

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра поликлинической терапии, кардиологии и общеврачебной
практики ФПК и ППС

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

Перечень оценочных материалов

Раздел 1. Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность.

Тема 1. Введение в специальность общая врачебная практика (семейная медицина).

Собеседование по контрольным вопросам:

- *определение специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)»*
- *История развития семейной медицины: прошлое, настоящее, будущее.*
- *Популяционное здоровье (общественное здоровье)*
- *Реформа по переходу к организации первичной многопрофильной медицинской помощи по принципу общей врачебной практики/семейной медицины, ее необходимость.*
- *Преимущества оказания первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики/семейной медицины.*
- *Основные нормативные документы, регламентирующие работу медицинского персонала в области общей врачебной практики/семейной медицины.*
- *Характерные черты ВОП. Взаимоотношения врача и пациента*
- *Организация ПСМП по принципу ВОП. Практическая значимость для российского здравоохранения.*
- *Законодательная база по ОВП*
- *Различия в работе врача общей практики (семейного врача) и участкового терапевта.*
- *Уровень компетенции, контингент и численность обслуживаемого населения.*
- *Основные аспекты деятельности врача общей практики, функциональные обязанности.*
- *Принципы организации оказания ПМСП ВОП - прикрепление населения, график работы, функция врачебной должности, взаимоотношение с узкими специалистами, стационаром, скорой помощью и др.*
- *Эффективность ОВП по сравнению с организацией ПМСП по принципу участкового терапевта*
- *Понятие о семье.*
- *Комплексная медико-социальная характеристика семьи. Типы семей. Функции семьи.*
- *Значение семьи в формировании здоровья и патологии ее членов.*
- *Функциональные обязанности врача общей практики (семейного врача). Его профессиональные компетенции.*
- *Организация амбулаторного приема пациентов.*
- *Роль врача общей практики в профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни населения*
- *сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача)*
- *фундаментальные особенности ОВП.*
- *научно-обоснованная профилактика в профессиональной деятельности в ОВП*
- *квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности*

Тема 2. Значение общеврачебного обследования в современной диагностике внутренних болезней.

Собеседование по контрольным вопросам:

- *методы лабораторной диагностики в работе врача общей практики*
- *методы и методологии процесса диагностики*
- *клинические методы исследования больного: расспрос и физикальное обследование*
- *признаки характерные исключительно для определенной болезни и дающие основание поставить окончательный диагноз*
- *система организации лабораторной службы в стране, задачи и ее структура;*

- основные принципы работы централизованной лаборатории, в том числе медицинских диагностических центров;
- современные методы лабораторной диагностики;
- положение об аккредитации клиничко-диагностических лабораторий;
- основы техники безопасности в клиничко-диагностических лабораториях.
- срочная и плановая лабораторная диагностика заболеваний;
- лабораторный контроль за течением болезни и восстановлением трудоспособности;
- лабораторный контроль за действием лекарственных препаратов;
- лабораторные исследования при диспансеризации;
- консультативная помощь врачам-лаборантам, врачам других клинических специальностей;
- организация лабораторных исследований в соответствии с характером лечебного учреждения;
- оценка и интерпретация результатов исследования;
- работа по внедрению новых методов исследования и оборудования;
- правила и способы получения биологического материала для морфологических, биохимических, генетических, иммунологических, бактериологических, серологических и других исследований;
- приготовление, фиксация и окраска препаратов для морфологического исследования;
- консервирование, хранение, обезвреживание и доставка биологических материалов;
- влияние терапии на лабораторные показатели;
- влияние физической нагрузки, пищи, алкоголя и др. на результаты лабораторных исследований;

Тема 3. Роль и место инструментальных и аппаратных методов диагностики в работе врача общей практики.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура, принципы работы, контроль и правила ухода.
- Лабораторная диагностика нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого обмена, ферментных нарушений, клиническое значение.
- Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения.
- Клиническое исследование периферической крови, пункта костного мозга
- Лабораторная диагностика нарушений билирубинового обмена.
- основы клиники и ранней диагностики онкологических заболеваний;
- влияние биологических факторов (возраст, пол, время года, дневные ритмы, месячные циклы и др.) на результаты лабораторных исследований.
- организация контроля качества (КК) клинических лабораторных исследований, порядок проведения, основные требования, предъявляемые к проведению КК;
- возможные источники погрешностей при лабораторных исследованиях;
- классификация ошибок, внелабораторные погрешности, внутрелабораторные погрешности, аналитические погрешности. Ошибки грубые, случайные, систематические;
- внутрелабораторный, межлабораторный КК. Методы КК (контроль воспроизводимости, контроль правильности), основные статистические показатели;
- порядок проведения внутрелабораторного КК. Построение контрольных карт, критерии работы по контрольной карте;
- контрольные материалы: контрольные сыворотки сливные и коммерческие, сыворотки животных и человека, аттестованные и неаттестованные сыворотки. Контрольные материалы по гематологии, общеклиническим методам исследования, цитологии, микробиологии. Требования, предъявляемые к контрольным материалам;
- межлабораторный КК. Варианты межлабораторного КК, оценка работы лабораторий.
- правила взятия крови, мочи, других биологических материалов, правила транспортировки и хранения, стабилизация биоматериала;
- методы биохимических исследований;

- основные принципы фотометрии, спектрофотометрии, др. спектральных методов, потенциометрии с использованием ион-селективных электродов, принципы электрофореза, хроматографии;
- принципы работы автоматизированных аналитических систем;
- основные принципы иммуноферментного анализа;
- биохимия белкового, углеводного, липидного, минерального и пигментного обмена, кислотно-основного состояния;
- основы гормональной регуляции;
- сосудисто-тромбоцитарный и плазменный гемостаз;
- учение о кроветворении;
- гематологические исследования, клинико-лабораторные показатели крови и костного мозга, изменение крови и костного мозга при различных патологических состояниях;
- исследование физических, химических свойств мокроты, морфологическое и бактериоскопическое исследование мокроты и отделяемого из бронхов;
- методы исследования желудочного сока, дуоденального содержимого, кишечного отделяемого;
- копрологическое исследование;
- клинико-диагностические методы исследования мочи;
- клинико-диагностическое исследование ликвора;
- клинико-диагностическое исследование содержимого серозных полостей и кист;
- клинико-диагностическое исследование вагинального отделяемого, сока предстательной железы и семенной жидкости;
- клинико-диагностическое исследование в паразитологии;
- цитологические исследования;
- иммунологические исследования;
- медико-генетические исследования

Тематика рефератов:

- «Работа в команде «общая врачебная практика».
- «Взаимоотношения врача и пациента».
- «Ошибки грубые, случайные, систематические».
- «Изменение крови и костного мозга при различных патологических состояниях».
- «Влияние биологических факторов на результаты лабораторных исследований».

