:**

- ~строфантина;
- =изотонического раствора хлорида натрия и инсулина;
- ~солей кальция;
- ~норадреналина.

##### **Какой из гормонов стимулирует липогенез?**

- ~адреналин;
- ~глюкагон;
- =инсулин;
- ~тироксин.

##### **Рациональное соотношение белков, углеводов и жиров в диете больных сахарным диабетом первого типа:**

- =белки 16%, углеводы 60%, жиры 24%;
- ~белки 25%, углеводы 40%, жиры 35%;
- ~белки 30%, углеводы 30%, жиры 40%;
- ~белки 10%, углеводы 50%, жиры 40%.

**Потребность в инсулине при сахарном диабете первого типа при длительности заболевания менее одного года составляет:**

- ~0,7 ед на кг фактической массы;
- ~0,9 ед на кг идеальной массы;
- ~1,0 ед на кг идеальной массы;
- =0,5 ед на кг идеальной массы.

**У больного с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение:**

- ~дилтиазема;
- =атенолола;
- ~эналаприла малеата;
- ~моксонидина.

**Эффективными антиангинальными препаратами у больных ИБС при наличии сахарного диабета 1 типа являются:**

- =антагонисты кальция;
- ~кардиоселективные бета-адреноблокаторы;
- ~неселективные бета-адреноблокаторы;
- ~нитраты.

**К факторам риска развития повторных инфарктов миокарда относятся:**

- ~молодой возраст и перенесенная пневмония;
- =сахарный диабет и инфаркт миокарда в анамнезе;
- ~аллергический фон;
- ~наследственная предрасположенность.

**Если у больного сахарным диабетом первого типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, следует:**

- ~отменить инсулин;
- ~применить пероральные сахароснижающие средства;
- ~уменьшить суточную дозу инсулина;
- =увеличить получаемую суточную дозу инсулина.

**Самым активным стимулятором секреции инсулина являются:**

- ~аминокислоты;
- ~свободные жирные кислоты;
- =глюкоза;
- ~фруктоза.

**Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям, прежде всего в:**

- ~миокарде;
- ~периферической нервной системе;
- =центральной нервной системе;
- ~гепатоцитах.

**Показанием для введения бикарбоната натрия больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, является:**

- ~снижение рН крови ниже 7,36;
- ~начинающийся отек мозга;
- =снижение рН крови ниже 7,0;
- ~сопутствующий лактоацидоз.

**Рациональное соотношение белков, углеводов и жиров в диете больных сахарным диабетом первого типа:**

- =белки 16%, углеводы 60%, жиры 24%;
- ~белки 25%, углеводы 40%, жиры 35%;
- ~белки 30%, углеводы 30%, жиры 40%;
- ~белки 10%, углеводы 50%, жиры 40%.

**Калорийность диеты больного сахарным диабетом рассчитывают, исходя из:**

- =реальной массы тела;
- ~идеальной массы тела;
- ~возраста;
- ~наличия сопутствующих заболеваний ЖКТ.



**Потребность в инсулине при сахарном диабете первого типа при длительности заболевания менее одного года составляет:**

- ~0,7 ед на кг фактической массы;
- ~0,9 ед на кг идеальной массы;
- ~1,0 ед на кг идеальной массы;
- =0,5 ед на кг идеальной массы.

**При длительности сахарного диабета первого типа более года и отсутствии нефропатии потребность в инсулине составляет в среднем в сутки:**

- ~0,1-0,2 ед на кг идеальной массы;
- ~0,3-0,4 ед на кг идеальной массы;
- ~0,5-0,6 ед на кг фактической массы;
- =0,6-0,7 ед на кг идеальной массы.

**В диете больного сахарным диабетом можно в неограниченном количестве использовать:**

- ~картофель;
- =огурцы;
- ~масло;
- ~молоко.

**Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?**

- ~С-пептид;
- ~средняя суточная гликемия;
- =гликолизированный гемоглобин;
- ~средняя амплитуда гликемических колебаний.

**Какие симптомы характерны для неосложненного сахарного диабета первого типа?**

- ~олигурия;
- =плохое заживление ран;
- ~сильные боли в области сердца;
- =полидипсия.

**К осложнениям, вызванным введением инсулина, относится:**

- ~лейкоцитоз;
- =гипогликемия;
- ~гипертриглицеридемия;
- ~кетоацидоз.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с сахарным диабетом 1-го типа..
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с сахарным диабетом 1-го типа.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с сахарным диабетом 1-го типа.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов сахарного диабета 1-го типа.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики сахарного диабета 1-го типа с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной Т., 18 лет. Предъявляет жалобы на жажду, обильное мочеотделение, слабость, быструю утомляемость, плохой сон. Стало трудно усваивать учебный материал, заниматься физкультурой. Заболел остро. За две недели похудел на 4 кг, несмотря на то, что отмечал даже некоторое повышение аппетита. Выпивал и выделял до 6-8 л жидкости в сутки.

В анамнезе эпидемический паротит, ветряная оспа, рецидивирующий фурункулез. Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски, сухие на коже лица, верхней части спины рубчики на местах бывших фурункулов.

Запах ацетона в выдыхаемом воздухе нет. В легких дыхание везикулярное. Пульс 78 в 1 мин., ритмичный. АД - 120/70 мм рт. ст. Границы сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, звучные. Язык суховат, обложен желтоватым налетом у корня. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не пальпируется.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз заболевания?

**Задача №2.** Больная А., 30 лет, страдает СД 1 типа с 7 лет. В течение последних 5 лет прогрессирующее ухудшение зрения. Диагностирована пролиферативная стадия диабетической ретинопатии. В течение последнего года отеки на стопах и голенях, головные боли, одышка при небольшой физической нагрузке. Объективно: состояние тяжелое, пониженного питания, отеки стоп, голеней, бедер, лица. Кожа сухая, слизистые нормальной влажности. Пульс 100 в мин., ритмичный, АД 180/120 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево, акцент II тона над аортой. В легких в нижних отделах влажные хрипы. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край ровный, болезненный. Общий анализ крови: - эритроциты –  $3,5 \cdot 10^{12}$ , Hb-110 г/л, лейкоциты –  $7,2 \cdot 10^9$ , СОЭ – 18 мм/ч, цв. п. – 0,93. Общий анализ мочи – плотность – 1011, белок – 3,7 г/л, лейкоциты – единичные. Суточная потеря белка – 7,5 г. Холестерин крови 9,1 ммоль/л, креатинин крови – 360 мкмоль/л, уровень глюкозы в капиллярной крови натощак 7,8 ммоль/л, в течение дня в пределах 7,8 – 10,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз заболевания?

## **Тема 86. Сахарный диабет 2-й тип.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Клинические формы, степени тяжести,
- Клиническая и лабораторная диагностика,
- Ангиопатия при сахарном диабете.

Тестовый контроль:

**Какой из сахароснижающих препаратов Вы порекомендуете больному инсулиннезависимым сахарным диабетом с сопутствующей патологией почек?**

- ~манинил;
- =глюренорм;
- ~хлорпропамид;
- ~диабетон;

**У полной женщины 45 лет случайно (при диспансерном обследовании) выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной:**

- ~сахарный диабет инсулинозависимый (первый тип);
- =сахарный диабет инсулинонезависимый (второй тип);
- ~сахарный диабет инсулинонезависимый (второй тип) инсулинопотребный;
- ~сахарный диабет второго типа типа у молодых (mody).

**Наиболее эффективным подходом к предотвращению сахарного диабета 2-го типа является:**

- ~медикаментозная профилактика;
- =контроль массы тела;
- ~здоровое питание;

~ежедневная физическая нагрузка.

**Больной 56 лет страдает инсулиннезависимым сахарным диабетом. Диабет компенсирован диетой и приемом глюкоренорма. Больному предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Какова тактика гипогликемизирующей терапии?**

~отмена глюкоренорма;

=назначение многокомпонентных препаратов инсулина;

~добавление преднизолона;

~назначение манинила.

**Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)?**

~усиление полиурии;

~кетацидоз;

=лактоацидоз;

~агранулоцитоз.

**У больного сахарный диабет второго типа 3 года. Около года регистрируются цифры АД выше 200/120 мм рт. ст., гипотензивный эффект антигипертензивных препаратов низкий. Уровень альбумина в моче 500 мг/сутки. Причины гипертензии?**

~хронический гломерулонефрит;

~хронический пиелонефрит;

=синдром Киммелстила-Вильсона;

~эссенциальная гипертензия.

**Больному с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение:**

~лозартана;

~дилтиазема;

~эналаприла малеата;

=атенолола.

**Больному с сахарным диабетом и гипертонической болезнью лечение следует начать с:**

~антагониста кальция;

~диуретика;

=ингибитора АПФ;

~альфа-адреноблокатора.

**Для категории больных с сахарным диабетом  $\geq 65$  лет рекомендуется целевой уровень АД (мм рт. ст.):**

~<130/75;

=<140/80;

~140/90;

~<140/90.

**У больного с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение:**

~дилтиазема;

=бисопролола;

~телмисартана;

~моксонидина.

**Эндокринная гипертензия с дефицитом гормональной продукции наблюдается при:**

=сахарном диабете;

~синдроме Кона;

~гиперпаратиреозе;

~болезни Иценко-Кушинга.

**Комплексом симптомов характерных для хронического панкреатита является:**

=похудание, боли в эпигастрии, поносы, сахарный диабет;

~боли в эпигастрии, запоры, потеря аппетита, похудание;

~потеря аппетита, метеоризм, поносы, лихорадка с ознобами;

~лихорадка с ознобами, запоры, метеоризм, сахарный диабет.

**При вторичном сахарном диабете, развившемся на фоне хронического панкреатита наблюдается:**

- =склонность к гипогликемии;
- ~потребность в высоких дозах инсулина;
- ~частое развитие сосудистых осложнений;
- ~частое развитие гиперосмолярной комы.

**Специфическое для сахарного диабета поражение почек носит название:**

- ~артериосклероз Менкеберга;
- ~синдром Мориака;
- ~синдром Сомоджи;
- =синдром Киммелстила-Уилсона .

**Противопоказанием к назначению ЛФК при сахарном диабете является:**

- ~наличие сахара в крови более 5,5 г/л;
- =наличие в моче ацетона;
- ~сопутствующее ожирение;
- ~полиурия.

**При выборе индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина следует учитывать:**

- =возраст пациента;
- ~длительность течения сахарного диабета;
- ~наличие сахарного диабета у родственников;
- ~характер сахароснижающей терапии.

**Репаглинид относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса:**

- ~бигуанидов;
- ~тиазолидиндионов;
- ~производных сульфонилмочевины;
- =производных бензойной кислоты.

**Противопоказанием к назначению ЛФК при сахарном диабете является:**

- ~сопутствующее ожирение;
- =наличие в моче ацетона;
- ~наличие сахара в крови более 5,5 г/л;
- ~полиурия.

**Метформин относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса:**

- =бигуанидов;
- ~ингибиторов дипептидилпептидазы-4;
- ~ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа;
- ~ингибиторов альфа-глюкозидаз.

**Пациенту с сахарным диабетом необходимо уменьшить дозу базального инсулина при высокой гликемии:**

- =натошак и гипогликемии в ночное время;
- ~перед сном и через 2 часа после приема пищи;
- ~натошак и в ночное время;
- ~препрандиальной.

**Препаратами выбора для лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа и неалкогольной жировой болезнью печени являются:**

- ~препараты инсулина;
- =ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4);
- ~производные сульфонилмочевины;
- ~глиниды.

**Гликированный гемоглобин обозначают:**

- ~HbO<sub>2</sub>;
- =HbA<sub>1c</sub>;
- ~Hb;
- ~HbF.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с сахарным диабетом 2-го типа.

- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с сахарным диабетом 2-го типа.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с сахарным диабетом 2-го типа.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов сахарного диабета 2-го типа.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики сахарного диабета 2-го типа с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная К. 45 лет на приеме у участкового терапевта предъявляет жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3-х литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчесов, учащенное мочеиспускание. Указанные жалобы появились и нарастали в течение года. В анамнезе: с 40 лет страдает гипертонией, принимала нерегулярно каптоприл при головных болях. Цифры АД – от 160/100 до 140/90 мм рт.ст. У кровных родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала повышенным АД, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта.

Было 3 беременности, роды 1 в 29 лет, вес ребенка при рождении 4,3 кг. Замужем, месячные регулярные, обильные.

Из перенесенных заболеваний - простудные, грипп, ангины в школьные годы.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчесы на спине, животе. Кожа пониженной влажности, цианоза нет. Рост 168 см., вес 85 кг., объем талии 96 см, объем бедер 110 см., складка на передней брюшной стенке 8 см. Тоны сердца ритмичные, приглушены, усилен 2 – ой тон во втором межреберье справа от грудины ЧСС 76 в мин. АД 156/94 справа и 154/92 слева на плечевой артерии. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 18 в мин. Живот увеличен за счет подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. На голених извиты поверхностные вены, пульсация на стопах сохранена.

Анализ крови: Эр.  $4,1 \times 10^{12}$ , Нв-120 г/л, Л- $5,4 \times 10^9$ , СОЭ-12 мм/час. Глюкоза крови натощак -7,7 ммоль/л., реакция мочи на ацетон отрицательная.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной М., 62 лет.

Жалобы на онемение и зябкость в дистальных отделах нижних конечностей, ухудшение зрения, памяти, небольшую жажду и обильное мочеиспускание.

Анамнез. В течение 5 лет отмечает вышеуказанные жалобы. Несколько лет у больного наблюдалась стенокардия напряжения, в возрасте 60 лет перенес трансмуральный инфаркт миокарда, во время которого отмечалась транзиторная гипергликемия. После выписки приступы стенокардии не возобновлялись, одышка при подъеме по лестнице. По поводу гипергликемии к эндокринологу не обращался. Неоднократно лечился у стоматолога по поводу парадонтоза.

Дядя больного страдает сахарным диабетом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания (рост 176 см, вес 98 кг). Кожные покровы обычной окраски и несколько суховаты. Ксантелазмы век. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье смещена влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (редкие экстрасистолы). Пульс 86 в 1 мин., ЧСС - 88 в 1 мин., АД - 145/90 мм рт. ст. Язык влажный, слегка обложен желтовато - белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Край ее

ровный, чувствительный. Стопы холодные на ощупь в сравнении с другими участками нижних конечностей. Отмечается ослабление пульса на артериях стоп. Отеков нет.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## **Тема 87. Тиреоидит (подострый и аутоиммунный)**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Клиника,
- Диагностика,
- Дифференциальная диагностика.
- Лабораторные и инструментальные методы исследования.
- Лечение,
- Прогноз,
- Реабилитация,
- МСЭ.

Тестовый контроль:

**С целью лечения манифестного гипотиреоза, развившегося в исходе аутоиммунного тиреоидита, показано назначение препаратов \_\_\_\_ в \_\_\_\_ дозе:**

- ~левотироксина; супрессивной;
- ~калия иодида; терапевтической;
- ~калия иодида; профилактической;
- =левотироксина; заместительной.

**Для лечения подострого тиреоидита может быть рекомендовано назначение:**

- ~аналогов соматостатина;
- ~препаратов йода;
- ~аналогов амилина;
- =глюкокортикоидов.

**В качестве заместительной терапии гипотиреоза при хронической аутоиммунном тиреоидите рекомендуется назначить**

- ~комбинацию левотироксина натрия с трийодтиронином;
- =левотироксин натрия;
- ~лиотиронин;
- ~трийодтиронин.

**В крови пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом часто выявляются**

- ~IgA-антитела к тканевой трансаминазе;
- =антитела к ТГ;
- ~антитела к рецепторам ТТГ;
- ~антитела к транспортеру цинка ZnT8.

**Деструкция клеток щитовидной железы при хроническом аутоиммунном тиреоидите развивается вследствие**

- =антителоопосредованной цитотоксичности;
- ~вирусного поражения;
- ~стимулирующего влияния антител к рецепторам ТТГ;
- ~токсического действия избытка тиреоидных гормонов.

**Диагностическими критериями хронического аутоиммунного тиреоидита являются**

- ~данные пункционной биопсии щитовидной железы;
- =носительство антител к ТПО;
- =субклинический или манифестный гипотиреоз;
- =ультразвуковые признаки аутоиммунного генеза.

**Дисфагия и дисфония при хроническом аутоиммунном тиреоидите могут быть обусловлены**

- =большими размерами щитовидной железы;
- ~избыточным действием тиреоидных гормонов;
- ~инфильтрацией патологического процесса в соседние структуры;
- ~недостаточным действием тиреоидных гормонов.

**Для диагностики хронического аутоиммунного тиреоидита целесообразно исследование таких лабораторных данных, как**

- =АТ-ТГ;
- =АТ-ТПО;
- =ТТГ;
- ~св. ТЗ.

**Для ультразвуковой картины хронического аутоиммунного тиреоидита характерно**

- ~диффузное повышение эхогенности;
- =диффузное снижение эхогенности;
- ~локальные анэхогенные участки;
- =неоднородность структуры ткани щитовидной железы.