Раздел 2. Акушерство и гинекология в общей врачебной практике.

Тема 1. Физиология репродуктивной системы. Клинические методы исследования в акушерстве и гинекологии. Планирование семьи. Профилактика нежелательной беременности.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Возрастные периоды жизни детей и подростков.
- Эмбриогенез наружных половых органов.
- «Гормональный криз» у новорожденных девочек.
- Эмбриогенез матки, маточных труб и влагалища.
- При каких условиях появляется менархе.
- Эмбриогенез яичников.
- Кровоснабжение внутренних и наружных половых органов.
- Связочный аппарат матки.
- Какие анатомические образования относятся к наружным половым органам.
- Строение тазового дна.
- Критические фазы в развитии ребенка.
- Что входит в понятие "инфекционный индекс"
- Анамнез, особенности проведения опроса у девочек и девочек-подростков.
- Оценка полового развития.

- Шкала выраженности оволосения кожных покровов.
- Специальные (гинекологические) методы исследования.
- УЗИ в практике детского гинеколога.
- Рентгенологические исследования в практике детского гинеколога.
- Определение гормонов и их метаболитов. 10. Эндоскопические методы исследования.
- Организация работы акушерской и гинекологической службы в офисе врача общей практики
- Порядок и стандарты оказания помощи пациентам акушерского и гинекологического профиля
- Методы обследования гинекологических больных
- Основные принципы проведения профилактических осмотров в условиях офиса врача общей практики
- Диагностика беременности: признаки беременности, методы обследования беременных, определение срока беременности.
- Методы оценки функционального состояния плода
- Бесплодный брак и вопросы планирования семьи. Классификация бесплодия. Этиологические факторы.
- Методы обследования супружеской пары. Алгоритмы обследования бесплодной пары.
- Пути коррекции бесплодия. Профилактические мероприятия.
- Женское бесплодие, причины. Диагностика. Методы лечения. Профилактика.
- Мужское бесплодие. Основные причины.
- Характеристика спермограммы.
- Организация и методика обследования бесплодной супружеской пары.

Тестовый контроль:

1. При образовании мочепоолового свища после родов пластическую операцию следует производить через
 - а) 1-2 мес.
 - б) 2-3 мес.
 - в) 3-4 мес.
 - +г) 5-6 мес.
 - д) 6-12 мес.
2. Признаки, сцепленные с X-хромосомой 1) отставание роста 2) отклонение в строении 3) отсутствие развития или недоразвитие вторичных половых признаков 4) бесплодие
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - +в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных
3. Кариотип человека – это 1) набор генов 2) половые хромосомы 3) спираль ДНК 4) совокупность данных о числе, размерах и структуре хромосом
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - +г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных
4. Эффекты, приводящие к хромосомным aberrациям в соматических клетках 1) радиация 2) химические вещества 3) вирусы 4) биологические факторы
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - +в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных

5. Основным признаком синдрома Шерешевского – Тернера 1) фенотип женский 2) первичная аменорея 3) недоразвитие матки 4) аплазия или гипоплазия гонад

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

+в) все перечисленные признаки

г) верно 4

д) ни один из перечисленных

6. Для типичного варианта синдрома Клайнфельтера характерно 1) увеличение количества половых хромосом 2) мужской пол больных 3) женский тип строения скелета 4) недоразвитие вторичных половых признаков

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

+в) все перечисленные 24

г) верно 4

д) ни один из перечисленных

7. Дизурия – расстройство мочеиспускания, которое характеризуется 1) учащением 2) болезненностью 3) затруднением 4) бактериурией

+а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ни один из перечисленных

8. Для приступа мочекаменной болезни характерно 1) гипоизостенурия 2) лейкоцитурия 3) дизурия 4) резкие боли по ходу мочеточника

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

+г) верно 4

д) ни один из перечисленных

9. Для диагностики мочекаменной болезни во время беременности наиболее целесообразно применить следующие методы исследования 1) обзорную рентгенографию 2) экскреторную урографию 3) цитоскопию 4) УЗИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

+г) верно 4

д) ни один из перечисленных

10. К группе высокого риска по заболеванию СПИДом относятся 1) гомосексуалисты 2) наркоманы 3) больные гемофилией 4) лица, ведущие беспорядочную половую жизнь

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

+в) все перечисленные

г) верно 4

д) ни один из перечисленных

11. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов

а) детей

+б) подростков

в) взрослых

г) пенсионеров

д) беременных женщин

12. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается

- а) йод
- +б) цезий
- в) стронций
- г) плутоний
- д) радий

13. «Малыми» принято называть дозы

- а) не вызывающие лучевой болезни
- б) не вызывающих хромосомных повреждений
- в) не вызывающие генных поломок
- +г) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статически выявленные изменения в состоянии здоровья группы
- д) меньшие, чем допустимые дозы облучения

14. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются

- а) нарушение половой потенции
- +б) гипоспермия
- в) водянка яичка
- г) наследственные болезни у детей
- д) снижение в крови тестостерона

15. Единица поглощенной дозы

- +а) Грей
- б) Зиверт
- в) Рентген
- г) Кюри
- д) Бэр

16. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена

- а) локальным внешним облучением конечности
- б) поступлением внутрь радионуклидов
- в) внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 г
- +г) внешним облучением туловища в дозе более 1 г
- д) заболеванием, не связанным с облучением

17. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является

- +а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла
- б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла
- в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста
- г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

18. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае

- а) при поглощенной дозе на плод более 0.1 г
- +б) при поглощенной дозе на плод более 0.5 г
- в) при поглощенной дозе на плод более 1 г
- г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по нормам радиационной безопасности

19. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет

- а) несколько десятков
- +б) несколько сотен
- в) несколько тысяч
- г) несколько миллионов

20. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это

- а) дезактивация кожи
- б) прием радиопротектора
- +в) реанимационные мероприятия
- г) гемосорбция
- д) купирование рвоты

Тема 2. Современные методы диагностики беременности, тактика врача общей практики. Ведение беременности.

Собеседование по контрольным вопросам:

- *Дополнительные методы обследования в акушерстве и перинатологии.*
- *Биохимический и ультразвуковой скрининг беременных. Сроки проведения, диагностическая значимость.*
- *Методы обследования в гинекологии (клинические, морфологические, гормональные, генетические, рентгенологические, бактериальные, хирургические, цитологические, иммунологические, эндоскопические и другие).*
- *Аntenатальная диагностика состояния плода. Методы, сроки проведения, диагностическая значимость.*
- *Оплодотворение и развитие плодного яйца*
- *Критические периоды развития эмбриона и плода.*
- *Современные методы диагностики беременности. Определение срока родов и биологической готовности организма матери к родам.*
- *Строение женского таза. Таз с акушерской точки зрения.*
- *Понятие о плоскостях таза и сегментах головки.*
- *Течение физиологических родов. Периоды, их продолжительность. Родовые силы.*
- *Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания*
- *Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.*
- *Тазовые предлежания плода. Механизм родов. Особенности течения и ведения родов.*
- *Разгибательные предлежания плода. Механизм родов. Диагностика, клиника, родоразрешение.*
- *Поперечное положение плода. Причины. Ведение беременности и родов.*
- *Анатомически узкий таз. Формы и степени сужения, механизм родов при общеравномерно суженном тазе и при плоских его формах. Ведение родов.*
- *Акушерские щипцы. Вакуум-экстракция плода. Причины, показания, методика проведения, условия, осложнения.*
- *Родовой травматизм матери. Понятие, классификация, причины, тактика ведения. Способы снижения. Принципы защиты промежности.*
- *Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Биохимический и ультразвуковой скрининг*
- *Ранний токсикоз беременных: диагностика, тактика ведения*
- *Гестозы: классификация*
- *понятие «претоксикоз», диагностика, тактика ведения*
- *Неотложная помощь при преэклампсии*
- *Неотложная помощь при эклампсии*
- *Неотложная помощь при HELLP-синдроме*
- *Вероятные признаки беременности.*
- *Лабораторные методы диагностики беременности.*
- *Определение срока предоставления дородового отпуска. Длительность отпуска после родов.*
- *Членорасположение плода, положение плода, предлежание, позиция и вид.*
- *Анатомические особенности доношенного плода и размеры его головки.*
- *Сегменты головки, определение расположения головки в родовых путях.*
- *Биомеханизм рождения плода при переднем и заднем виде затылочного предлежания.*
- *Ведение физиологических родов.*

- Механизм раскрытия шейки матки в родах у перво- и повторнородящих, определение степени раскрытия маточного зева

Тестовый контроль:

1. УЗИ в акушерстве позволяет определить:

- 1) расположение плаценты и ее патологию;
- +2) состояние плода;
- 3) неразвивающуюся беременность;
- 4) аномалии развития плода;
- 5) все перечисленное верно.

2. Какие показания для ультразвукового исследования беременных?

- 1) установление срока беременности;
- 2) диагностика многоплодной беременности;
- +3) оценка развития плода;
- 4) получение информации о расположении плаценты;
- 5) правильно все.

3. Амниоскопия позволяет оценить:

- 1) количество околоплодных вод;
- +2) окрашивание околоплодных вод;
- 3) наличие хлопьев сыровидной смазки;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

4. При правильном членорасположении плода головка находится в состоянии:

- 1) максимального сгибания;
- 2) умеренного сгибания;
- +3) умеренного разгибания;
- 4) максимального разгибания.

5. Положение плода - это:

- 1) отношение спинки плода к сагиттальной плоскости;
- 2) отношение спинки к фронтальной плоскости;
- 3) отношение оси плода к длиннику матки;
- +4) взаимоотношения различных частей плода.

6. Продольным называется положение, при котором ось плода:

- 1) находится под прямым углом к продольной оси матки;
- 2) находится под острым углом к оси матки;
- 3) совпадает с длинником матки;
- +4) находится под тупым углом к оси матки.

7. Правильным положением плода считается:

- 1) продольное;
- 2) косое;
- +3) поперечное с головкой плода, обращенной влево;
- 4) поперечное с головкой плода, обращенной вправо.

8. Предлежание плода - это отношение:

- 1) головки плода ко входу в таз;
- 2) тазового конца ко входу в таз;
- 3) наиболее низко лежащей части плода ко входу в таз;
- +4) головки плода ко дну матки.

9. Головное предлежание плода при физиологических родах:

- +1) переднеголовное;
- 2) затылочное;
- 3) лобное;
- 4) лицевое.

10. Наиболее частым предлежанием плода является:

- 1) чисто ягодичное;
- +2) ягодичноножное;
- 3) ножное;
- 4) головное;
- 5) поперечное.

11. Под позицией плода понимается:

- 1) отношение спинки плода к боковым стенкам матки;
- 2) отношение головки плода ко входу в таз;
- 3) отношение оси плода к длиннику матки;
- +4) взаимоотношение различных частей плода.

12. Вид позиции плода - это отношение:

- 1) спинки к сагиттальной плоскости;
- +2) головки к плоскости входа в малый таз;
- 3) спинки к передней и задней стенкам матки;
- 4) оси плода к длиннику матки.

13. При первой позиции спинка плода обращена:

- 1) вправо;
- 2) ко дну матки;
- 3) влево;
- +4) ко входу в малый таз.

14. При второй позиции спинка плода обращена:

- 1) вправо;
- 2) ко дну матки;
- 3) влево;
- +4) ко входу в малый таз.

15. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:

- 1) спинки;
- +2) головки;
- 3) мелких частей;
- 4) тазового конца;
- 5) не определяется.

16. Какой из скрининговых тестов не показан при нормальном течении беременности?