**Клинические проявления гипотиреоза при хроническом аутоиммунном тиреоидите включают**

- ~боли в области шеи, усиливающиеся при пальпации щитовидной железы;
- =выпадение волос;
- =периорбитальные отеки;
- ~стремительное снижение массы тела.

**Наиболее часто в крови пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом выявляются антитела к**

- ~GAD;
- =ТПО;
- ~рецепторам ТТГ;
- ~тиреоглобулину.

**Основное лечение хронического аутоиммунного тиреоидита заключается в**

- ~назначении биологически активных добавок, содержащих селен и другие микроэлементы;
- =назначении заместительной терапии тиреоидными препаратами;
- ~проведении иммуносупрессивной терапии;
- ~хирургическом удалении щитовидной железы.

**При радиоизотопном сканировании щитовидной железы при хроническом аутоиммунном тиреоидите наблюдается**

- ~локальный участок повышенного накопления радиофармпрепарата;
- ~локальный участок резко сниженного захвата радиофармпрепарата;
- =неравномерное распределение изотопа;
- =снижение поглощения радиоактивного изотопа.

**Типичная гистологическая картина хронического аутоиммунного тиреоидита характеризуется**

- ~выявлением клеток злокачественной опухоли;
- ~образованием гигантских клеток (полинуклеарных макрофагов);
- =трансформацией фолликулярных клеток в клетки Гюртле;
- =формированием лимфоидных фолликулов.

**Хронический аутоиммунный тиреоидит характеризуется**

- ~диффузным увеличением объема функционирующей ткани щитовидной железы;
- =лимфоцитарной инфильтрацией щитовидной железы;
- ~образованием коллоидных узлов в результате йододефицита;
- ~острым деструктивным процессом в щитовидной железе.

**Хронический аутоиммунный тиреоидит характеризуется постепенным развитием**

- ~болевого синдрома в области шеи;
- ~коллоидных узлов;
- =первичного гипотиреоза;
- ~синдрома резистентности периферических тканей к тиреоидным гормонам;
- ~стойкого тиреотоксикоза.

**Хроническим аутоиммунным тиреоидитом чаще болеют**

- ~женщины 20-30 лет;
- =женщины 30-50 лет;

~мужчины 20-40 лет;

~подростки и дети.

**Продолжительность острого тиреоидита составляет:**

~4-6 месяцев

~1-2 месяца

~десятилетия

=5-7 дней

~1,5-2 года

**Подострый тиреоидит (тиреоидит де Карвена) могут вызвать:**

~стафилококки, стрептококки

=вирусы

~грибы

~простейшие

~риккетсии

**Наиболее часто при остром тиреоидите выявляют:**

=стафило- и стрептококки

~риккетсии

~вирусы

~грибы

~простейшие

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с тиреоидитом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с тиреоидитом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с тиреоидитом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов тиреоидита.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики тиреоидита с другими заболеваниями и (или) состояниями..
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная О., 40 лет.

Жалобы на интенсивные боли в области щитовидной железы irradiирующие в уши, нижнюю челюсть и задние отделы шеи, периодические боли при глотании и поворотов головы. Повышение температуры тела до 38 °С.

Из анамнеза: за 3 недели до вышеуказанных жалоб перенесла грипп. За неделю до вышеуказанных жалоб недомогание, потливость.

Объективно: щитовидная железа диффузно увеличена, плотна, болезненна при пальпации. Кожа над ЩЖ горячая на ощупь. Отмечается дрожание конечностей, нервозность.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная Р., 52 лет. Жалуется на «приливы», бессонницу, раздражительность, общую слабость, утомляемость, сонливость, головную боль, снижение памяти, периодическую боль в области сердца при ходьбе, зябкость. Appetит удовлетворительный. Отмечается склонность к запорам. Беспокоит значительное увеличение массы тела. Считает себя полной около 4 лет с периода прекращения менструаций. Не лечилась. Объективно. Рост-167 см, масса тела — 110 кг. Распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа сухая, лицо одутловатое, голени,



стопы, кисти рук пастозные. Отеки плотные, холодные. Волосы в подмышечных ямках, на лобке редкие. Наблюдается умеренное выпадение волос на голове, в области наружных частей бровей. Щитовидная железа не увеличена. Пульс-55 в 1 мин, ритмичный, АД-165/80 мм рт.ст.. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца значительно ослаблены, II тон над аортой с металлическим оттенком. Дыхание везикулярное, ослабленное. Органы брюшной полости без изменений.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови — гемоглобин — 95 г/л; анализ мочи без отклонений от нормы. Холестерин крови- 9 ммоль/л, натрий плазмы крови — 134 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, снижение вольтажа зубцов P, R, отрицательный зубец TV4-5. Гистологический анализ (в результаты пункционной биопсии щитовидной железы): лимфоидные элементы, плазматические клетки, эозинофильные клетки Гюртля-Ашкенази.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Прогноз.

## **Тема 88. Диффузный эутиреоидный зоб, узловой зоб**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Патогенез,
- Этиология,
- Классификация,
- Клинические формы и стадии.
- Диагноз и дифференциальный диагноз.
- Лабораторная и инструментальная диагностика.
- Осложнения.

Тестовый контроль:

**Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как:**

- ~узловой зоб;
- =эндемический зоб;
- ~спорадический зоб;
- ~струмит де Кервена.

**Ошибочное назначение эль-тироксина (без показаний) прежде всего вызывает:**

- =тиреотоксикоз;
- ~брадикардию;
- ~бесплодие;
- ~электролитные сдвиги.

**Холодный узел в щитовидной железе-это:**

- ~узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп;
- ~узел, который поглощает радиоактивный изотоп так же, как и окружающая ткань;
- ~эктопированная ткань щитовидной железы;
- =узел, который не поглощает изотоп.

**Больную с диффузным токсическим зобом средней тяжести лечат мерказолилом 10 мг х 3, обзиданом 20 мг х3, фенозепамом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, но развилась выраженная лейкопения. Причина лейкопении:**

- ~высокая доза обзидана;
- =применение мерказолила;
- ~дальнейшее прогрессирование заболевания;
- ~ни одна из указанных причин.

**У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место?**

- ~гипотиреоз;
- ~травма гортанных нервов;
- =гипопаратиреоз;

~остаточные явления тиреотоксикоза.

**Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются:**

= снижение массы тела;

~повышенная раздражительность;

~сонливость;

~запоры;

~стойкая тахикардия.

**Сцинтиграфия служит основным способом выявления:**

~подострого тиреоидита;

~зоба Хашимото;

~диффузного токсического зоба;

~рака щитовидной железы;

= токсической аденомы щитовидной железы.

**Тиреотоксический синдром может встречаться:**

= при диффузном токсическом зобе;

= при зобе Хашимото;

= при подостром тиреоидите;

~при первичной атрофии щитовидной железы;

~при ТТГ-секретирующей опухоли гипофиза.

**Каким будет Ваше заключение при обнаружении у пациента с помощью УЗИ щитовидной железы гипоехогенной структуры в левой доле диаметром 2 мм (объем щитовидной железы и уровни тироидных гормонов в норме):**

=практически здоров;

~эндемический зоб;

~узловой эутиреоидный зоб;

~зоб II;

~солитарный узел левой доли щитовидной железы (показана пункционная биопсия узлового образования).

**Больная 58 лет жалуется на приступы сердцебиения, потливость, сухость кожных покровов, ломкость ногтей, снижение памяти и слабость. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся выкидышами. Страдает поливалентной аллергией.**

**При пальпации щитовидной железы: пальпируются обе доли, размер больше дистальной фаланги, в правой доле определяется нечетко очерченное узловое образование 1,5x1,3 см. Остальная ткань железы плотная, объем железы 28 см<sup>3</sup>. Проведена тонкоигольная пункционная биопсия, в препарате нет атипичных клеток, имеется выраженная лимфоцитарная инфильтрация, клетки Ашкенази–Гюртля. Поставьте диагноз.**

~аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма;

~тиреотоксическая аденома;

~узловой нетоксический зоб;

~аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма;

=узловой токсический зоб.

**1 степень увеличения щитовидной железы по степени увеличения методом пальпации ВОЗ (2001 г) соответствует следующим признакам**

=зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи;

~зоб четко виден при нормальном положении шеи;

~зоба нет (объем каждой доли не превышает объема дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого);

=наличие узловых образований, не приводящих к увеличению самой железы.

**II категория по Международной цитологической классификации (Bethesda Thyroid Classification, 2009) характеризуется наличием**

~атипии неопределенного значения;

=доброкачественного образования;

~подозрения на злокачественную опухоль;

~фолликулярной неоплазии.

**III категория по Международной цитологической классификации (Bethesda Thyroid Classification, 2009) характеризуется наличием**

- =атипии неопределенного значения;
- ~доброкачественного образования;
- ~подозрения на злокачественную опухоль;
- ~фолликулярной неоплазии.

**IV категория по Международной цитологической классификации (Bethesda Thyroid Classification, 2009) характеризуется наличием**

- ~атипии неопределенного значения;
- ~доброкачественного образования;
- ~подозрения на злокачественную опухоль;
- =фолликулярной неоплазии.

**Выделяют следующие подозрительные ультразвуковые признаки, которые оценивают только в солидных узлах или в солидных участках узлов**

- =гипоэхогенная солидная структура;
- ~значительное снижение васкуляризации;
- =неровный, нечеткий или полициклический контур;
- =преобладание высоты узла над шириной;
- =точечные гиперэхогенные включения (микрокальцинаты).

**Высокие дозы йода**

- =ингибируют поглощение йода, его органификацию;
- ~повышают синтез и секрецию тиреоидных гормонов;
- =снижают поглощение глюкозы и аминокислот;
- =снижают синтез и секрецию тиреоидных гормонов.

**Группу повышенного риска развития йододефицитных заболеваний составляют**

- =беременные;
- =дети до 2 лет;
- =кормящие;
- ~пожилые.

**Диффузный эндемический зоб и узловой коллоидный зоб входят в спектр**

- ~аутоиммунных заболеваний;
- ~гастроэнтерологических заболеваний;
- ~инфекционных заболеваний;
- =йододефицитных заболеваний.

**Для большинства пациентов с узловым коллоидным зобом при отсутствии нарушения функции ЩЖ, косметического дефекта и синдрома сдавления рекомендуется динамическое наблюдение**

- =контроль УЗИ щитовидной железы 1 раз в 12 месяцев или реже;
- ~контроль УЗИ щитовидной железы 1 раз в 3 месяца;
- =определение ТТГ 1 раз в 12 месяцев;
- ~определение ТТГ ежемесячно.

**Йод для щитовидной железы**

- =регулирует рост щитовидной железы;
- =регулирует функцию щитовидной железы;
- =служит субстратом для синтеза тиреоидных гормонов;
- ~способствует фиброзу ткани железы.

**Клиническое (физикальное) обследование пациента с узловым зобом должно включать**

- =медицинский анамнез вмешательств на ЩЖ;
- =предшествующее облучение области головы и шеи;
- ~прием лекарственных витаминных препаратов в настоящий период;
- =семейный анамнез, включая наличие узлового зоба и медуллярного рака у родственников.

**Клиническое (физикальное) обследование пациента с узловым зобом должно включать оценку**

- =местных признаков (изменение голоса, дисфагия, паралич голосовой связки и др.);
- ~носового дыхания;
- =признаков нарушения функции щитовидной железы;
- =прживания в условиях йодного дефицита.

**Оптимальная лечебная тактика у пациента с Bethesda IV (в соответствии с классификацией)**

~необходимо динамическое наблюдение;

~рекомендуется гемитиреоидэктомия;

~рекомендуется повторная ТАБ;

=целесообразно выполнение тиреоидэктомии.

**Основными задачами УЗИ при узловом зобе являются**

=навигационный контроль за ее проведением ТАБ;

=определение показаний к ТАБ;

~оценка эффекта от проводимой терапии;

~скрининг.

**При большом зобе и/или его загрудинном расположении для оценки синдрома компрессии трахеи рекомендовано проведение**

~МРТ;

=компьютерной томографии (шеи и верхнего средостения);

~рентгенографии органов шеи с контрастированием пищевода.

**При выявлении у пациента узлового образования ЩЖ на первичном этапе диагностики рекомендовано определение**

~антител к ЩЖ;

=базального уровня тиреотропного гормона (ТТГ);

=кальцитонина крови;

~уровня тиреоглобулина.

**При выявлении у пациента узлового образования ЩЖ рекомендовано определение**

=базального уровня тиреотропного гормона (ТТГ);

~гемоглобина;

=кальцитонина крови;

~уровня глюкозы крови.

**При обнаружении повышенного уровня ТТГ у пациента с узловым образованием дополнительно проводится определение уровня**

~глюкозы крови;

~кальцитонина крови;

~свободного Т3;

=свободного Т4.

**При обнаружении сниженного уровня ТТГ у пациента с узловым образованием дополнительно проводится определение уровня**

~кальцитонина крови;

=свободного Т3;

=свободного Т4;

~уровня глюкозы крови.

**Рекомендуемые нормативы потребления йода, разработанные ВОЗ для беременных и кормящих женщин, составляют**

~120 мкг в сутки;

~150 мкг в сутки;

=250 мкг в сутки;

~90 мкг в сутки.

**Рекомендуемые нормативы потребления йода, разработанные ВОЗ для подростков и взрослых, составляют**

~120 мкг в сутки;

=150 мкг в сутки;

~250 мкг в сутки;

~90 мкг в сутки.

**Рекомендуемые нормативы потребления йода, разработанные ВОЗ, зависят от**

~веса пациента;

=возраста;

~пола;

=физиологических особенностей.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с диффузным эутиреоидным зобом, узловым зобом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с диффузным эутиреоидным зобом, узловым зобом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с диффузным эутиреоидным зобом, узловым зобом.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов диффузного эутиреоидного зоба, узлового зоба.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики диффузного эутиреоидного зоба, узлового зоба с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная Н., 23 года.

Жалобы на периодически возникающее ощущение «кома в горле». При физикальном обследовании выявлено увеличение ЩЖ II степени при отсутствии симптомов нарушения её функции. Были проведены дополнительные методы исследования: УЗИ щитовидной железы – объём 22,3 см<sup>3</sup>, эхогенность средняя, эхоструктура однородная.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная М., 67 лет. Обратилась с жалобами на дискомфорт в области шеи головную боль. Наследственность не отягощена. При осмотре: нормостенического типа, пониженного питания. Гипергидроз. АД 180/100 мм рт. ст. Шея не изменена, определялось узловое образование в левой доле щитовидной железы, плотное, безболезненное.

УЗИ щитовидной железы: узловое образование левой доли щитовидной железы размерами 2,5x1,5см, без четкой капсулы, неоднородной структуры, пониженной эхогенности, с единичным кальцинатом.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

### **Тема 89. Рак щитовидной железы**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Патогенез,
- Этиология,
- Клиника,
- Диагностика и дифференциальная диагностика.

#### Тестовый контроль:

**V категория по Международной цитологической классификации (Bethesda Thyroid Classification, 2009) характеризуется наличием**

- ~атипии неопределенного значения;
- ~доброкачественного образования;
- =подозрения на злокачественную опухоль;
- ~фолликулярной неоплазии.

**Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:**

- ~сцинтиграфия щитовидной железы;
- ~пальпаторное исследование;
- ~ультразвуковое исследование щитовидной железы;
- ~компьютерная томография щитовидной железы;
- =тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы.

**Для ранней диагностики агрессивных форм рака щитовидной железы необходимо проведение**

- =генетических исследований в семьях, отягощенных по наличию медуллярного рака щитовидной железы;
- =мониторинга для пациентов с облучением головы и шеи в анамнезе;
- ~мониторинга для пациентов, проживающих на территориях с йодным дефицитом.

**Наиболее специфичными признаками, позволяющими заподозрить метастатическое поражение лимфоузла, являются**

- ~атипичное расположение;
- =кистозный компонент;
- =микрокальцинаты;
- =периферическая васкуляризация;
- =сходство ткани лимфоузла с тканью ЩЖ.

**Показания к оперативному лечению при доброкачественном заключении ТАБ (Bethesda II - доброкачественное образование вероятность злокачественности)**

- ~в обязательном порядке при наличии узлового образования;
- =косметический дефект, снижающий качество жизни;
- =синдром компрессии трахеи, установленный на основании КТ;
- ~функциональная автономия с манифестным или субклиническим тиреотоксикозом при невозможности лечения радиоактивным йодом.

**Показания к проведению тонкоигольной аспирационной (пункционной) биопсии**

- ~дисгормональные изменения щитовидной железы;
- ~диффузные изменения щитовидной железы при УЗИ;
- =узловые образования ЩЖ, равные или превышающие 1 см в диаметре;
- =узловые образования менее 1 см, если пациент относится к группе риска наличия агрессивных форм РЩЖ.