- 1) серологическое обследование;
- 2) группа крови и резус-фактор;
- +3) определение человеческого хорионического гонадотропина;
- 4) определение уровня гемоглобина;
- 5) исследование мазков на цитологию;

17. Объективное исследование беременной или роженицы начинается:

- +1) с пальпации живота;
- 2) с аускультации живота;
- 3) с измерения таза;
- 4) все перечисленное верно.

18. Первым приемом наружного акушерского исследования определяется: +1) позиция плода;

2) вид плода; 3) высота стояния дна матки; 4) предлежащая часть.

19. Вторым приемом наружного акушерского исследования определяется:

- 1) предлежащая часть;
- 2) членорасположение плода;
- +3) высота стояния дна матки;
- 4) позиция плода;
- 5) головка плода.

20. Третьим приемом наружного акушерского исследования определяется:

- 1) предлежащая часть;
 - 2) членорасположение плода;
 - 3) высота стояния дна матки;
 - +4) позиция плода;
 - 5) вид позиции.
21. Четвертым приемом наружного акушерского исследования определяется:
- 1) предлежащая часть;
 - 2) членорасположение плода;
 - +3) высота стояния дна матки;
 - 4) позиция плода;
 - 5) отношение предлежащей части ко входу в таз.
22. Наружное акушерское исследование во 2-й половине беременности предполагает все нижеперечисленное, кроме:
- 1) определения положения, позиции, размеров плода;
 - 2) анатомической оценки таза;
 - 3) определения срока беременности;
 - 4) функциональной оценки таза;
 - +5) оценки частоты и ритма сердцебиения плода.
23. Окружность живота измеряется:
- 1) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком;
 - 2) на уровне пупка;
 - 3) произвольно;
 - 4) на 2 поперечных пальца выше пупка;
 - +5) на 3 поперечных пальца выше пупка.
24. У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму:
- 1) треугольника;
 - 2) геометрически правильного ромба;
 - 3) правильного четырехугольника;
 - +4) треугольника, вытянутого в вертикальном направлении;
 - 5) квадрата.
25. В акушерстве тесты функциональной диагностики могут быть использованы для:
- 1) оценки готовности организма беременной к родам;
 - 2) диагностики ранних сроков беременности;
 - 3) оценки состояния плода;
 - 4) диагностики угрозы прерывания беременности в ранние сроки;
 - +5) верно все перечисленное.
26. Методом инструментального исследования, применяемым при беременности и в родах, является:
- 1) зондирование матки;
 - +2) осмотр шейки матки в зеркалах;
 - 3) ампирационная биопсия;
 - 4) гистерография;
 - 5) гистероскопия.

Тема 3. Ведение беременности по триместрам. Биомеханизмы родов. Виды предлежания плода.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Обезболивание родов в I и II периодах.
- Влияние обезболивающих средств на плод.
- Значение резус-фактора в акушерской практике.
- Тазовое предлежание/ механизм рождения плода и особенности течения родов.

- Ручное пособие в родах при ягодичном предлежании по методу Н. А. Цовьянова. Классическое ручное пособие.
- Клиника и ведение родов у пожилых первородящих.
- Течение и ведение послеродового периода.
- Переношенная беременность. Запоздалые роды. Диагностика, течение, ведение.
- Течение и ведение беременности и родов при сердечнососудистых заболеваниях матери.
- Кровотечение во II половине беременности.
- Преждевременные роды. Этиология, лечение, профилактика.
- Преждевременное и раннее излитие вод. Причины, профилактика, осложнения.
- Кровотечение в послеродовом периоде. Этиология, лечение.
- Плотное прикрепление и приращение плаценты.
- Кровотечение во II половине беременности. Причины, дифференциальная диагностика, терапия.
- Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Клиника, диагностика, лечение.
- Кровотечение в раннем послеродовом периоде на почве гипо- и афибриногенемии. Этиология, лечение.
- Ведение беременности и родов при предлежании плаценты.
- Поперечное и косое положение плода. Клиника, диагностика, тактика ведения беременности и родов.
- Запущенное поперечное положение плода. Клиника, лечение.
- Анатомически узкий таз. Определение классификация.
- Роды при общеравномерно суженном тазе.
- Механизм рождения плода и клиника родов при плоскорохитическом тазе.
- Переднеголовное предлежание, механизм рождения плода.
- Лицевое предлежание плода. Диагностика, биомеханизм рождения плода. Врачебная тактика.
- Кровотечение в послеродовом периоде. Этиология, лечение.
- Плотное прикрепление и приращение плаценты.
- Кровотечение во II половине беременности. Причины, дифференциальная диагностика, терапия.
- Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Клиника, диагностика, лечение
- Кровотечения во время беременности: причины, клиника,
- Кровотечения во время беременности: дифференциальная диагностика, тактика ведения
- Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде. Причины. Методы борьбы с кровотечением. Профилактика.
- Материнский травматизм. Классификация. Причины. Диагностика.

Тестовый контроль:

1. Маркерами острого нарушения состояния плода при оценке его биофизического профиля являются:

- а) нестрессовый тест;
- б) дыхательные движения плода;
- в) двигательная активность плода;
- г) тонус плода;
- +д) все перечисленное выше.

2. Укажите диагностические критерии критического состояния плодово-плацентарного кровотока:

- а) отсутствие диастолического компонента кровотока в артерии пуповины;
- б) ретроградный диастолический кровоток в артерии пуповины;
- в) нулевой или ретроградный диастолический компонент кровотока в аорте плода;

г) появление протодиастолической выемки на кривой скорости кровотока в маточных артериях;

+д) все перечисленное выше.

3. При ультразвуковом исследовании можно определить:

а) пороки развития плода

б) гематометру после родов

в) локализацию плаценты, степень ее зрелости

г) синдром задержки роста плода

+д) все перечисленное выше

4. Назовите основные статистические показатели, отражающие работу родильного стационара:

а) перинатальная смертность;

б) материнская смертность;

в) септическая заболеваемость;

г) родовой травматизм;

+д) все перечисленное выше.

5. Данные влагалищного исследования, свидетельствующие о беременности малого срока:

а) легкая смещаемость шейки матки;

б) асимметрия матки;

в) размягчение перешейка матки;

г) изменение консистенции матки при исследовании;

+д) все перечисленное выше.

6. Диагностика маточной беременности малого срока основывается на:

а) результатах ультразвукового исследования;

б) результатах измерения базальной температуры;

в) результатах определения уровня хорионического гонадотропина в крови и/или моче;

г) обнаружении вероятных признаков беременности;

+д) все перечисленное выше.

7. Тест базальной температуры основан

а) на воздействии эстрогенов на гипоталамус;

б) на влиянии простагландинов на гипоталамус;

+в) на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса;

г) ни на чем из перечисленного;

д) на всем перечисленном.

8. Показателем недостаточности функции желтого тела на графике базальной температуры (при нормопонирующем менструальном цикле) является продолжительность второй фазы менее

а) 4–6 дней;

б) 6–8 дней;

в) 8–10 дней;

+г) 10–12 дней;

д) ничего из перечисленного.

9. При двухфазном менструальном цикле разница базальной температуры I и II фаз составляет

а) 0,2–0,3°C;

+б) 0,4–0,6°C;

в) 0,7–0,8°C;

г) 0,9–1,5°C;

д) ничего из перечисленного.

10. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные

а) базальная частота сердечных сокращений;

б) наличие и частота акцелераций;

в) наличие децелераций;

г) амплитуда мгновенных осцилляций;

+д) все перечисленные.

11. О тяжелом внутриутробном страдании плода по данным КТГ свидетельствует следующая амплитуда мгновенных осцилляций

+а) 0–5 в минуту;

б) 5–10 в минуту;

в) 10–25 в минуту;

г) все перечисленные;

д) ни одна из перечисленных.

12. Сократительную функцию матки можно оценить с помощью

а) наружной гистерографии;

б) внутренней токографии;

в) реографии;

г) радиотелеметрии;

+д) всего перечисленного.

13. При проведении окситоцинового теста наличие ранних децелераций, как правило, свидетельствует

а) о хорошем состоянии плода;

+б) о начальных признаках страдания плода;

в) о выраженных признаках страдания плода;

г) о гибели плода;

д) ни о чем из перечисленного.

14. Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам

а) пробы Зимницкого;

б) количества мочевины в крови;

в) количества креатинина в крови;

+г) всего перечисленного;

д) ничего из перечисленного.

15. Бесстрессовый тест основан

+а) на оценке реактивности сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его шевеление, сокращение матки, действие внешних раздражителей;

б) на учете числа движений плода в 1 ч;

в) на реакции сердечной деятельности плода в ответ на внутривенное введение матери раствора атропина;

г) на всем перечисленном;

+д) ни на чем из перечисленного.

16. В диагностике переносенной беременности помогают следующие методы исследования

+а) амниоскопия;

б) ЭКГ и ФКГ плода;

в) динамика изменения окружности живота и высоты дна матки;

г) кольпоцитология;

д) все перечисленные.

17. Базальной частотой сердечных сокращений (ЧСС) плода называется

+а) ЧСС, сохраняющаяся неизменной в течение 10 мин и более;

б) ЧСС при повышении внутриматочного давления в схватку;

в) число мгновенных колебаний (осцилляций) за 10 мин исследования;

г) сердцебиение плода до начала процесса родов;

д) ничего из перечисленного.

18. О вариабельности частоты сердечных сокращений (ЧСС) плода на кардиотахограмме судят

+а) по отклонению от среднего уровня базальной частоты в виде осцилляций;

- б) по наличию ускоренного или замедленного ритма ЧСС;
- в) по отклонению от среднего уровня базальной частоты;
- г) ни по чему из перечисленного;
- д) по всем перечисленным признакам.

19. Наименьшим сроком беременности, считая от момента зачатия, при котором можно обнаружить плодное яйцо с помощью трансабдоминальной эхографии, является

- а) 1 неделя;
- б) 2 недели;
- +в) 3 недели;
- г) 4 недели;
- д) 5 недель.

20. Амниоскопия позволяет, в основном, оценить

- а) количество околоплодных вод;
- б) окрашивание околоплодных вод;
- в) наличие хлопьев сыровидной смазки;
- +г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

21. Для диагностики функции ФПС используют все перечисленные методы, кроме

- +а) рентгенологических;
- б) ультразвуковых;
- в) гормональных;
- г) радиоизотопных (сцинтиграфия);
- д) доплервского.

Практические навыки:

1. Измерение наружной конъюгаты.
2. Измерение размеров ромба Михаэлиса.
3. Определение индекса Соловьева.
4. Рассчитайте срок беременности по предложенным данным.
5. Определение дистанций спинарум, кристарум, трохантерика.
6. Определение степени раскрытия шейки матки.
7. Определение степени зрелости шейки матки.
8. Определение опознавательных точек предлежащей части плода.
9. Определение отношения предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз.
10. Определение позиции, вида и предлежания плода.
11. Провести осмотр шейки матки и сводов влагалища с помощью зеркал.
12. Выполнить влагалищное исследование в родах.
13. Наметить план дальнейшего обследования и лечения беременной с предлежанием плаценты.
14. Наметить план дальнейшего обследования и лечения беременной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.
15. Собрать набор инструментария для проведения операции вскрытия плодного пузыря, кесарева сечения.
16. Провести наружное акушерское обследование беременных.
17. Сформулировать и обосновать диагноз при тазовом и неправильном положении плода.
18. Оказать ручное пособие при родах в тазовом предлежании (на муляже).
19. Провести измерение наружных размеров таза, высоты стояния дна матки и лонного сочленения, индекса Соловьева, окружности живота; оценить форму и размеры ромба Михаэлиса.
20. Определить предлежащую часть плода, отношение головки плода к плоскости входа в малый таз.

Тема 4. Типичные осложнения и их профилактика. Ранняя диагностика и профилактика

осложнений беременности.