**Факторы риска для пациентов, относящихся к группе возможного образования агрессивных форм РЩЖ**

- =наличие увеличенных регионарных лимфоузлов;
- =облучение головы и шеи в анамнезе;
- ~отягощенный аллергоанамнез;
- =семейный анамнез МРЩЖ;
- =уровень базального или стимулированного кальцитонина более 100 пг/мл.

**Факторы риска для пациентов, относящихся к группе возможного образования агрессивных форм РЩЖ**

- =возраст пациентов моложе 20 лет;
- =паралич голосовой складки;
- ~пожилой возраст пациента;
- =при изменении ультразвуковой структуры доброкачественных узлов ЩЖ (в процессе динамического наблюдения) или при появлении увеличенных или измененных шейных лимфоузлов;
- =узловые образования ЩЖ, случайно выявленные при ПЭТ.

**VI категория по международной цитологической классификации пунктатов из узловых образований щитовидной железы включает**

- ~атипию неопределенного значения;
- =низкодифференцированный рак;
- =папиллярный рак;
- ~фолликулярную неоплазию.

**В большинстве случаев дифференцированный рак щитовидной железы выявляют при обследовании пациентов по поводу**

- ~гастрита;
- ~грыжи пищевода;

~стоматита;  
=узлового зоба.

**Всем пациентам с подозрением на рак щитовидной железы в качестве основного метода дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений щитовидной железы и лимфатических узлов рекомендуется**

~компьютерная томография;  
~лапароскопия;  
~резекция щитовидной железы;  
=тонкоигольная аспирационная биопсия.

**Диагностическая точность тонкоигольной аспирационной биопсии из лимфатических узлов при наличии образования щитовидной железы повышается при исследовании**

=смыва из иглы на ТГ;  
=смыва из иглы на кальцитонин;  
~смыва из иглы на наличие крови;  
~смыва из иглы на стафилококк.

**Дифференцированный рака щитовидной железы — это**

~доброкачественная опухоль из железистых клеток щитовидной железы, сохраняющих присущие им признаки дифференцировки;  
~злокачественная опухоль из недифференцированных клеток щитовидной железы;  
~злокачественная опухоль из высокодифференцированных клеток щитовидной железы;  
=злокачественная опухоль из фолликулярных клеток щитовидной железы, сохраняющих присущие им признаки дифференцировки.

**К гистологическому типу рака щитовидной железы относится**

=гюртлеклеточный;  
~инфильтративный базальноклеточный;  
~мелкоклеточный;  
~мукоэпидермоидный.

**К группе низкого риска при раке щитовидной железы относится**

~апластический рак щитовидной железы;  
=папиллярный рак щитовидной железы;  
~узловой рак щитовидной железы;  
~фолликулярный рак щитовидной железы.

**К дифференцированному раку щитовидной железы относятся опухоли следующих гистологических типов**

=гюртлеклеточный;  
~недифференцированный;  
=папиллярный;  
~плоскоклеточный.

**К факторам риска развития рака щитовидной железы относятся**

=воздействие ионизирующего излучения;  
~воздействие электрического тока;  
=наследственные синдромы (Гарднера, Каудена, множественной эндокринной неоплазии 2А и 2В типа и др.);  
~употребление нестероидных противовоспалительных средств.

**К факторам риска развития рака щитовидной железы относятся**

=воздействие ионизирующего излучения;  
=мутации генов BRAF, PTEN, APC, DICER1, MNG, NRAS, KRAS, TERT;  
~табакокурение;  
~употребление пищи, богатой углеводами.

**К хирургическим вмешательствам при раке щитовидной железы относятся**

=гемитиреоидэктомия;  
~лобэктомия;  
~пластика органа;  
=тиреоидэктомия.

**Количество гистологических типов рака щитовидной железы соответствует**

~11;  
~23;

=6;  
~73.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с раком щитовидной железы.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с раком щитовидной железы.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с раком щитовидной железы.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов рака щитовидной железы.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики рака щитовидной железы с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.
- ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** У больного В., 51 года, 5 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 1,3х2 см в левой доле щитовидной железы. Все годы образование не причиняло ему беспокойства. За последние 3 месяца образование увеличилось вдвое. Больной отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной Р., 63 лет, поступил в больницу с жалобами на охриплость голоса, затруднение при глотании, наличие опухоли на передней поверхности шеи, боли в области правой плечевой кости. Объективно: температура тела в норме, пульс 80 ударов в 1 минуту, АД 145/80 мм рт ст, в легких - везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Локальный статус: в ткани щитовидной железы в области правой и левой долей определяются два образования плотные с бугристой поверхностью, ограниченные в смещении, безболезненные, размером по 2см. В обеих надключичных областях определяются увеличенные до 1,5 см плотные, мало подвижные, безболезненные лимфоузлы.

УЗИ щитовидной железы – в обеих долях щитовидной железы два гипэхогенных опухолевых узла диаметром по 2см, с гетерогенной структурой, неровными и нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Тема 90. Гипопаратиреоз, гиперпаратиреоз.**

Собеседование по контрольным вопросам:

-Этиология  
-Патогенез



-Клиника,  
-Диагностика,  
-Дифференциальная диагностика.  
-Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с гипопаратиреозом, гиперпаратиреозом.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с гипопаратиреозом, гиперпаратиреозом.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента. с гипопаратиреозом, гиперпаратиреозом
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов гипопаратиреоза, гиперпаратиреоза. Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики гипопаратиреоза, гиперпаратиреоза с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной Н., поступил в клинику с приступом тонических судорог. Судорожное сокращение мышц отмечается преимущественно в сгибательных группах мышц. В анамнезе 2 месяца назад оперативное лечение диффузного токсического зоба.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная У., 52 года, болеет несколько лет. Жалуется на боли в костях, особенно при движении. За последний год было 3 перелома костей верхних конечностей, при рентгенологическом обследовании – остеопороз костного скелета, наличие небольших кист в бедренной и берцовой костях. Суточный диурез повышен, отмечается гематурия, которая сопровождается приступами почечной колики. Уровень кальция в крови повышен, фосфора – снижен.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Тема 91. Гормонально-активные аденомы гипофиза (болезнь Иценко-Кушинга, акромегалия, пролактинома)**

Собеседование по контрольным вопросам:

-Клиника,  
-Диагностика,  
-Дифференциальная диагностика.  
-Лабораторные и инструментальные методы исследования.  
-Лечение,  
-Прогноз,  
-Реабилитация,  
-МСЭ.

### Тестовый контроль:

**Основным звеном патогенеза болезни Иценко-Кушинга является:**

- ~развитие макроаденом гипофиза с повышением секреции АКТГ;
- ~катаболическое действие кортикостероидов;
- ~развитие выраженных электролитных нарушений;
- =понижение чувствительности гипоталамо-гипофизарной системы к кортикостероидам (нарушение в системе "обратной связи").

**Ведущая причина, имеющая значение в генезе стероидной миопатии у больных болезнью Иценко-Кушинга:**

- ~гиперандрогения;
- =гиперкортицизм и гиперкальциемия;
- ~гиперсекреция АКТГ;
- ~гиперальдостеронизм.

**Причина развития "стероидного диабета" у больных болезнью Иценко-Кушинга:**

- ~снижение полиолового пути утилизации глюкозы;
- ~активация глюкозы;
- ~стимуляция липолиза;
- =активация глюконеогенеза.

**Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики:**

- ~ожирения и болезни Кушинга;
- ~нормы и синдрома Кушинга;
- ~ожирения и гипоталамического синдрома;
- =болезни и синдрома Кушинга.

**При медикаментозном лечении акромегалии применяют:**

- =селективные аналоги соматостатина;
- ~дофамин;
- ~соматостатин;
- ~антагонисты дофамина.

**Беременность при болезни Иценко-Кушинга сопряжена с такими осложнениями, как:**

- =внутриутробная задержка развития плода;
- =перинатальная смерть;
- =преждевременные роды;
- ~развитие аутоиммунного тиреоидита;
- =спонтанный аборт.

**Беременность у пациенток с болезнью Иценко-Кушинга часто протекает с развитием:**

- =гипергликемии;
- =гипертензии;
- ~гиперфункции щитовидной железы;
- ~гипотензии;
- =низкотравматических переломов;
- =преэклампсии.

**Болезнь Иценко-Кушинга характеризуется:**

- =гиперпродукцией адренокортикотропного гормона опухолью гипофиза;+
- ~гиперпродукцией тиреотропного гормона опухолью щитовидной железы;
- ~гипопродукцией соматотропного гормона;
- ~хронической инсулиновой недостаточностью вследствие поражения клеток Лангерганса.

**Вторичная профилактика развития болезни Иценко-Кушинга заключается в:**

- =максимально радикальном удалении аденомы гипофиза;
- ~применении АКТГ;
- ~проведении озонотерапии;
- ~системном применении антибиотиков.

**Возможно ли проведение оперативного лечения пролактиномы во время беременности?**

- ~возможно, в первом триместре беременности;
- ~возможно, в третьем триместре беременности;
- =возможно, во втором триместре беременности;
- ~нет, невозможно.

**Выберите заключения, характеризующие макропролактиномы**

- =выходят за границы турецкого седла;
- =имеют размер более 1 см;
- =могут вызывать зрительные нарушения;
- ~растут только интраселлярно;
- ~часто вырастают до гигантских размеров.

**Выберите заключения, характеризующие микропролактиному**

- ~имеют размер более 1 см;
- =имеют размер менее 1 см;
- ~могут вызывать зрительные нарушения;
- =практически не подвержены продолжающемуся росту;
- ~часто продолжают расти супраселлярно.

**Выберите причины физиологического повышения пролактина**

- =беременность;
- =занятия спортом;
- =лактация;
- ~прием пищи;
- =сон.

**Выберите утверждения характерные для пролактиномы**

- =для лечения пролактиномы успешно применяется медикаментозная терапия агонистами дофамина;
- ~микропролактиномы часто увеличиваются в размере и становятся макроаденомами;
- ~основной метод лечения пролактиномы – трансфеноидальная аденомэктомия;
- =пролактинома – самая часто встречаемая опухоль гипофиза;
- ~пролактиномы часто бывают злокачественными.

**Какие побочные эффекты могут возникать наиболее часто при приеме агонистов дофамина?**

- =головокружения;
- ~повышение артериального давления;
- =тошнота;
- ~увеличение массы тела.

**Каковы клинические проявления гиперпролактинемии?**

- =бесплодие;
- =галакторея;
- ~гипергликемия;
- =нарушения менструального цикла;
- ~тремор рук.

**Каковы клинические проявления гиперпролактинемии?**

- =нарушения менструального цикла;
- ~пастозность голеней;
- ~сухость кожи;
- ~увеличение артериального давления;
- =увеличение веса.

**Ведущая причина смертности пациентов с акромегалией**

- ~заболевания органов дыхания;
- ~онкологические заболевания;
- ~сахарный диабет;
- =сердечно-сосудистая патология;
- ~цереброваскулярные заболевания

**Для терапии агонистами дофамина при акромегалии верно утверждение**

- ~терапия агонистами дофамина не применяется при акромегалии;
- ~терапия бромкриптином – препарат выбора при выявлении у пациентов с акромегалией гиперпролактинемии;
- ~терапия каберголином неэффективна при незначительном повышении уровня ифр-1;
- ~терапия каберголином это самый эффективный метод лечения акромегалии;
- =терапия каберголином эффективна при комбинации с аналогами соматостатина в случае резистентности к последним.

### **К клиническим проявлениям акромегалии со стороны костной системы относят**

- ~Acantosis nigricans;
- ~макроглоссию;
- ~максиллит;
- ~миопатию;
- =прогнатизм.

### **К неврологическим проявлениям акромегалии относятся**

- ~гирсутизм;
- ~диастема;
- ~лакторея;
- =синдром запястного канала;
- ~храп.

### **Метод выбора в медикаментозном лечении акромегалии**

- ~комбинированная терапия аналогами соматостатина и каберголином;
- ~терапия агонистами дофамина;
- =терапия аналогами соматостатина;
- ~терапия пасиреотидом;
- ~терапия пэгвисомантом.

### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с гормонально-активной аденомой гипофиза.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с гормонально-активной аденомой гипофиза.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с гормонально-активной аденомой гипофиза.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов с гормонально-активных аденом гипофиза.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики гормонально-активных аденом гипофиза с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная А., 45 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головную боль, боли в спине и конечностях, нарушение менструального цикла, рост волос на лице и нижних конечностях, жажду, полиурию, сонливость, апатию, плохую сообразительность.

Заболевание развивалось постепенно в течение трех последних лет. Начало его связывает с перенесенной психической травмой (смерть мужа). За период болезни отмечает значительное повышение веса, поправилась на 12 кг. Периодически повышалось АД до 180/100 мм. рт.ст. Гипотензивную терапию получала нерегулярно.

В анамнезе частые простудные заболевания, очаговая пневмония, в последнее время рецидивирующий фурункулез. Наследственность не отягощена. Имеет двоих детей (вес при рождении 3,6 и 4 кг). Последние два года менструации нерегулярные, длительность кровотечений уменьшилась.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания (рост 160 см, вес 91 кг). Лицо лунообразное, багово-красное. На коже спины единичные фурункулы. Кожа сухая шелушащаяся. Жировая клетчатка избыточно развита па груди, животе, шее. Конечности тонкие. На животе, молочных железах сине баговые полосы растяжения. Рост пушковых волос на лице, гирсутизм нижних конечностей. В легких дыхание везикулярное ослабленное. Пульс 70 в 1 мин., ритмичный. АД – 180/95 мм рт. ст. Границы сердечной тупости в V межреберье смещены влево на 1 см от срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тони сердца ослаблены, акцент II тона на аорте умеренно выражен. Язык красный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенку пальпировать не удается.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз заболевания?

**Задача №2.** Больной М., 32 лет, предъявляет жалобы на головную боль, ухудшение зрения, памяти, утомляемость мышц проксимальных отделов рук, боль, а иногда и болезненные судороги в мышцах, изменение внешнего вида, голоса. Отмечает увеличение размеров стоп, кистей (на два размера в течение трех лет).

Заболевание развилось постепенно, на изменение лица больного сначала обратили внимание родственники.

Из перенесенных: заболеваний отмечает корь, грипп, контузию во время службы в армии. Мать больного болела заболеванием щитовидной железы (точно указать не может).

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 188 см, вес 94 кг. Кожа утолщена с грубыми складками влажная, сальная, пористая. Мышцы гипертрофированы, плотные и болезненные при пальпации. Увеличение крыльев носа, утолщение и выступание вперед надбровных дуг, нижней челюсти, редкие зубы, изменение прикуса. Грудная клетка бочкообразная, межреберные промежутки расширены. Грудина, ключицы, ребра утолщены. Правосторонний сколиоз позвоночника. Дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный, АД - 180/100 ммрт.ст. Левая граница сердечной тупости смещена на 1,5 см в V межреберье, остальные в норме. Тоны сердца отчетливые, акцент II тона на аорте. Язык увеличен, обычной окраски, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, консистенция мягкая.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз заболевания?

**Задача №3.** Больная К., 39 лет. Обратилась к участковому врачу с жалобами на галакторею.

Из анамнеза: выяснено что в период стрессовых ситуаций наблюдается нарушение менструального цикла.

Объективно: Гипертрихоз, акне, себорея волосистой части головы, поредение волос на голове.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз заболевания?

## **Тема 92. Заболевания надпочечников**

### Собеседование по контрольным вопросам:

-Этиология

-Патогенез

-Клиника

-Диагностика, дифференциальная диагностика.

-Лабораторные и инструментальные методы исследования.

### Тестовый контроль:

**Двусторонняя гиперплазия коры надпочечников вызывается:**

=повышенной секрецией АКТГ;

~повышенной секрецией кортиколиберина;

~пониженной секрецией АКТГ;

~повышенной секрецией ТТГ.

**Действие глюкокортикоидов:**

~усиление реабсорбции калия в дистальных канальцах;

=противовоспалительное;  
~катаболическое;  
~увеличение утилизации глюкозы периферическими тканями.