Собеседование по контрольным вопросам:

- *Материнская и перинатальная смертность. Понятие, причины, профилактика, пути снижения.*
- *Планирование семьи. Методы контрацепции.*
- *Контрацепция. Виды, показания, противопоказания.*
- *Показатели деятельности стационара и женской консультации. Приказ №572-н.*
- *Акушерско-гинекологическая помощь в женской консультации. Организация ведения беременных, входящих в группу риска.*
- *Основные качественные показатели работы акушерского стационара*
- *Дополнительные методы обследования в акушерстве и перинатологии. Биохимический и ультразвуковой скрининг беременных. Сроки проведения, диагностическая значимость.*
- *Методы обследования в гинекологии (клинические, морфологические, гормональные, генетические, рентгенологические, бактериальные, хирургические, цитологические, иммунологические, эндоскопические и другие).*
- *Аntenатальная диагностика состояния плода. Методы, диагностическая значимость.*
- *Оплодотворение и развитие плодного яйца*
- *Критические периоды развития эмбриона и плода.*
- *Родовой травматизм матери. Понятие, классификация, причины, клинические проявления, диагностика, профилактика и лечение. Принципы защиты промежности.*
- *Антигенная несовместимость матери и плода по системе АВО и резус-фактору. Диагностика, тактика ведения беременности и родов. Профилактика резус-сенсibilизации.*
- *Внутриутробные инфекции. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.*
- *ВИЧ инфекция при беременности. Профилактика вертикальной передачи. Тактика родоразрешения.*
- *Фетоплацентарная недостаточность. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и терапия.*
- *Задержка роста плода. Понятие, этиология, классификация, диагностика, тактика ведения.*
- *Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Понятие, этиология и патогенез, диагностика, принципы лечения, профилактика.*
- *Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиника, диагностика, оценка кровопотери, лечение, профилактика.*
- *Предлежание плаценты. Этиология, диагностика, клиника, ведение беременности, тактика родоразрешения.*
- *Кровотечение в последовом периоде. Понятие, причины, диагностика, тактика лечения, профилактика.*
- *Геморрагический шок. Патогенез, клиническая картина, диагностика. Основные принципы терапии.*
- *ДВС-синдром в акушерстве. Клиническая картина (формы стадии, варианты). Диагностика, лечение.*
- *Привычное невынашивание беременности. Понятие, этиология, диагностика, лечение. Предгравидарная подготовка. Эфферентные методы лечения.*
- *Самопроизвольный выкидыш. Понятие, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.*
- *Преждевременные роды. Понятие, этиология, классификация, патогенез, клиника, профилактика и лечение. Тактика ведения при дородовом излитии околоплодных вод.*

Тестовый контроль:

1. *Переношенная беременность характеризуется*
 - а) *наличием патологических изменений в плаценте;*
 - б) *нарушением функции плаценты;*
 - в) *запоздалым созревaniem плаценты;*

- г) уменьшением количества околоплодных вод;
+д) всем перечисленным.
2. Выделительная функция почек у плода при переношенной беременности
- а) повышена;
б) не изменена;
+в) понижена;
г) как в общей популяции;
д) зависит от причин перенашивания.
3. Шкала Сильвермана применяется для оценки новорожденного
- а) доношенного;
+б) недоношенного;
в) переношенного;
г) зрелого;
д) с внутриутробной задержкой роста.
4. При ведении преждевременных родов в тазовом предлежании показано применение пособия по Цовьянову
- а) да;
+б) нет;
в) только при чистом ягодичном предлежании;
г) при ножном предлежании;
д) при смешанных ягодичных предлежаниях.
5. В системе гемостаза у переношенного новорожденного происходит
- +а) гиперкоагуляция;
б) гипокоагуляция;
в) выраженные изменения отсутствуют;
г) активизируется только сосудисто-тромбоцитарное звено;
д) правильно б и г.
6. Гормональная функция плаценты при переношенной беременности
- +а) снижена;
б) повышена;
в) не изменена;
г) изменяется индивидуально;
д) зависит от причин перенашивания.
7. О критическом состоянии плода свидетельствует
- +а) однонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах;
б) разнонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах;
в) ни то, ни другое;
г) и то, и другое;
д) изменения индивидуальны.
8. При реанимации новорожденного оксигенацию осуществляют
- а) чистым кислородом;
+б) смесью 80–60% кислорода и воздуха;
в) гелио-кислородной смесью (1:1);
г) только воздухом;
д) ничем из перечисленного.
9. Снижение мышечного тонуса у новорожденного обусловлено нарушением
- а) кислотно-щелочного состояния крови;
б) метаболизма;
в) мозгового кровообращения;
+г) всего перечисленного;
д) ничего из перечисленного.
10. При гипоксии плода ацидоз плазмы крови

- +а) нарастает;
- б) снижается;
- в) существенно не изменяется;
- г) изменяется так же, как в эритроцитах;
- д) сначала нарастает, затем снижается.

11. При лечении гипоксии и постгипоксического состояния у новорожденного целесообразно использовать

- а) этимизол;
- б) цитохром-С;
- в) кокарбоксилазу;
- +г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

12. Изменения гемодинамики у новорожденного при острой гипоксии отличаются от хронической

- а) снижением ОЦК;
- б) снижением гематокрита;
- +в) всем перечисленным;
- г) ничем из перечисленного;
- д) изменения индивидуальны.

13. Снижение вариабельности базального ритма (частоты сердечных сокращений плода) при оценке кардиотохограммы

- +а) свидетельствует о гипоксии плода;
- б) свидетельствует об отсутствии гипоксии плода;
- в) не является существенным признаком;
- г) отражает задержку развития плода;
- д) ничего из перечисленного.

14. Введение раствора глюкозы используют

- а) при отсутствии спонтанного дыхания;
- б) при отсутствии сердцебиения;
- +в) на фоне адекватной ИВЛ;
- г) ни при чем, из перечисленного;
- д) при любом из состояний.

15. При наличии разнояйцовой многоплодной беременности зрелость плодов определяется

- а) отдельно по массе тела;
- б) отдельно по длине плодов;
- в) по признакам зрелости у каждого плода отдельно;
- +г) по всему перечисленному;
- д) ни по чему, из перечисленного.

16. Частота развития синдрома дыхательных расстройств у новорожденного главным образом обусловлена

- а) его массой;
- б) его ростом;
- в) гестационным возрастом новорожденного;
- +г) степенью незрелости новорожденного;
- д) ни чем из перечисленного.