**Глюкостерома – гормонально активная опухоль коры надпочечника, в основном продуцирующая:**

~андрогены  
~альдостерон  
~эстрогены  
=глюкокортикоиды  
~адреналин

**Андростерома – гормонально-активная опухоль коры надпочечников, продуцирующая в основном:**

=андрогены  
~эстрогены  
~альдостерон  
~глюкокортикоиды  
~адреналин

**Терапия феохромоцитомы заключается в:**

~консервативном лечении кризов  
~лучевой терапии  
~химиотерапии  
=оперативном удалении опухоли  
~наблюдении

**Феохромоцитома - гормонально-активная опухоль, продуцирующая:**

=адреналин, норадреналин и дофамин  
~эстрон и в-эстрадиол  
~кортизол и кортизон  
~альдостерон и 17-ОКС  
~андростерон и тестостерон

**Повышение уровня артериального давления у больных с феохромоцитомой в отличие пациентов с гипертензивной болезнью купируется:**

~b-блокаторами  
~нитратами  
~ингибиторами АПФ  
=а-адреноблокаторами  
~блокаторами кальциевых каналов

**Криз при феохромоцитоме характеризуется:**

=возбуждением, беспричинным страхом, гипертермией, бледностью кожных покровов  
~ступором, гипотермией, гипотензией  
~гипертермией, эйфорией, гиперемией  
~сопором  
~возбуждением, гипертермией, гиперемией, гиперактивностью, тремором

**Кортикоэстрома – опухоль коры надпочечников, продуцирующая в основном:**

~андрогены  
=эстрогены  
~альдостерон  
~глюкокортикоиды  
~адреналин

**Аддисонический криз проявляется:**

~резкой дегидратацией, коллапсом, острой сердечно-сосудистой недостаточностью,  
=нарушением функции почек, гипотермией  
~отеками, сердечной недостаточностью  
~гипергликемией  
~гипертонией, нарушением функций почек, отеками  
~возбуждением, гипертермией, гипертензией

**Для вторичного альдостеронизма в отличие от первичного характерно:**

~гипертония.

=генерализованные отеки.

~протеинурия, щелочная реакция мочи, полиурия, полидипсия.

=гипонатриурия, повышенная экскреция альдостерона с мочой.

~ЭКГ изменения – удлинение интервала Q-T, появление зубца U, сегмент S-T ниже изолинии.

**Развитию генерализованных отеков при вторичном альдостеронизме способствуют:**

=повышение активности ренин-ангиотензиновой системы.

=повышение в крови уровня антидиуретического гормона.

=повышение проницаемости капилляров.

~склероз почечных артериол.

~никтурия.

**Для верификации альдостерома используется следующая диагностическая проба:**

~проба с АКТГ, водная проба Робинсона-Пауэра-Кеплера

=проба с дексаметазоном или преднизолоном с определением суточной экскреции 17-КС

~гистаминовая проба, определение в крови и моче содержания катехоламинов

~проба с дексаметазоном или преднизолоном, определение содержания АКТГ и тестостерона

~проба со спиронолактоном, определение суточной экскреции 17-ОКС и 17-КС и альдостерона.

**Для верификации феохромоцитомы используется следующая диагностическая проба:**

~проба с АКТГ, водная проба Робинсона-Пауэра-Кеплера

~проба с дексаметазоном или преднизолоном с определением суточной экскреции 17-КС

= гистаминовая проба, определение в крови и моче содержания катехоламинов

~проба с дексаметазоном или преднизолоном, определение содержания АКТГ и тестостерона

~проба со спиронолактоном, определение суточной экскреции 17-ОКС и 17-КС и альдостерона.

**Для верификации болезни Аддисона используется следующая диагностическая проба:**

= проба с АКТГ, водная проба Робинсона-Пауэра-Кеплера

~проба с дексаметазоном или преднизолоном с определением суточной экскреции 17-КС

~гистаминовая проба, определение в крови и моче содержания катехоламинов

~проба с дексаметазоном или преднизолоном, определение содержания АКТГ и тестостерона

~проба со спиронолактоном, определение суточной экскреции 17-ОКС и 17-КС и альдостерона

**Для верификации синдрома Кона используется следующая диагностическая проба:**

~проба с АКТГ, водная проба Робинсона-Пауэра-Кеплера

~проба с дексаметазоном или преднизолоном с определением суточной экскреции 17-КС

~гистаминовая проба, определение в крови и моче содержания катехоламинов

~проба с дексаметазоном или преднизолоном, определение содержания АКТГ и тестостерона

= проба со спиронолактоном, определение суточной экскреции 17-ОКС и 17-КС и альдостерона.

**Для верификации андростеромы используется следующая диагностическая проба:**

~проба с АКТГ, водная проба Робинсона-Пауэра-Кеплера

~проба с дексаметазоном или преднизолоном с определением суточной экскреции 17-КС

~гистаминовая проба, определение в крови и моче содержания катехоламинов

=проба с дексаметазоном или преднизолоном, определение содержания АКТГ и тестостерона

~проба со спиронолактоном, определение суточной экскреции 17-ОКС и 17-КС и альдостерона.

**Терапия легкой формы первичной надпочечниковой недостаточности заключается в назначении:**

=диеты с достаточным содержанием белков, жиров и углеводов, а также солей натрия, витаминов, особенно С и В и обедненную солями калия.

=введение хлорида натрия до 10 мг.

=аскорбиновой кислоты.

~диеты с достаточным содержанием белков, жиров и углеводов, а также солей натрия, витаминов, особенно С и В и обогащенную солями калия.

~кортизон.

**Проявлениями болезни Аддисона являются:**

=гиперпигментация кожи.

=боли в животе (Аддисонические желудочно-кишечные кризы).

=гипотония.

~гипертония

~кардиалгии.

**Для первичного альдостеронизма в отличие от вторичного характерно:**

=гипертония.

=протеинурия, щелочная реакция мочи, полиурия, полидипсия.  
=ЭКГ изменения – удлинение интервала Q-T, появление зубца U, сегмент S-T ниже изолинии.  
~генерализованные отеки.  
~гипонатриурия, повышенная экскреция альдостерона с мочой.

**Для верификации феохромоцитомы используется определение:**

=содержания винил-миндальной кислоты в моче.  
=содержание адреналина в суточной моче.  
~содержание норадреналина в суточной моче.  
~содержание альдостерона.  
~содержание кортизола.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с заболеваниями надпочечников.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с заболеваниями надпочечников.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с заболеваниями надпочечников.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний надпочечников.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики заболеваний надпочечников с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Врач общей практики вызван к пациенту на дом. Пациента М., 32 лет беспокоит выраженная общая слабость, быстрая утомляемость, мышечная слабость, потеря массы тела на 10 кг за последние 2 месяца, снижение аппетита, головокружения, склонность к обморочным состояниям. В анамнезе. В возрасте 25 лет перенес очаговый туберкулез легких, лечился у фтизиатра, снят с учета 1 год назад. Отмечает частые ОРВИ. Курит по 10 сигарет в день, употребляет пиво по 1 литру в неделю. Женат, имеет ребенка. Работает водителем трамвая.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести, обусловлено астенизацией. Больной находится в постели, лежит с закрытыми глазами. На вопросы отвечает односложно. Рост 170 см, вес 60 кг. Кожные покровы бледные с бронзовым оттенком, сухие, тургор снижен. Гиперпигментация вокруг губ, на слизистых щек, на передней поверхности шеи и подмышечных областях. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 в минуту. АД 85/50 мм рт.ст. Живот мягкий, не болезненный. Отеков нет.

Гликемия – 3,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная К., 27 лет.

Жалобы на головные боли, слабость, повышение веса тела.

Больна 2 года после вызванного искусственно Аборта.

При осмотре: рост 164 см, вес 95кг. Избыточное отложение жира, главным образом в области живота и затылка. Лицо круглое, лунообразное, с красными щеками. На животе и бедрах полосы багрово-красного цвета Умеренное оволосение на подбородке, щеках и верхней губе. Вульгарная сыпь на лице и спине. Зона сердечной тупости расширена влево. Пульс - 80 уд/мин., АД - 190/100 мм.рт.ст. Менструации нерегулярные.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.



2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №3.** Больной Б. обратился с жалобами на резкую слабость, быструю утомляемость, поносы. За последние 4 месяца похудел на 18 кг.

При объективном обследовании: резкое истощение, тургор кожи снижен, кожные покровы в местах складок и наибольшего трения об одежду пигментированы. АД 100/50 мм рт.ст., сахар крови 3,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.

### **Тема 93. Ожирение.**

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология,
- Патогенез,
- Классификация,
- Клиника,
- Дифференциальный диагноз различных форм.
- Осложнения.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Анализ информации, полученной от симулированного пациента (жалоб, анамнеза) с ожирением.
- ✓ Интерпретация и анализ результатов данных осмотра симулированного пациента с ожирением.
- ✓ Оценка тяжести заболевания и (или) состояния симулированного пациента с ожирением.
- ✓ Определение диагностических признаков и симптомов с ожирения.
- ✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований.
- ✓ Проведение дифференциальной диагностики ожирения с другими заболеваниями и (или) состояниями.
- ✓ Установка диагноза с учетом МКБ и его обоснование.

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Пациентка А., 40 лет, владелица частного кафе, на приеме у терапевта предъявляет жалобы на прибавку в весе до 30 кг в течение 5 лет. Появление в последний год одышки при подъеме на 2-ой этаж, боль в коленных суставах при ходьбе. Перечисленные жалобы появились в течение последних 5 лет. Обследовалась у кардиолога и ревматолога - патологии не выявлено.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, аппендэктомия. Замужем, было 2 беременности, 1 роды без осложнений, менструации регулярные. У кровных родственников по материнской линии отмечался избыточный вес. Сама пациентка в питании предпочитает высококалорийные продукты (кондитерские изделия, жирные сорта мяса, копчености, из алкогольных напитков пиво до 1 литра в неделю).

Объективно: состояние удовлетворительное, цианоза нет. Рост 156 см., вес-92 кг., окружность талии 94 см., бедер-102 см., складка на передней стенке живота более 10 см. Распределение подкожно жировой клетчатки равномерное. Суставы внешне не изменены, движения в полном объеме, имеется пастозность голеней. В легких - дыхание везикулярное. Ритм сердца правильный, тоны умеренно приглушены, ЧСС 72 в мин, АД-126/82 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожно-жирового слоя, при пальпации мягкий, безболезненный.

В общих анализах крови, мочи- патологии не выявлено. Общий холестерин-6,8 ммоль/л, глюкоза крови натощак-5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больная Л., 34 лет, экономист.

Жалобы на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи.

Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Развивалась нормально. Менструации с 13 лет, регулярные. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением 1-2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст.

Объективно. Рост - 168 см, масса тела - 96 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. АД - 135/80 мм.рт.ст. Левая граница относительной сердечной тупости в V межреберье на 1см. кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, болезненный. Симптом Орнтера положительный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Лечение.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

## ***Раздел 8. Неотложная и экстренная медицинская помощь в практике врача-терапевта.***

### **Тема 94. Гипертонический криз.**

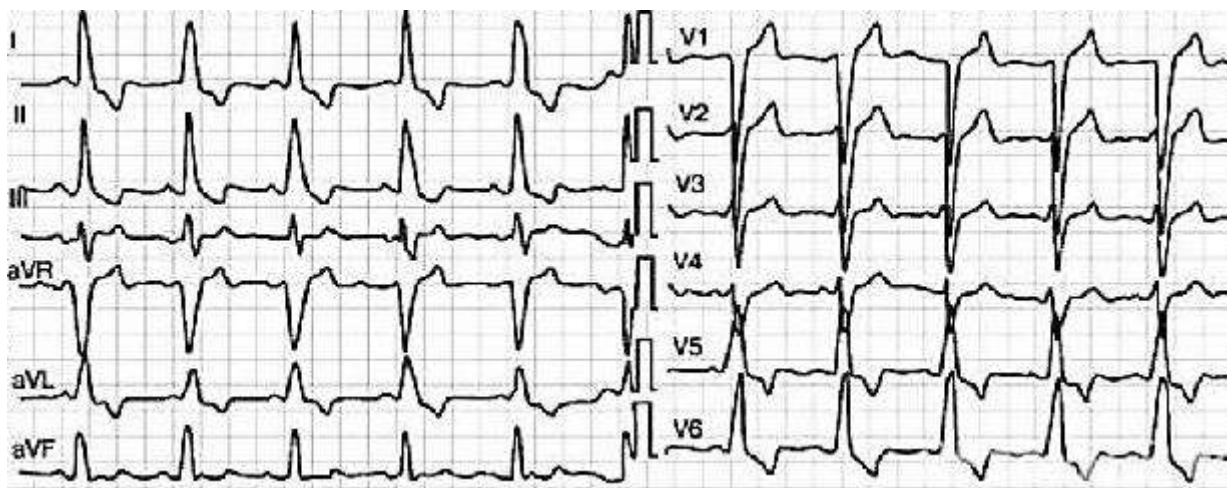
#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной К., 53 лет, вызвал бригаду скорой помощи в связи с появлением после эмоционального стресса интенсивной боли в затылочной области, выраженной инспираторной одышки, чувства «клокотания» в груди, нарастающей общей слабости, кашля с отделением пенистой мокроты с примесью крови.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение 5 лет, привычные цифры АД 140/80 мм рт. ст. Подъемы АД до 220/120 мм рт. ст. сопровождаются обычно головной болью, мельканием мушек перед глазами. Месяц назад перенес инфаркт миокарда. Предписания врача (антиагреганты, гипотензивные и т.д.) после выписки принимал не регулярно.

Объективно: сердечные тоны ритмичные, приглушены. АД 200/110 мм рт. ст.

На ЭКГ: V=25 мм/сек



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. План неотложных мероприятий.
5. Методы обследования для уточнения диагноза.
6. Дальнейшее лечение после оказания первой помощи.

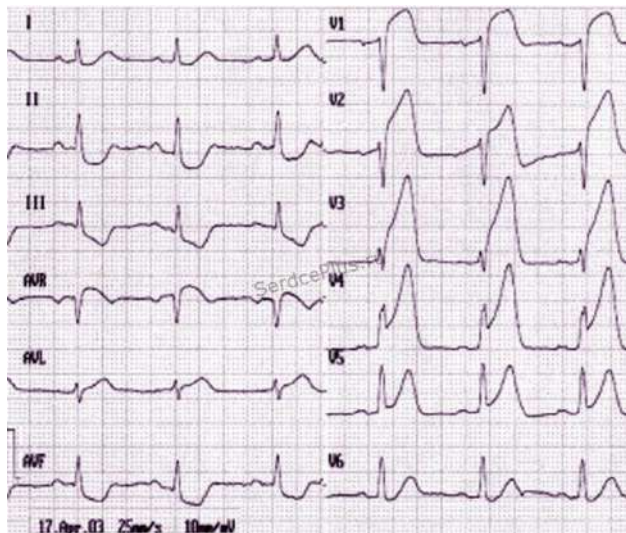
**Задача №2.** Пациент К., 65 лет, обратился в приемный покой.

Жалобы на давящие, сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, плечо, не связанное с дыханием, сердцебиение, холодный пот. Интенсивных болей продолжалась в течение 2 часов и не снимались после приема нитроглицерина.

В течение 15 лет отмечает повышение АД максимально до 180/100 мм рт. ст. Лечился по поводу АГ нерегулярно, получал диротон 5 мг 1 раз/день.

Объективно: ЧДД 20 в минуту, в лёгких – без патологических дыхательных шумов. Пульс 150 в минуту, ритмичный. АД 210/110 мм рт. ст. В остальном объективный статус – без особенностей.

V=25 мм/сек



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. План неотложных мероприятий.
5. Методы обследования для уточнения диагноза.
6. Дальнейшее лечение после оказания первой помощи.
7. Прогноз.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с гипертоническим кризом, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание осложнений гипертонического криза, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.

## Тема 95. Острая сердечная недостаточность (сердечная астма, отек легких, кардиогенный шок)

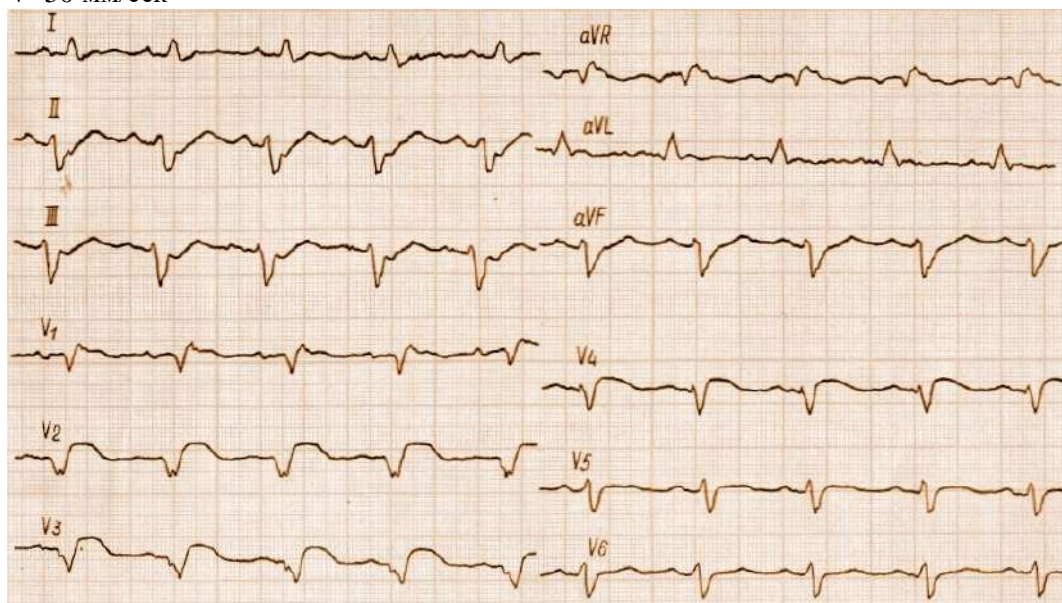
### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной С., 56 лет. Жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией в эпигастральную область и межлопаточное пространство, резкую слабость. Считает себя больным в течение 20 часов, когда появилась описанная выше симптоматика. Нитроглицерин давал кратковременный эффект. Боль носила волнообразный характер и постепенно нарастала, появилась рвота, не приносящая облегчения. Доставлен в стационар.

В анамнезе больной отмечает высокие цифры артериального давления, лечения по этому поводу практически не получал.

Общее состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, холодный пот. Температура тела 37,8°. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие. ЧСС- 118 в 1 мин. Ритм правильный. АД - 75/50 мм рт. ст. слегка напряжен, болезненный в эпигастрии. Наблюдалась олигурия.

V=50 мм/сек



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. План неотложных мероприятий.
5. Методы обследования для уточнения диагноза.
6. Дальнейшее лечение после оказания первой помощи.
7. Прогноз.
8. Профилактика.

**Задача №2.** Больному Д., 66 лет, доставлен в приемный покой.

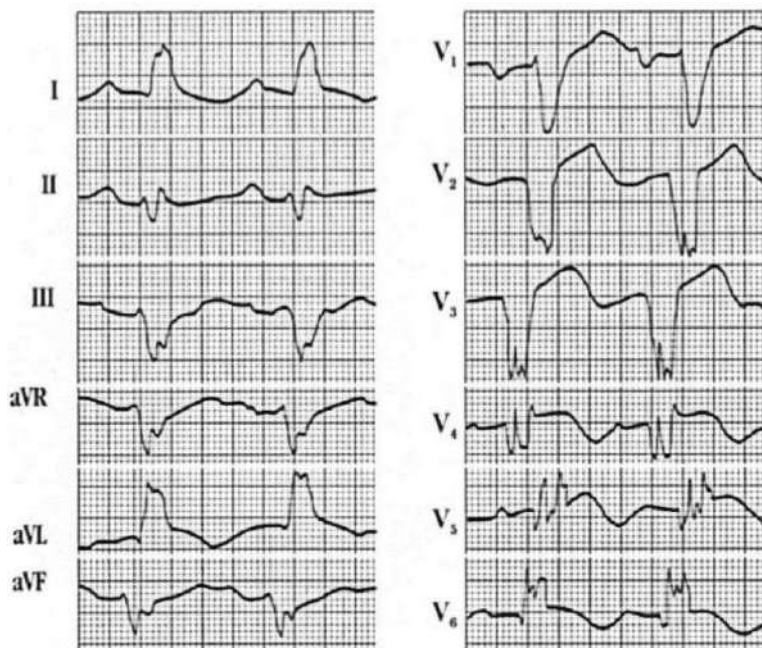
Жалобы на удушье с ощущением kloкотания в груди и кашлем с выделением пенистой кровянистой мокроты.

Вышеуказанные жалобы появились 1 час назад.

В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами до 210/100 мм рт. ст. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Получает нерегулярно энап по 5 мг 1 р/день, кардиомагнил 75 мг.

Объективно: цианоз губ, акроцианоз, холодный пот. Ортопноэ. ЧДД 36 в мин. Над всей поверхностью легочных полей влажные крупнопузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичны, приглушены, ритм галопа. Пульс 100 в мин., ритмичный, напряженный. АД 230/140 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

На ЭКГ: V=50 мм/сек



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. План неотложных мероприятий.
5. Методы обследования для уточнения диагноза.
6. Дальнейшее лечение после оказания первой помощи.
7. Прогноз.
8. Профилактика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с острой сердечной недостаточностью, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Распознавание острой сердечной недостаточности, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.

## **Тема 96. Желудочковая тахикардия**

Ситуационные задачи:

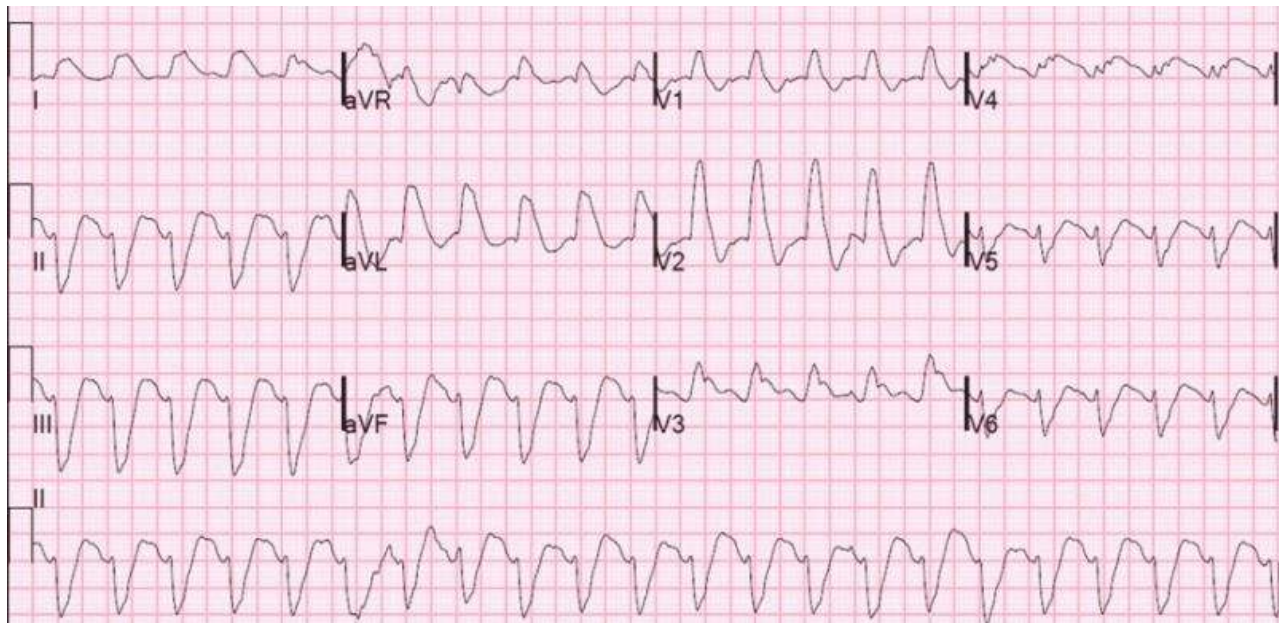
**Задача №1.** Больной Е., 57 лет, доставлен в кардиореанимацию больницы машиной «скорой медицинской помощи» через 6 часов после начала серии приступов интенсивных сжимающих болей в груди, сопровождавшихся сердцебиением и потерей сознания.

реанимационном отделении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах выслушиваются незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 22/мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС - 180/мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под реберной дуги. Клинический анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, количество эритроцитов  $4.3 \cdot 10^{12}/л$  гематокрит - 39 %, цветовой показатель - 0.84 ед., количество лейкоцитов -  $11 \cdot 10^9$ . СОЭ - 17 мм/час.



Биохимический анализ крови: общий белок - 63 г/л, креатинин - 87 мкмоль/л, мочевина 7.8 ммоль/л, АСТ - 18 ед/л, АлАт - 24 ед/л, калий - 4.5 ммоль/л, натрий - 147 ммоль/л, хлориды - 101 ммоль/л, глюкоза сыворотки - 5.5 ммоль/л.

ЭКГ: V=25 мм/сек.



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. План неотложных мероприятий.
5. Методы обследования для уточнения диагноза.
6. Дальнейшее лечение после оказания первой помощи.
7. Прогноз.
8. Профилактика.

**Задача №2.** Пациентка О. 65 лет, доставлена в приемный покой.

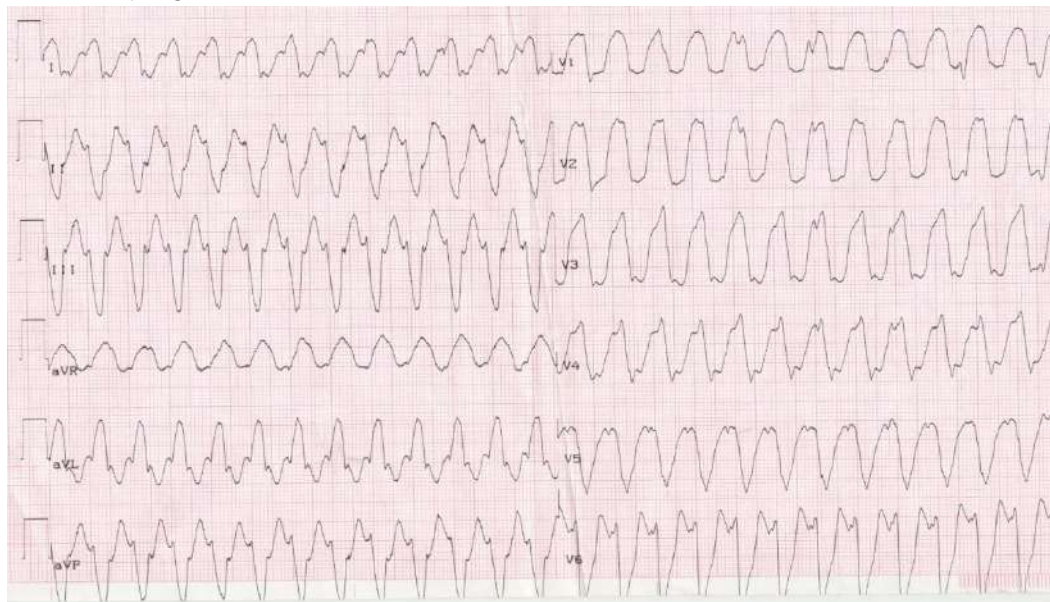
Жалобы на внезапно начавшийся приступ сердцебиения. Пациентка отметила резкую слабость, потливость.

3 года назад перенесла ИМ.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца ритмичные с частотой 200 уд./мин.

АД 120/80 мм рт.ст.

На ЭКГ: V=25 мм/сек.





Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. План неотложных мероприятий.
5. Методы обследования для уточнения диагноза.
6. Дальнейшее лечение после оказания первой помощи.
7. Прогноз.
8. Профилактика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с желудочковой тахикардией, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Распознавание желудочковой тахикардии, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.

### **Тема 97. Пароксизм фибрилляции предсердий**

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной А., 66 лет.

Жалобы на сердцебиение, перебои в работе сердца, головокружение, слабость.

Из анамнеза: более 15 лет страдает артериальной гипертензией, с максимальным повышением АД до 170/100 мм рт ст. В течение 6 лет страдает сахарным диабетом 2 типа.

Ухудшение состояния отмечает со вчерашнего дня, когда появились вышеописанные жалобы. Накануне был эпизод употребления алкоголя (~ 200 мл этилового спирта).

Вредные привычки: курит более 35 лет по 1 пачке сигарет в день. Употребление алкоголя - эпизодически. Наследственность: мать - сахарный диабет, отец – ИБС.

Объективно: состояние средней степени тяжести, в сознании, контактен. Температура тела 36.6 °С.

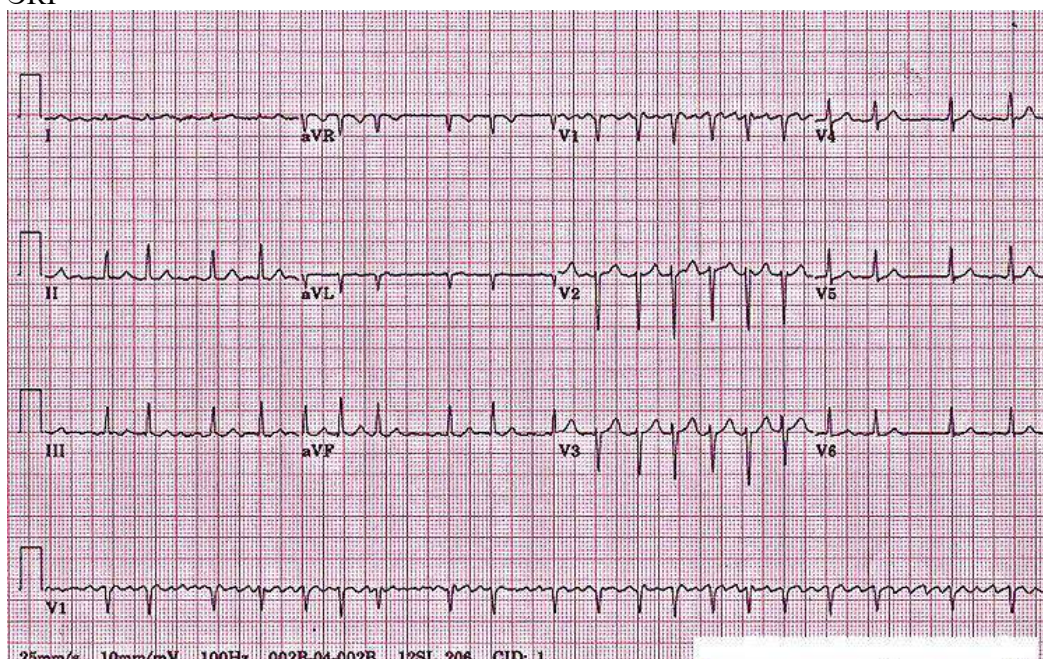
Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.

Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 18 в мин. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца приглушенные, ритм неправильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 160/90 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме.

ЭКГ

ЭКГ



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. План неотложных мероприятий.
5. Методы обследования для уточнения диагноза.
6. Дальнейшее лечение после оказания первой помощи.
7. Прогноз.
8. Профилактика.

**Задача №2.** Больной Ф. 78 лет доставлен в приемный покой с жалобами на приступ сердцебиения, перебои в работе сердца, который сопровождается слабостью, одышкой.

Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходили самостоятельно.

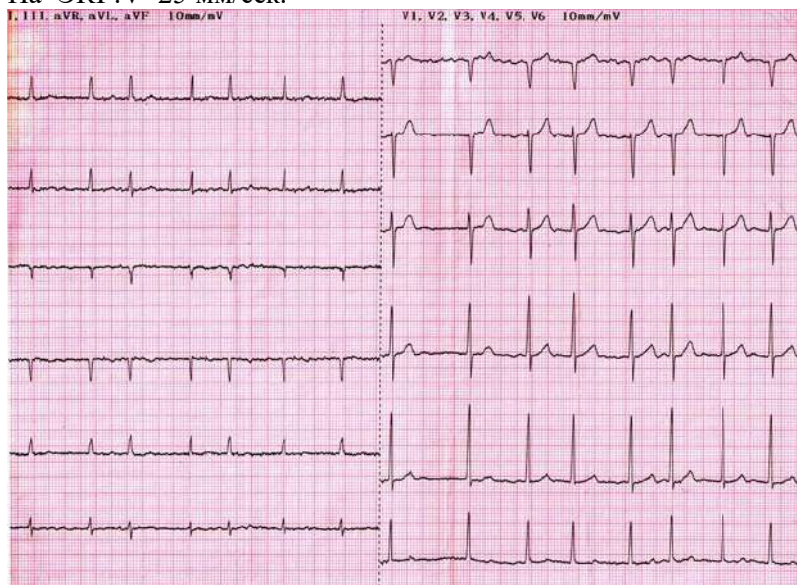
Последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. Работает преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 ударов в минуту. Органы дыхания без патологии.

Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 112 ударов в минуту, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9×8×7 см.

На ЭКГ: V=25 мм/сек.



Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. План неотложных мероприятий.
5. Методы обследования для уточнения диагноза.
6. Дальнейшее лечение после оказания первой помощи.
7. Прогноз.
8. Профилактика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с пароксизмом фибрилляции предсердий, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание пароксизма фибрилляции предсердий без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.



- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с пароксизмом фибрилляции предсердий, без явных признаков угрозы жизни пациента.