17. Идиопатический респираторный дистресс-синдром – это

- а) расстройство дыхания;
- б) ателектаз легкого;
- в) отечно-геморрагический синдром;
- г) гиалиновые мембраны;
- +д) все перечисленное.

18. Для оценки степени тяжести синдрома дыхательных расстройств у новорожденного используют

- а) глюкокортикоиды;
- б) катехоламины;
- в) простагландин E₂;
- г) все перечисленное;
- +д) ничего из перечисленного.

19. Секрцию сурфактанта в легких плода усиливают

- а) глюкокортикоиды;
- б) катехоламины;
- в) простагландин E₂;
- +г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

20. Любое субдуральное или церебральное кровоизлияние у плода (новорожденного) является следствием

- а) асфиксии;
- б) родовой травмы;
- в) следствие плацентарной недостаточности;
- +г) всего перечисленного;
- д) ни чего из перечисленного.

21. Масса тела у новорожденного менее 2500 г может быть

- а) у доношенного;
- б) у недоношенного;
- в) у переношенного;
- г) у незрелого;
- +д) у всех перечисленных.

22. Для диагностики внутриутробной задержки роста плода наиболее информативны данные о содержании

- а) прогестерона;
- б) плацентарного лактогена;
- в) трофобластического р-глобулина;
- г) термостабильной щелочной фосфатазы;
- +д) ничего из перечисленного.

23. Причинами синдрома дыхательных расстройств у плода являются

- а) родовая травма ЦНС;
- б) пороки развития сердца;
- в) пороки развития диафрагмы;
- г) внутриутробное инфицирование;
- +д) все перечисленное.

24. Признаками гипоксии плода на кардиотохограмме являются

- а) снижение variability частоты сердечных сокращений;
- б) поздние децелерации;
- в) брадикардия;
- +г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

25. Основными задачами первичной реанимации новорожденных являются

- а) восстановление функции внешнего дыхания;
- б) погашение кислородной задолженности;
- в) коррекция метаболических нарушений;
- +г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

26. Нерациональная кислородотерапия у новорожденного может вызвать

- а) угнетение дыхательных ферментов;
- б) гипероксическую гипоксию;
- в) некроз подкорковых ядер мозга;
- +г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

Тема 5. Догоспитальная помощь при неотложных состояниях в акушерстве. Ведение беременных с экстрагенитальной патологией. Экспертиза трудоспособности при нормальной и осложненной беременности.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Планирование беременности у женщин с экстрагенитальной патологией
- Показания к прерыванию беременности у женщин с экстрагенитальной патологией
- Пороки сердца и беременность. Тактика ведения
- Артериальная гипертензия и беременность
- Артериальная гипотензия и беременность
- Особенности родоразрешения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ведение послеродового периода
- Особенности течения беременности и родов у пациенток с сахарным диабетом.
- Беременность и заболевания крови. Влияние на плод. Диагностика, лечение.
- Пиелонефрит и беременность. Тактика ведения
- Острый цистит, бессимптомная бактериурия и беременность. Тактика ведения, лечение, профилактика
- Осложнения гестации у беременных с экстрагенитальной патологией, профилактика
- Мочекаменная болезнь и беременность. Тактика ведения
- Гломерулонефрит и беременность. Особенности течения беременности и родов, профилактика осложнений гестации
- Острая почечная недостаточность и беременность. Диагностика, лечение
- Заболевания печени и беременность. Тактика ведения
- Контроль качества лечебно-диагностического процесса лечащими врачами отделения на разных этапах и по законченным случаям.
- Контроль качества оформления документации врачами отделения.
- Контроль за выдачей лечащими врачами л/н.
- Контроль качества и эффективности диспансеризации.
- Контроль за своевременностью направления больных на ВК и МСЭ.
- Контроль за своевременным повышением квалификации лечащих врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

Тестовый контроль:

1. Тактика врача при выявлении острого жирового гепатоза

- а) начать подготовку к родам и продолжить комплексную терапию;
- +б) произвести срочное родоразрешение с учетом акушерской ситуации;
- в) продолжить консервативное лечение заболевания;
- г) зависит от клинической картины;
- д) правильно (а) и (в).

2. Симптомы, характерные для острого панкреатита

- а) опоясывающие сильные боли;
- б) тошнота, рвота;
- в) иктеричность кожных покровов;
- +г) правильно а) и б);
- д) все перечисленные.

3. Тактика врача при выявлении острого панкреатита у беременной

- а) срочно прервать беременность;

- б) купировать приступ с последующим прерыванием беременности;
+в) провести комплексную терапию острого панкреатита и терапию, направленную на сохранение беременности;
г) зависит от срока беременности;
д) зависит от выраженности клинических проявлений.
4. Факторы, являющиеся причинами развития сахарного диабета,
а) заболевание поджелудочной железы;
б) заболевание других желез внутренней секреции;
в) нарушение рецепции к инсулину;
г) генетически обусловленные нарушения;
+д) все перечисленные.
5. Сахарный диабет – это заболевание, в основе которого лежит
а) абсолютная недостаточность инсулина в организме;
б) относительная недостаточность инсулина в организме;
в) нарушение обмена веществ;
г) правильно а) и б);
+д) все перечисленное.
6. Основными симптомами сахарного диабета являются
а) жажда;
б) сухость во рту;
в) кожный зуд;
г) полиурия;
+д) все перечисленные.
7. Для диагностики сахарного диабета дополнительным методом исследования является определение
а) содержания глюкозы в крови и в моче;
б) содержания кетоновых тел в крови;
в) содержания ацетона в моче;
г) проведение глюкозотолерантного теста;
+д) всего перечисленного.
8. Содержание глюкозы в крови натощак при применении ортолуидинового метода составляет
+а) в пределах 60–100 мг% (3,3–5,5 ммоль/л);
б) не превышает 120 мг% (6,6 ммоль/л);
в) не превышает 140 мг% (7,7 ммоль/л);
г) не превышает 220 мг% (12,21 ммоль/л);
д) правильно а) и б).
9. Содержание глюкозы в крови натощак в норме (по методу Хагедорна – Йенсена) составляет
+а) в пределах 80–120 мг% (4,4–6,6 ммоль/л);
б) не превышает 140 мг% (7,7 ммоль/л);
в) не превышает 220 мг% (21,21 ммоль/л);
г) правильно а) и б);
д) все выше перечисленное неверно.
10. Тест с нагрузкой углеводами свидетельствует о нарушении толерантности к глюкозе в том случае, если через 2 ч после завтрака гликемия (по методу Хагедорна – Йенсена) превышает
а) 5 ммоль/л;
б) 6,11 ммоль/л;
в) 7,22 ммоль/л;
г) 8,33 ммоль/л;
+д) 9,44 ммоль/л.