## Тема 98. Клиническая смерть.

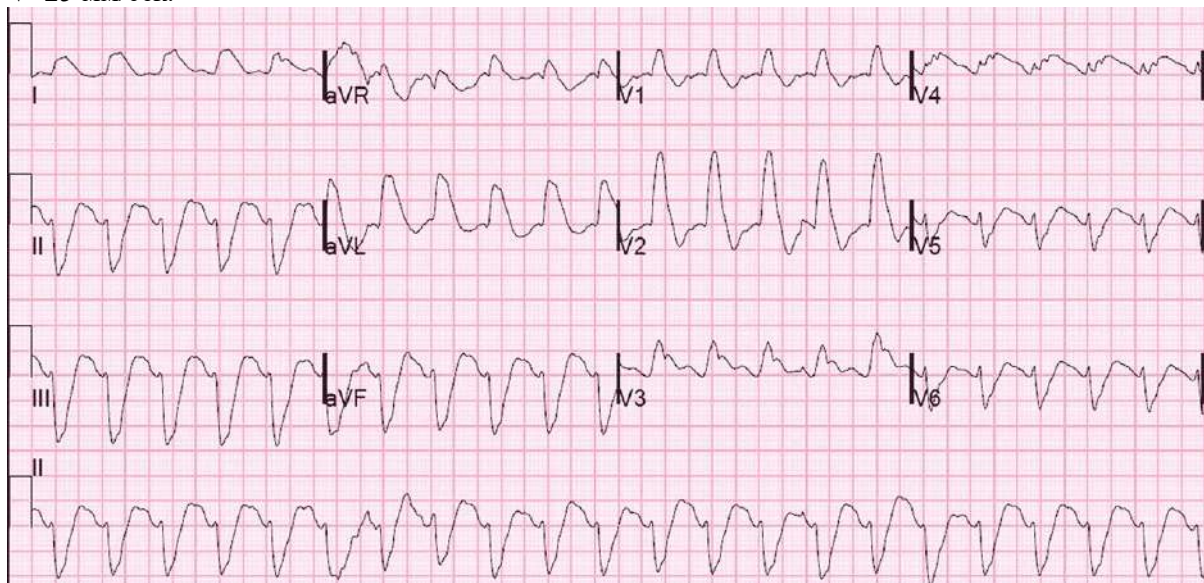
### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Пациент К., 63 лет, находился на стационарном лечении в кардиологическом отделении на 5-е сутки после перенесенного ОИМ. Получал стандартную терапию (иАПФ,  $\beta$ -блокатор, дезагрегант, статины, нитраты, гепарин). Около 4 часов утра предъявил жалобы на чувство сильного сердцебиения, дискомфорта в области сердца, нарастающей общей слабости и одышки. На ЭКГ: В течение последующих 10 минут состояние больного ухудшилось: кожные покровы бледные, диффузный гипергидроз, потерял сознание. Зрачки несколько расширены. Пульс и АД не определяются. Зарегистрирована ЭКГ (а), начаты реанимационные мероприятия. Через несколько минут зарегистрирована ЭКГ (б), продолжены реанимационные мероприятия.

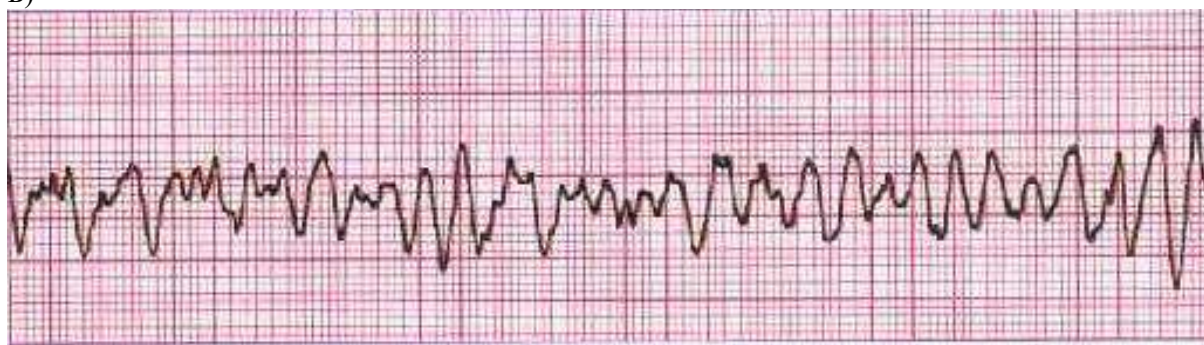
ЭКГ:

А)

V=25 мм/сек.



Б)



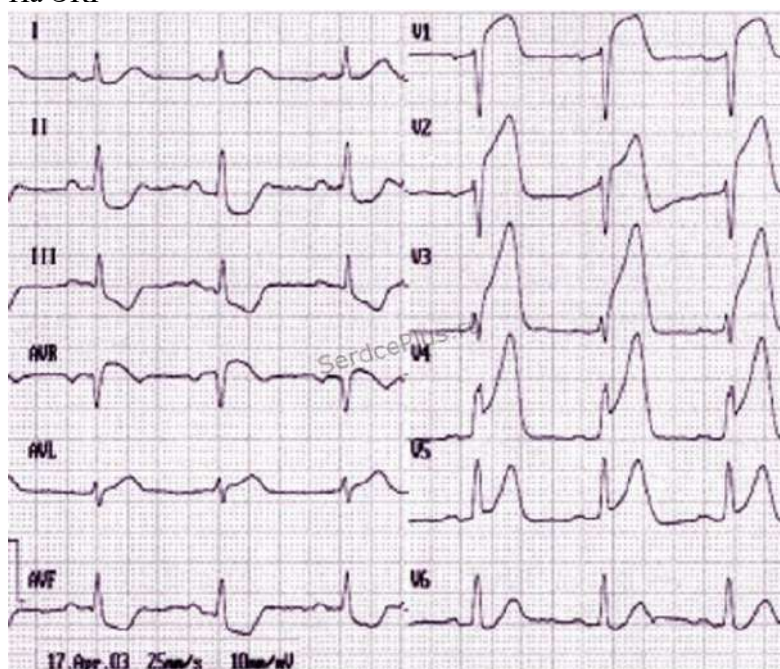
Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Дифференциальный ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Какие реанимационные мероприятия необходимы больному?
6. В случае успеха реанимационных мероприятий какие коррективы следует внести в лечение?
7. Прогноз.
8. Профилактика.
9. МСЭ.

**Задача №1.** К пациентке У. 45 лет, вызов дежурного врача в палату.

Жалобы на загрудинные боли, которые не купируются нитроглицерином в течение 45 мин.

На ЭКГ-



Во время обследования больная потеряла сознание. Дыхание, пульсация на сонных артериях отсутствуют. Зрачки расширились. Кожные покровы бледные.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф.диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Какие реанимационные мероприятия необходимы больному?
6. В случае успеха реанимационных мероприятий какие коррективы следует внести в лечение?
7. Прогноз.
8. Профилактика.
- 9.МСЭ.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с клинической смертью, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Распознавание клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)..

## **Тема 99. Инородное тело в дыхательных путях**

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Службой «Скорой помощи» в приемное отделение доставлен больной с жалобами на чувство нехватки воздуха, кашель, выраженную одышку, которые отмечает после того, как подавился вишневой косточкой.

При осмотре: состояние тяжелое. Дыхание учащенное, поверхностное, ЧДД 26 в минуту. Кожа бледная, диффузный цианоз. Аускультативно над легкими ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия ЧСС в минуту, АД 90/60 мм. рт. ст. Поставьте диагноз и окажите неотложную помощь.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

**Задача №2.** Пациент Т.80 лет, вызов в палату во время еды и разговора появился судорожный кашель, затруднение дыхания. Его беспокоит боль в области гортани. Пациент растерян, говорит с трудом, испытывает страх. Лицо цианотично. Осиплость голоса. Периодически повторяются приступы судорожного кашля и шумное дыхание с затруднением вдоха. Масса тела соответствует росту пациента.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с инородным телом в дыхательных путях, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Распознавание инородного тела в дыхательных путях, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с инородным телом в дыхательных путях, представляющих угрозу жизни пациента.

## **Тема 100. Тяжелый бронхообструктивный синдром**

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** К пациенту И., 53 лет, доставлен в тер. отделение, в связи с внезапно появившейся выраженной одышкой с затрудненным выдохом, свистящим дыханием, на фоне сухого приступообразного интенсивного кашля. Одышка появилась 1 час назад, кашель усиливался, прием горячего чая облегчения не принес.

В анамнезе: частые риниты, синуситы, последние 3 года постоянно затрудненное носовое дыхание, год назад эпизоды одышки при физической нагрузке, ходьбе, особенно в холодную погоду. 10 дней назад отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, насморк с обильными слизистыми выделениями, затем приступообразный кашель. Лечился самостоятельно теплым питьем, муколитиками, жаропонижающими, а также ингаляциями грудного сбора. 4 дня назад эпизод одышки, сегодня ночью впервые развилось тяжелое удушье, сопровождающееся свистом в груди. Не курит. Работает консультантом в магазине. В течение последних 4 ночей появились подобные эпизоды одышки, которые прекращались после теплого питья. Последняя ингаляция грудного сбора была 2 часа назад.

При объективном обследовании: общее состояние тяжелое, одышка в покое, вынужденное положение тела: сидит с наклоном вперед, опершись руками на край кровати, в дыхании участвуют вспомогательные дыхательные мышцы, возбужден, разговор затруднен из-за одышки (произносит отдельные слова), диффузный цианоз кожных покровов. ЧДД 29 в 1 минуту. В легких, на фоне жесткого дыхания, с удлиненным выдохом, большое количество сухих жужжащих и свистящих хрипов, усиливающихся при форсированном выдохе. При перкуссии сердца правая граница на 0,5 см выступает от правого края грудины, левая на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – на уровне 3 ребра. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 118 уд/мин АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет. Пациенту выполнена пикфлоуметрия, показатель ПСВ составил 20% от должного.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

**Задача №2.** К пациенту 45 лет, поступил в приемный покой.

Жалобы на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой.

Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Принимал симбикорт в плановом порядке по 1 ингаляции 2 раза. В последние дни был вынужден увеличить количество ингаляций до 8, но приступ не удавалось купировать.

Состояние тяжелое. Ортопноэ. ЧДД 24 в мин. Шумный свистящий выдох. Кожа цианотичная, покрыта потом. Дыхание ослабленное, участки —немного легкого. ЧСС 120 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с тяжелым бронхообструктивным синдромом, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание тяжелого бронхообструктивного синдрома без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с тяжелым бронхообструктивным синдромом без явных признаков угрозы жизни пациента.

### **Тема 101. Острое нарушение мозгового кровообращения**

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Мужчина 60 лет, жалобы на нарушение речи (по типу «каши во рту»), общую слабость, головокружение, головную боль (умеренно выраженную), онемение в правых конечностях и правой половине лица. Болеет второй день. Сначала онемели правые конечностях, сегодня с утра появились нарушения речи.

Объективно: АД 280/120 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту, температура 36,6 град. С. Опущен угол рта справа, опущено правое веко. Снижена чувствительность в правых конечностях. Сила мышц рук и ног чуть снижена справа. Походка нарушена: слегка подволакивает правую ногу. Речь нарушена: нечетко выговаривает слова, «проглатывает» окончания фраз. Понимание речи сохранено.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте алгоритм неотложных мероприятий.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Пациент 70 лет.

Жалобы на головные боли, головокружение, шум в голове, резкую слабость в левых конечностях. Ухудшение в течение недели: усилились головные боли, периодически появлялась слабость в левых конечностях, которая прогрессировала. Сегодня утром больной встал с постели, упал.

Объективно: сознание оглушенное. Кожные покровы обычные. Сглаженность правой носогубной складки, птоз правого верхнего века. Сила мышц левых конечностей резко снижена. Тоны сердца ясные, громкие, акцент 2 тона над аортой. АД 190/100 мм рт. ст. (рабочее 150/90). В легких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 22 в мин. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте алгоритм неотложных мероприятий.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с острым нарушением мозгового кровообращения, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме.

- ✓ Распознавание острого нарушения мозгового кровообращения без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения без явных признаков угрозы жизни пациента.

## **Тема 102. Кровохарканье, легочное кровотечение**

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Мужчина 45 лет, доставлен в приемный покой.

Из анамнеза: болен в течение 10 дней. Вначале беспокоили сильный озноб, повышение температуры до 39<sup>0</sup>, сухой кашель, боли в груди слева, а через неделю при кашле начала выделяться гнойная мокрота в больших количествах с очень неприятным запахом. Вечером пациент отметил, что при кашле стала выделяться алая пенная кровь в большом количестве, и была вызвана бригада скорой помощи.

Объективно: кожные покровы бледные. В легких при аускультации выслушиваются влажные хрипы различного калибра на фоне бронхиального дыхания. Тоны сердца ритмичные, пульс малого наполнения 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

**Задача №2.** В приемный покой доставлена женщина, 56 лет, с жалобами на усиление кашля, ощущения боли в грудной клетке и теплой струи.

В анамнезе кавернозный туберкулез легких.

Объективно: Пациентка возбуждена, испугана, бледна. Из рта выделяется розово-красная пенная кровь синхронно кашлевым толчкам с небольшой струйкой из носа. Питание снижено. В легких выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 28 в мин. Пульс 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с кровохарканьем, легочным кровотечением, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Распознавание кровохарканья, легочного кровотечения без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с кровохарканьем, легочным кровотечением без явных признаков угрозы жизни пациента.

## **Тема 103. Судорожный синдром**

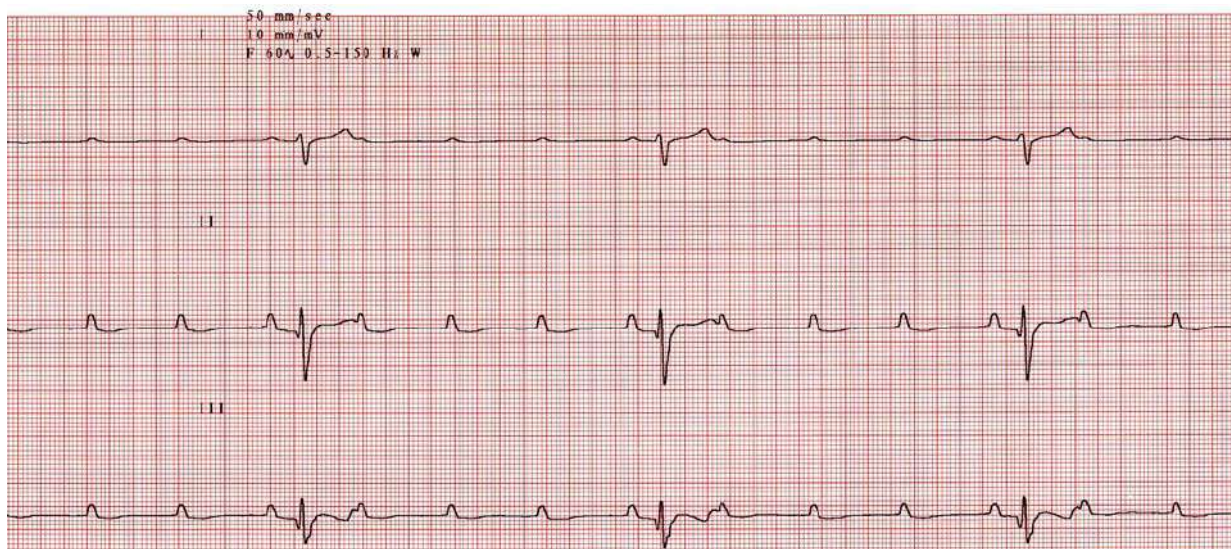
### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больная С., 66 лет. Находилась на лечении в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического пиелонефрита.

Из анамнеза: 2 года назад перенесла ИМ. При очередном обходе дежурный врач обнаружил пациентку без сознания лежащей на кровати.

Объективно: Кожные покровы бледные, цианотичные. Челюсти сжаты, голова запрокинута назад. Руки и ноги в полусогнутом положении, мышцы напряжены. Зрачки расширены, равны с обеих сторон, на свет не реагируют. Через несколько секунд после осмотра развились симметричные подергивания мышц лица и конечностей. Появилась розовая пена изо рта. Непроизвольное мочеиспускание. АД 160/90 мм. рт. ст., пульс 40 ударов в минуту. На ЭКГ:





Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Алгоритм неотложных мероприятий.

**Задача №2.** Больной П. 45 лет, поступил в тер.отделение с диагнозом алкогольная интоксикация.

Объективно: Он одет неопрятно, на одежде следы рвотных масс, запах алкоголя и мочи. Т-36°.

Дезориентирован в пространстве и времени, возбужден. Лицо пастозное, гиперемировано, симметричное. Видимых повреждений нет. ЧДД 26 уд./мин. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 уд./мин. АД 105/60 мм рт.ст.

Срочный вызов в палату. Пациент теряет сознание и падает. Туловище и конечности вытянуты в состоянии сильнейшего напряжения, голова запрокинута и повернута в сторону, набухшие вены на шее, лицо бледное с нарастающим цианозом, челюсти плотно сжаты, затем появились клонические судороги (шумное, хриплое дыхание, пена изо рта). Это продолжалось от 2 до 3 минут. Далее наступило полное мышечное расслабление, пациент не реагирует на раздражители, зрачки расширены, реакция их на свет отсутствует, защитные и сухожильные рефлексы не вызываются.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Алгоритм неотложных мероприятий.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с судорожным синдромом, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.
- ✓ Распознавание судорожного синдрома, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с судорожным синдромом.

## **Тема 104. Желудочно-кишечное кровотечение**

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение.

Из анамнеза: Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа «кофейной гущи». До момента госпитализации трижды был жидкий стул - мелена.

Объективно: Пульс - 120 в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. НЬ - 64 г/л, гематокрит - 23%.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.

3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Алгоритм неотложных мероприятий.
6. Дальнейшее лечение пациента на госпитальном этапе.
7. Прогноз.
8. Профилактика.

**Задача №2.** Больная П., 80 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, ноющие боли в эпигастральной области после приема пищи, усиление одышки при ходьбе, плохой аппетит, ноющие боли в области сердца, сердцебиение.

Из анамнеза: 2 недели назад после употребления в пищу ягоды – черники – появились тошнота, рвота и черный жидкий стул. Ничем не лечилась. Общая слабость усилилась в течение 2-3-х месяцев. Похудела на 3 кг. В связи с этим, а также появлением болей в эпигастральной области, снижением показателей красной крови направлена на стационарное обследование.

Объективно: Состояние средней тяжести. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Кожа бледная, сухая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца тихие, систолический шум в области верхушки. Пульс – 90 в мин., АД – 110 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Пастозность голеней.

ОАК: эритроциты –  $2,7 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 90 г/л, тромбоциты -  $370 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты -  $8 \cdot 10^9/л$ , э – 2%, п/я – 6%, с/я – 68%, л – 20%, м – 4%, СОЭ – 30 мм/час.

Р-скопия желудка проведена полгода назад – без особенностей.

Общий белок – 66 г/л, билирубин – 18,4 мкмоль/л, негемоглобинное железо – 10,0 мкмоль/л.

ФГДС – язвенный дефект  $0,8 \times 1,2$  см на малой кривизне желудка. Взята биопсия.

Через 4 дня отмечается снижение эритроцитов и Нв. Эритроциты –  $2,3 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 70 г/л, тромбоциты -  $410 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты –  $9,2 \cdot 10^9/л$ , СОЭ – 35 мм/час, ретикулоциты – 2%.

У больной усилилась тошнота, дважды рвота «кофейной гущей».

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Алгоритм неотложных мероприятий.
6. Дальнейшее лечение пациента на госпитальном этапе.
7. Прогноз.
8. Профилактика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с желудочно-кишечным кровотечением, требующего оказания медицинской помощи в неотложной.
- ✓ Распознавание желудочно-кишечного кровотечения без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с желудочно-кишечным кровотечением без явных признаков угрозы жизни пациента.

## **Тема 105. Гипо- и гипергликемические комы**

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Пациент, 76 лет, в коме бригадой СМП доставлен в приемный покой БСМП. Мужчина живет один, со слов соседей болен сахарным диабе-том много лет, злоупотребляет алкоголем. В квартире найдены препараты: манинил, сиофор. При осмотре: сознание- сопор, ригидность мышц затылка нет, мидриаз, тонические судороги. Влажная кожа и слизистые оболочки, гиперсаливация, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет, ЧДД-18 в мину-ту, сердечные тоны приглушены, ритмичные с ЧСС-100 в минуту, АД= 80/40 мм рт ст. При исследовании: сахар крови - 1,7 ммоль/л, кетоновые тела - 15 мг%, алкоголь 1%

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.

4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

**Задача №2.** Больной Б., 18 лет, доставлен «скорой помощью» в бессознательном состоянии.

Со слов родственников установлено, что два дня назад простудился, повысилась температура, ухудшился аппетит, появилась тошнота, жажда, слабость. Позднее после приема пищи появилась рвота, боли в животе, понос, самочувствие значительно ухудшилось. Полностью отказался от приема пищи, считая, что причина ухудшения пищевое отравление, несмотря на это рвота повторилась. Был обнаружен родителями в бессознательном состоянии дома.

Из перенесенных заболеваний в детском возрасте: пневмония, краснуха, эпидемический паротит. Наследственность не отягощена. Любил употреблять соки, газированные напитки в значительном количестве.

**Объективно:** общее состояние тяжелое. Сознание отсутствует. Сухая кожа и слизистые, снижен тонус мышц. Лицо гиперемировано. Мягкие глазные яблоки. Зрачки равномерно сужены. Дыхание типа Куссмауля, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, температура - 36,0 °С. В легких жесткое дыхание. Пульс 100 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Язык сухой, с коричневым налетом. Живот мягкий, напряжения мышц не выявлено, на пальпацию слабо реагирует. Печень не увеличена. Рефлексы резко снижены.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Методы обследования для уточнения диагноза.
5. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе.
6. Прогноз.
7. Профилактика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с гипо- и гипергликемической комой, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Распознавание гипо- и гипергликемической комы, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с гипо- и гипергликемической комой, представляющих угрозу жизни пациента

## **Тема 106. Анафилактический шок**

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной М., 45 лет, доставлен в приемное отделение 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 двукратно 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 аллергологического невозможен в виду тяжести состояния больного.

**Объективно:** 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 –  $8 \cdot 10^9$ , эозинофилы - 6%, палочко-ядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.



3. Предварительный диагноз.
4. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе.

**Задача №2.** К пациенту 35 лет, вызов в палату.

Через несколько минут после в/м введения ампициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу как бы обдало жаром, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Глухие тоны сердца. Нитевидный пульс 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с анафилактическим шоком, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Распознавание анафилактического шока, представляющего угрозу жизни пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при анафилактическом шоке.

### **Тема 107. Интенсивная терапия и реанимация при острых отравлениях**

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** «Мужчина 35 лет, доставлен по скорой помощи в больницу.

Из анамнеза: злоупотребляет наркотиками.

Объективно: полное отсутствие болевых рефлексов, спинномозговые рефлексы сохранены и повышены. Кожные покровы синюшные, холодные, лицо бледное. Зрачки резко сужены, на свет не реагируют. Дыхание редкое 4–6 в минуту, по типу Чейна-Стокса. Тоны сердца приглушены, 50 ударов в минуту, АД 100/40 мм рт. ст. Живот мягкий, вздут. Мочеиспускание задержано (мочевой пузырь переполнен)».

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе.
5. Прогноз.
6. Профилактика.

**Задача №2.** Мужчина 57 лет, доставлен в приемный покой соседом по даче. Со слов соседа мылся в самодельной бане, огня в печке не было, заслонка трубы была закрыта.

Вскоре появились жалобы: головная боль, головокружение, рвота. Потерял сознание. Кожа лица была ярко-розового цвета.

При осмотре: сознание soporозное, в контакт вступает с трудом, кожные покровы лица красные, зрачки узкие, реакция на свет вялая. Осиплость голоса, кашель с мокротой, дыхание затруднено, аускультативно в нижних отделах влажные хрипы. Тоны сердца глухие, ритмичные, А/Д=80/40 мм.рт.ст, ЧСС= 140 в минуту.

Вопросы:

1. Выделить ведущий синдром.
2. Диф. диагностический ряд по ведущему синдрому и его обоснования.
3. Предварительный диагноз.
4. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе.
5. Прогноз.
6. Профилактика.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

- ✓ Оценка состояния симулированного пациента с острым отравлением, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.

- ✓ Распознавание острого отравления и его причины, представляющего угрозу жизни пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- ✓ Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам с острым отравлением.

## **Формы контроля самостоятельной работы обучающегося по дисциплине**

### **Тематика реферативных работ**

#### **Раздел 1. Болезни органов дыхания**

1. Дифференциальная диагностика бронхитов.
2. Дифференциальная диагностика пневмоний.
3. Антибактериальная терапия пневмоний.
4. Дифференцированное лечение пневмоний.
5. Осложнения пневмоний.
6. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом.
7. Хроническая обструктивный бронхит: диагностика, лечение.
8. Диагностика бронхиальной астмы.
9. Лечение бронхиальной астмы.
10. Эмфизема легких.
11. Бронхоэктатическая болезнь: диагностика и лечение.
12. Абсцесс, гангрена легкого: диагностика и лечение.
13. Дифференциальная диагностика болезней плевры.
14. Лечение плевритов.
15. Дифференциальная диагностика и лечение интерстициальных заболеваний легких.
16. Новообразования органов дыхания. Факторы риска. Ранняя диагностика.
17. Диагностика легочного сердца.
18. Лечение легочно-сердечной недостаточности.
19. Тактика терапевта при ведении беременных женщин с заболеваниями органов дыхания.
20. Физиотерапия: виды, механизмы воздействия на организм, показания и противопоказания.
21. Лечебная физкультура: виды, показания, противопоказания, врачебный контроль.
22. Санаторно-курортное лечение: виды курортов, показания и противопоказания к направлению на лечение.
23. Реабилитация больных с заболеваниями органов дыхания.
24. Вопросы МСЭ у больных бронхолегочными заболеваниями.

#### **Раздел 2. Болезни сердечно-сосудистой системы**

1. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.
2. Лечение атерогенных дислипидемий.
3. Тромбоэмболические осложнения и их профилактика при сердечно-сосудистых заболеваниях.
4. Особенности диагностики стенокардии у отдельных групп больных и при сопутствующих заболеваниях (гендерные и возрастные особенности, при АГ, СД).
5. Кардиалгии: дифференциальная диагностика.
6. Немедикаментозные технологии лечения хронической ИБС.
7. Комбинированная антиангинальная терапия.
8. Диагностика и лечение особых форм ИБС (вазоспастическая стенокардия, безболевая ишемия миокарда, кардиальный синдром X).
9. Дифференциальная диагностика острого коронарного синдрома.
10. Лечение нестабильной стенокардии.
11. Артериальная гипертензия у отдельных групп больных (АГ и МС, АГ и СД, АГ и ЦВБ), особенности лечения.
12. Артериальная гипертензия у отдельных групп больных (АГ и ИБС, АГ и ХСН), особенности лечения.
13. Артериальная гипертензия отдельных групп больных (АГ при поражении почек, АГ в сочетании с патологией легких, АГ и синдром обструктивного апноэ во сне), особенности лечения.

14. Рефрактерная и злокачественная артериальная гипертензия. Основные причины. Диагностика. Лечение.
15. Гендерные и возрастные особенности лечения артериальной гипертензии.
16. Вторичные артериальные гипертензии Дифференциальная диагностика. Лечение
17. Артериальная гипертензия и беременность. Классификация АГ. Диагностика. Тактика терапевта. Лечение.
18. Лечение инфекционного миокардита.
19. Миокардиодистрофии. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
20. Дифференциальная диагностика болезней эндокарда.
21. Дифференциальная диагностика болезней перикарда.
22. Дифференциальная диагностика болезней миокарда.
23. Лечение инфекционного эндокардита.
24. Лечение хронической сердечной недостаточности .
25. Диагностика и лечение фибрилляции трепетания предсердий.
26. Диагностика и лечение экстрасистолий.
27. Диагностика и лечение СССУ.
28. Дифференциальная диагностика пароксизмальных тахикардий.
29. Диагностика и лечение нарушений проводимости сердца.
30. Нарушения ритма сердца и беременность.
31. Беременность и пороки сердца. Ведение беременных с протезированными клапанами сердца.
32. ТЭЛА. Факторы риска. Диагностика. Лечение. Профилактика.
33. Дисплазии соединительной ткани сердца.
34. Синдромы предвозбуждения желудочков.
35. Электрокардиостимуляция постоянная и временная.
36. Реабилитация больных ССЗ.

### **Раздел 3. Болезни мочевыводящей системы**

1. Кардио-ренальный континуум; профилактика сердечно-сосудистого риска у нефрологических больных.
2. Профилактика болезней почек и мочевыводящих путей.
3. Синдромная диагностика в нефрологии.
4. Дифференциальная диагностика гломерулонефритов.
5. Лечение гломерулонефритов.
6. Дифференциальная диагностика инфекций мочевыводящих путей.
7. Лечение пиелонефритов и инфекции МВП.
8. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, диспансеризация, МСЭ.
9. Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
10. Поражение почек при сахарном диабете. Патогенез, морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
11. Недиабетические нефропатии: диагностика, диф. диагностика, лечение и профилактика.
12. Хроническая болезнь почек и хроническая почечная недостаточность. Взаимоотношения понятий. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика, МСЭ.
13. Мочекаменная болезнь.
14. Фитотерапия в нефрологии.
15. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, особенности клиники. Диагностика клиническая, лабораторная. Интенсивная терапия.
16. Физиотерапия: виды, механизмы воздействия на организм, показания и противопоказания.
17. Лечебная физкультура: виды, показания, противопоказания, врачебный контроль.
18. Санаторно-курортное лечение: виды курортов, показания и противопоказания направлению на лечение.
19. Реабилитация больных с заболеваниями почек.
20. Экспертиза временной нетрудоспособности больных с заболеваниями почек и МВС.
21. Вопросы МСЭ у больных заболеваниями почек.
22. Диспансеризация больных с заболеваниями почек.

#### **Раздел 4. Ревматические болезни**

1. Дифференциальная диагностика суставного синдрома.
2. Острая ревматическая лихорадка. Критерии диагностики. Лечение.
3. Хроническая ревматическая болезнь. Критерии диагностики. Лечение.
4. Деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Подагра. Этиология и патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение подагры. Профилактика. Диспансеризация. МСЭ.
6. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
7. Дерматомиозит. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
8. Узелковый периартериит. Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
9. Системные васкулиты. Болезнь Хортона. Болезнь Виноградтера-Бюргера. Болезнь Гудпасчера.
10. Системная красная волчанка - особенности лечения и обследования на современном этапе.
11. Системные васкулиты. Болезнь Такаясу. Болезнь Шенлейн-Геноха. Болезнь Чарг-Стросса.
12. Дифференциальная диагностика суставного синдрома: ревматоидный артрит, ДООА, подагра, болезнь Рейтера.
13. Синдром Рейно в клинике внутренних болезней.
14. Физиотерапия: виды, механизмы воздействия на организм, показания и противопоказания.
15. Лечебная физкультура: виды, показания, противопоказания, врачебный контроль.
16. Санаторно-курортное лечение: виды курортов, показания и противопоказания к направлению на лечение.
17. Реабилитация больных с ревматическими заболеваниями.

#### **Раздел 5. Болезни органов пищеварения**

1. Болезни пищевода. Атония пищевода, ахалазия кардии, дивертикулы пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагиты, дискинезия, пептическая язва пищевода, рак.
2. Современная диагностика и лечение кислотозависимых состояний, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori*.
3. Болезни оперированного желудка: демпинг-синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения после резекции желудка. Реабилитация, МСЭ.
4. Дивертикулёз тонкой и толстой кишки.
5. Дисбактериоз кишечника. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, прогноз.
6. Болезнь Крона. Этиология, патогенез. Клиника, осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, прогноз, МСЭ.
7. Синдром раздражённого кишечника.
8. Хронические диффузные заболевания печени.
9. Синдромы при циррозах печени.
10. Болезни поджелудочной железы.
11. Описторхоз.
12. Лямблиоз.
13. Гельминтозы. Общая характеристика, классификация, клиника и диагностика острой и хронической стадии гельминтозов. Основы рациональной терапии. Профилактика.
14. Доброкачественные гипербилирубинемии.
15. Сосудистые заболевания печени.
16. Дифференциальная диагностика при гепатомегалии, гепатоспленомегалии и желтухе.
17. Дифференциальная диагностика при асците.
18. Первичный и вторичный рак печени.
19. Постхолестеремический синдром.
20. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
21. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз.

22. Тромбоэмболия мезентериальных сосудов. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, интенсивная терапия.
23. Острый холецистит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
24. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
25. Острая печеночная недостаточность, печеночная кома. Этиология, патогенез, клиника. Интенсивная терапия, плазмаферез.
26. Доброкачественные гипербилирубинемии.
27. Физioterapia: виды, механизмы воздействия на организм, показания и противопоказания.
28. Лечебная физкультура: виды, показания, противопоказания, врачебный контроль.
29. Санаторно-курортное лечение: виды курортов, показания и противопоказания к направлению на лечение.
30. Реабилитация больных с заболеваниями ЖКТ.
31. Экспертиза временной нетрудоспособности больных с заболеваниями ЖКТ.
32. Вопросы МСЭ у больных заболеваниями ЖКТ.
33. Диспансеризация больных с заболеваниями ЖКТ.

### **Раздел 6. Болезни органов кроветворения**

1. Депрессии кроветворения.
2. Лимфопролиферативные заболевания: дифференциальная диагностика.
3. Миелолифолиферативные заболевания: дифференциальная диагностика.
4. Паранепротейные гемобластозы: дифференциальная диагностика.
5. Дифференциальная диагностика при лимфаденопатии.
6. Острая постгеморрагическая анемия. Этиология, патогенез, клиника, картина крови.
7. Кома при В12-дефицитных анемиях. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
8. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Интенсивная терапия. Трансфузионные методы терапии.
9. Дифференциальная диагностика анемического синдрома.
10. Дефицит железа в организме: диагностика, лечение, профилактика.
11. Гемолитический синдром.
12. Лейкемоидные реакции.
13. Геморрагический шок.
14. Геморрагические диатезы: типы, диф. диагностика, неотложная помощь.
15. Реабилитация больных с заболеваниями органов кроветворения.
16. Интенсивная терапия острой постгеморрагической анемии.

### **Раздел 7. Эндокринные заболевания**

1. Сахарный диабет и беременность.
2. Йоддефицитные заболевания. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
3. Опухоли щитовидной железы. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
4. Тиреоидиты. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
5. Лечебное питание при сахарном диабете.
6. Гиперосмолярная кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация.
7. Гиперлактацидемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия, реанимация.
8. Гипертиреоидный криз. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия.
9. Гипотиреоидная кома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
10. Гипокортикоидный криз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика острой кортикальной недостаточности. Принципы интенсивной терапии.

## **Раздел 8. Неотложная и экстренная медицинская помощь в практике врача-терапевта**

1. ОИМ без подъема сегмента ST. Неотложная помощь.
2. ОИМ с подъемом сегмента ST. Неотложная помощь.
3. Острая сердечная недостаточность: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Кардиогенный шок: диагностика, неотложная помощь.
5. Дифференциальная диагностика и лечение пароксизмальных тахикардий.
6. ТЭЛА. Диагностика. Неотложная помощь.
7. Обморок. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь.
8. Острая дыхательная недостаточность: диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.
9. Пневмоторакс: диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.
10. Легочное кровотечение: диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.
11. Анафилактический шок: диагностика, неотложная помощь.
12. Неотложная помощь при отравлении угарным газом и при других бытовых отравлениях (уксусной кислотой, психотропными препаратами, ФОС).
13. Бактериальный шок: диагностика, неотложная помощь.
14. Гипертермический синдром: принципы терапии.
15. Неотложная помощь при тепловом и солнечном ударах, поражении электрическим током, молнией.
16. Кетоацидотическая кома. Интенсивная терапия и реанимация.
17. Гипертонический криз. Неотложная помощь.

### **Перечень вопросов для подготовки к зачету:**

1. **Методы обследования заболеваний легких.** Оценка данных физикального обследования; Оценка данных лабораторных методов исследования; Оценка инструментальных методов исследования.
2. **Бронхит острый.** Этиология, патогенез. Классификация, клиника, лабораторная и функциональная диагностика. Лечение, профилактика.
3. **Бронхит хронический.** Этиология, патогенез, классификация, диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение понятия. Клиника обструктивного и необструктивного бронхита. Осложнения. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
4. **Бронхоэктатическая болезнь.** Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
5. **Бронхиальная астма.** Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
6. **Эмфизема легких.** Патогенез, классификация, клиника, осложнения, лечение, профилактика, МСЭ.
7. **Пневмония.** Этиология, патогенез, классификация. Клиника первичных, госпитальных, атипичных пневмоний. Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение пневмоний, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
8. **Альвеолиты.** Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.
9. **Абсцесс легкого.** Этиология, патогенез, морфология, классификация. Клиника острого абсцесса. Дифференциальная диагностика, лечение.
10. **Гангрена легких.** Особенности этиологии, патогенеза. Особенности клиники. Особенности лечения.
11. **Рак легкого.** Ранняя симптоматология центрального и периферического рака, дифференциальная диагностика, методы диагностики.
12. **Хроническая дыхательная недостаточность.** Определение. Этиология, патогенез. Лабораторная и функциональная диагностика. Клиника. Особенности течения в пожилом возрасте. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Реабилитация. МСЭ.

**13. Легочное сердце.** Этиология, патогенез, классификация. Острое легочное сердце, варианты хронического легочного сердца, стадии. Лечение хронического легочного сердца. Профилактика легочного сердца, прогноз, реабилитация, МСЭ.

**14. Плевриты.** Этиология, патогенез, классификация. Диагностика функциональная, рентгенологическая. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.

**15. Эмпиема плевры.** Этиология и патогенез. Клиника. Лечение. Дифференциальная диагностика экссудата. Техника пункции. Оценка экссудата. Лечение плевритов: консервативное, хирургическое, санаторно-курортное. Диспансеризация реконвалесцентов. МСЭ.

**16. Пневмоторакс.** Классификация. Этиология и патогенез спонтанного пневмоторакса. Клинические особенности открытого пневмоторакса, клапанного (вентильного) пневмоторакса. Осложнения пневмоторакса. Показания к плевроскопии. Интенсивная терапия и лечение напряженного пневмоторакса. Показания к хирургическому лечению пневмоторакса.

**17. Ателектаз легкого.** Определение. Классификация ателектазов. Патолофизиологическое значение ателектаза. Клинические симптомы. Диагностика.

**18. Пневмосклероз.** Определение. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

**19. Методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией**

Оценка физикальных методов исследования. Оценка лабораторных методов исследования.

Оценка инструментальных методов исследования.

**20. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии.**

Этиология гипертонической болезни, факторы риска, патогенез. Классификация, клиника, осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Гипертонические кризы, классификация, клиника, принципы лечения. Особенности течения гипертонической болезни в молодом и пожилом возрасте. Профилактика и лечение гипертонической болезни, реабилитация, вопросы МСЭ.

**Симптоматические артериальные гипертонии.** Классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, МСЭ.

**21. Атеросклероз.** Этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургическое методы), профилактика первичная и вторичная.

**22. Ишемическая болезнь сердца (ИБС).** Этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ (медико-социальная экспертиза). Безболевая и аритмическая формы ИБС (аритмический вариант, сердечная недостаточность). Внезапная смерть при ИБС. Факторы риска. Профилактика.

**23. Стенокардия:** этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое).

**24. Инфаркт миокарда:** этиология, патогенез, классификация, клиника (типичные и атипичные формы), диагностика, дифференциальная диагностика, изменения ЭКГ, активность кардиоспецифических ферментов. Дополнительные методы диагностики инфаркта миокарда: эхокардиография, радионуклидные методы, коронарография. Осложнения инфаркта миокарда. Лечение неосложненного инфаркта миокарда. Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда. Реабилитация больных инфарктом миокарда, МСЭ.

**25. Постинфарктный кардиосклероз.** Варианты клинического течения; Постинфарктный кардиосклероз как единственное проявление ИБС; Сочетание с другими клиническими формами ИБС.

**26. Атеросклеротический кардиосклероз.** Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

**27. Врожденные пороки сердца.** Классификация. Открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, стеноз устья легочной артерии, стеноз устья аорты. Протрузия митрального клапана. Инструментальные методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Реабилитация. Патогенез, клиника, диагностика и особенности лечения.

**28. Приобретенные пороки сердца.** Этиология. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики. Методы диагностики (физикальные, ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологические). Дифференциальная диагностика. Клиническая и инструментальная диагностика. Особенности клинического течения у подростков, беременных, лиц пожилого возраста. Тактика консервативного

лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике. Профилактика, прогноз, МСЭ.

## **29. Заболевания миокарда:**

**Миокардиты.** Этиология, патогенез, клиника, диагностика, исходы, осложнения, лечение, вопросы МСЭ.

**Миокардиодистрофии.** Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

**Кардиомиопатии.** Дилатационная кардиомиопатия. Морфология, патофизиология. Клиника. Диагностика (ЭКГ, ЭХО-КГ, радионуклидные методы, биопсия миокарда), дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.

Гипертрофическая кардиомиопатия, патоморфология, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

Рестриктивная кардиомиопатия (эндомиокардиальный фиброз, эндокардит Лёффлера), патоморфология, клиника, лечение.

## **30. Заболевания эндокарда:**

**Инфекционный эндокардит.** Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения. Особенности течения у лиц пожилого возраста. Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы). Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.

**Ревматический эндокардит.** Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения. Особенности течения у лиц пожилого возраста. Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы). Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.

**31. Заболевания перикарда:** этиология, патогенез, клинические формы. Диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация, МСЭ

## **32. Нарушения сердечного ритма и проводимости сердца.**

Этиология и патогенез нарушений ритма. Диагностика нарушений ритма: анамнез, физикальные данные, электрокардиографическая диагностика экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии, мерцания (фибрилляции) и трепетания предсердий, синдрома слабости синусового узла. Лечение нарушений ритма.

Этиология и патогенез нарушений проводимости, классификация. Клиническая и электрокардиографическая диагностика неполных и полной атриовентрикулярных блокад. Медикаментозное лечение, показания к временной и постоянной электрической кардиостимуляции. Нарушения внутрижелудочковой проводимости: блокады одной, двух и трех ветвей пучка Гиса. Электрокардиографическая диагностика, клиническое значение внутрижелудочковых блокад. Прогноз. Медикаментозное лечение, электростимуляция сердца. Профилактика нарушений ритма и проводимости. Реабилитация. МСЭ.

**33. Сердечная недостаточность.** Этиология, патогенез, классификация. Диагностика: клиническая, инструментальная (рентгенологическое исследование, ЭХО-КГ). Клинические варианты сердечной недостаточности. Принципы лечения недостаточности кровообращения. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.

**34. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).** Этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.

**35. Нейроциркуляторная дистония.** Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

**36. Методы обследования больных болезнями почек.** Оценка анамнестических данных.

Клиническое обследование больного. Внешний осмотр больного. Физикальное обследование больного. Оценка лабораторных методов исследования. Биохимического анализа; Функционального состояния почек; Оценка инструментальных и аппаратных методов исследования.

**37. Гломерулонефриты (острые и хронические).** Этиология, патогенез, классификация, патоморфология. Клинические типы и варианты течения, осложнения острого и хронического гломерулонефритов. Дифференциальная диагностика. Лечение острого и хронического гломерулонефритов и их осложнений. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

**38. Пиелонефриты.** Этиология и патогенез острых и хронических пиелонефритов, классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых; диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.



**39. Цистит острый и хронический.** Этиология и патогенез острых и хронических циститов, классификация, клиника. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых; диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.

**40. Нефротический синдром.** Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, диспансеризация, МСЭ.

**41. Амилоидоз почек.** Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.

**42. Хроническая болезнь почек (ХБП)** Этиология. Патогенез. Патофизиология. Классификация ХБП. Клиника. Лечение. Профилактика. МСЭ.

**43. Острая почечная недостаточность.** Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.

**44. Хроническая почечная недостаточность.** Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика, МСЭ.

**45. Методы обследования больных с ревматическими болезнями (РБ).**

Оценка данных физикального обследования. Оценка данных лабораторного исследования.

Оценка данных морфологического исследования. Оценка данных иммунологического исследования.

Оценка данных рентгенологического исследования.

**46. Системные заболевания соединительной ткани.**

**Системная красная волчанка.** Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансеризация, МСЭ.

**Системная склеродермия.** Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.

**Узелковый периартериит.** Этиология и патогенез. Основные клинические синдромы, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.

**Дерматополимиозит.** Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.

**47. Ревматизм.** Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматизма, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматизмом. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.

**48. Ревматоидный артрит (РА).** Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы этапной терапии РА. Диспансеризация больных РА, МСЭ.

**49. Реактивные артриты.** Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.

**50. Деформирующий остеоартроз.** Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.

**51. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).** Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

**52. Болезнь и синдром Рейтера.** Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

**53. Остеопороз.** Этиология. Патогенез. Классификация. Факторы риска. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика. Диагноз. Лечение остеопороза. Профилактика. МСЭ.

**54. Подагра.** Этиология и патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение подагры. Профилактика. Диспансеризация. МСЭ.

**55. Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения.**

Методы физикального исследования. Оценка лабораторных методов исследования: общего анализа крови, биохимического анализа крови, анализа мочи, копрограммы, дуоденального содержимого, желудочной секреции. Оценка инструментальных методов исследования: рентгенологического метода, компьютерной рентгенографии; Оценка эндоскопических методов: эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии, лапароскопии; Радиоизотопных методов; Ультразвуковых методов.

**56. Заболевания пищевода.** Ахалазия пищевода, эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. Профилактика.

Рак пищевода. Ранняя симптоматология, методы исследования, дифференциальный диагноз.

**57. Гастриты.** Этиология, патогенез, классификация, клиника острого и различных форм хронических гастритов. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

**58. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки.** Этиология, патогенез, классификация. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Симптоматические язвы. Диагноз, дифференциальный диагноз. Осложнения язвенной болезни. Лечение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Этапное лечение обострений язвенной болезни. Принципы лечения больных в амбулаторных условиях. Профилактика язвенной болезни, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

**59. Рак и другие новообразования желудка.** Ранняя симптоматология, методы исследования, дифференциальный диагноз.

**60. Болезни оперированного желудка:** демпинг-синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли. Принципы лечения после резекции желудка. Реабилитация, МСЭ.

**61. Дуодениты.** Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение, профилактика.

**62. Хронический энтерит.** Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, лечение, профилактика. Особенности ведения больных в амбулаторных условиях. Реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

**63. Хронический колит.** Клиника в зависимости от локализации процесса, диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, МСЭ.

**64. Неспецифический язвенный колит.** Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, МСЭ.

**65. Болезнь Крона.** Этиология, патогенез. Клиника, осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, прогноз, МСЭ.

**66. Опухоли толстой и тонкой кишки.** Ранняя симптоматология, дифференциальный диагноз, методы инструментального исследования.

**67. Рак прямой кишки.** Ранняя симптоматология, дифференциальный диагноз, методы инструментального исследования.

**68. Синдром раздражения толстой кишки.** Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, прогноз, МСЭ.

**69. Дисбактериоз кишечника.** Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, прогноз.

**70. Панкреатит острый и хронический.** Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения и лечение (консервативное, хирургическое, санаторно-курортное), профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

**71. Рак поджелудочной железы.** Ранняя симптоматология, дифференциальный диагноз, методы инструментального исследования.

**72. Холецистит хронический (некаменный).** Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагноз и дифференциальный диагноз, лечение, показания к хирургическому лечению. Профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

**73. Холангит.** Этиология, патогенез. Клиника, диагноз и дифференциальный диагноз, лечение. Профилактика.

**74. Желчнокаменная болезнь.** Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.

**75. Постхолецистэктомический синдром.** Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.

**76. Опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей.** Ранняя симптоматология, дифференциальный диагноз, методы инструментального исследования.

**77. Хронический гепатит.** Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

**78. Циррозы печени.** Классификация. Этиология и патогенез, морфология, клиника, течение, осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

**79. Новообразования печени, первичная карцинома печени.** Ранняя симптоматология, дифференциальный диагноз, методы инструментального исследования.

**80. Паразитарные болезни печени.** Этиология. Виды паразитарных заболеваний печени. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика. Прогноз.

- 81. Анемии.** Классификация. Железодефицитная анемия. Постгеморрагическая анемия. В-12 – фолиево-дефицитная анемия. Гемолитическая анемия. Гипо-апластическая анемия. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
- 82. Геморрагические диатезы.** Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
- 83. Агранулоцитоз.** Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 84. Острые и хронические лейкозы.** Принципы диагностики и лечения.
- 85. Эритремия и эритроцитозы.** Определение. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Прогноз.
- 86. Миеломная болезнь.** Определение. Классификация. Диагностика, лечение.
- 87. Лимфоаденопатии.** Определение. Этиология. Классификация. Диагностика.
- 88. Лимфогранулематоз.** Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 89. Лимфомы.** Диагностика. Лечение. Реабилитация. Профилактика.
- 90. Болезни крови и беременность.** Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
- 91. Сахарный диабет.** Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клинические формы, степени тяжести. Клиническая и лабораторная диагностика. Ангиопатия при сахарном диабете. Комы при сахарном диабете. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
- 92. Тиреодит.** Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
- 93. Диффузно-токсический зоб.** Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
- 94. Рак щитовидной железы.** Ранняя симптоматология, дифференциальный диагноз, методы инструментального исследования.
- 95. Гипотиреозы и микседема.** Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
- 96. Гипопаратиреоз, гиперпаратиреоз.** Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
- 97. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга.** Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
- 98. Болезнь Аддисона.** Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
- 99. Феохромоцитома.** Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
- 100. Ожирение.** Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
- 101. Гипертонический криз.** Определение. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 102. Острый коронарный синдром.** Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 103. Кардиогенный шок.** Клиника и диагностика. Основные принципы интенсивной терапии.
- 104. Сердечная астма, отек легких.** Клиника и диагностика. Основные принципы интенсивной терапии.
- 105. Пароксизм фибрилляции предсердий.** Клиника и диагностика. Основные принципы интенсивной терапии.
- 106. Клиническая смерть.** Клиника и диагностика. Неотложная помощь.
- 107. Инородное тело в дыхательных путях.** Клиника и диагностика. Неотложная помощь.
- 108. Астматический статус.** Клинические особенности в зависимости от стадии. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса. Показания к ИВЛ и лечебной бронхоскопии. Экстрокорпоральные методы терапии: плазмаферез и гемосорбции.
- 109. Острая дыхательная недостаточность:** обструктивная, рестриктивная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, показатели функциональных проб. Интенсивная терапия
- 110. Легочные кровотечения и кровохарканье.** Этиология и патогенез. Клинические особенности в зависимости от основного заболевания. Показания к бронхоскопии. Показания к ангиографии легких. Интенсивная терапия и реанимация. Показания к оперативному вмешательству.
- 111. Судороги.** Клиника и диагностика. Неотложная помощь.
- 112. Почечная колика.** Клиника и диагностика. Неотложная помощь.

- 113. Желчная колика.** Клиника и диагностика. Неотложная помощь.
- 114. Желудочно-кишечное кровотечение.** Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
- 115. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома.** Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
- 116. Гипогликемическая кома.** Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация.
- 117. Анафилактический шок и анафилактические реакции.** Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.