11. У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения

- а) поздний токсикоз;
- б) ангиопатия сетчатки;
- в) активация хронической инфекции в мочевыводящих путях;
- г) правильно а) и б);
- +д) все перечисленные.

12. Основными симптомами, предшествующими развитию гиперкетонемической диабетической комы, являются

- а) тошнота, рвота;
- б) появление запаха ацетона в выдыхаемом воздухе;
- в) потеря аппетита, снижение веса тела;
- +г) все перечисленные;
- д) ничего из перечисленного.

13. Предвестниками гипогликемической комы являются

- а) беспокойство, двигательное возбуждение;
- б) чувство голода;
- в) потливость;
- г) правильно б) и в);
- +д) все перечисленные.

14. Для гиперкетонемической (диабетической) комы характерно следующее

- а) полиурия;
- б) тахикардия;
- в) снижение тонуса глазных яблок, тургора кожи;
- г) правильно б) и в);
- +д) все перечисленное.

15. Симптомами, характерными для гипогликемической комы, являются

- а) профузный пот;
- б) клонические и тонические судороги;
- в) повышение тонуса глазных яблок;
- г) правильно б) и в);
- +д) все перечисленные.

16. Основными признаками, характерными для диабетической фетопетии, являются

- а) большая масса тела при рождении;
- б) чрезмерное развитие подкожножировой клетчатки;
- в) недоразвитие нижней части туловища и конечностей;
- г) правильно а) и б);
- +д) все перечисленные.

17. При сахарном диабете у беременной из перечисленных противопоказаний к сохранению беременности верными являются все, кроме

- +а) сахарный диабет всегда является противопоказанием к сохранению беременности;
- б) наличия инсулинрезистентной и лабильной форм сахарного диабета;
- в) сахарного диабета, осложнившегося прогрессирующей ретинопатией;
- г) наличия диабета у обоих супругов;
- д) сахарного диабета, осложнившегося нефроангиосклерозом.

17. Родоразрешение при сахарном диабете производят

- а) при доношенной беременности, если состояние матери и плода удовлетворительное;
- б) преждевременно при декомпенсированном диабете и угрозе здоровью матери;
- в) преждевременно при угрозе здоровью плода;
- +г) всеми перечисленными способами;
- д) правильно (б) и (в).

18. Показаниями для родоразрешения путем операции кесарева сечения является все перечисленное, кроме

- а) сосудистых осложнений диабета;
- б) лабильного диабета со склонностью к кетоацидозу;
- +в) прогрессирующей гипоксии плода при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути при сроке 34 недели беременности и меньше;
- г) тазового предлежания плода при сроке беременности не менее 36 недель;
- д) наличия тяжелого токсикоза беременных.

19. У беременных с нормальным весом, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять

- а) до 1600–1900 ккал;
- +б) 2000–2500 ккал;
- в) 2500–3000 ккал;
- г) 3100–3500 ккал;
- д) более 3500 ккал.

20. У беременных с ожирением, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять

- а) до 1900 ккал;
- +б) 2000–2200 ккал;
- в) 2300–3000 ккал;
- г) 3100–3500 ккал;
- д) правильно в) и г).

21. Влияние беременности на функцию щитовидной железы

- а) не оказывает влияния на функцию щитовидной железы;
- б) угнетает ее функцию;
- +в) усиливает ее функцию;
- г) зависит от течения беременности;
- д) правильно (а) и (г).

22. Влияние тиреоидных гормонов матери на плод

- а) не проникают через плацентарный барьер;
- б) проникают через плацентарный барьер в очень небольшом количестве и не влияют на состояние плода;
- +в) свободно проникают через плацентарный барьер на протяжении всей беременности и имеют большое физиологическое значение для развития плода;
- г) тиреоидные гормоны начинают проникать лишь после 36 недель, когда их действие не оказывает существенного влияния на развитие плода;
- д) правильно (б) и (г).

23. Влияние тиреоидных гормонов плода на течение заболевания у матери при гипофункции щитовидной железы

- а) не проникают через плацентарный барьер;
- б) проникают через плацентарный барьер в очень небольшом количестве, что не отражается на состоянии матери;
- +в) свободно проникают через плацентарный барьер и могут частично или полностью компенсировать явления гипотиреоза у матери;
- г) проникают лишь после 36 недель, что не отражается на состоянии матери;
- д) правильно (б) и (г).

24. Для беременных, страдающих гиперфункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме

- а) сердцебиения;
- б) повышенной возбудимости;
- в) потливости;
- г) экзофтальма;

+д) отечности кожных покровов.

25. Для беременных, страдающих гипофункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме

- а) сонливости;
- б) повышенной сухости кожи;
- в) быстрой утомляемости, вялости;
- +г) гипертензии;
- д) ломкости и исчерченности ногтей.

26. Истинная железодефицитная анемия развивается, как правило, со срока беременности

- а) 8 недель;
- б) 12 недель;
- в) 16 недель;
- +г) 20 недель;
- д) 28 недель.

Тема 6. Бесплодие. Расстройства менструальной функции. Дисфункциональные маточные кровотечения.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Эндокринное бесплодие. Понятие, этиология, формы эндокринного бесплодия, диагностика, лечение, профилактика.
- Трубно-перитонеальное бесплодие. Определение, этиология, патогенез, диагностика, тактика ведения женщин с данной патологией.
- Маточные формы бесплодия. Понятие, этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, реабилитация.
- Посткастрационный синдром. Понятие, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- Синдром склерополикистозных яичников (понятие, классификация, этиология и патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, реабилитация).
- Нейроэндокринные гинекологические синдромы. Клинические формы, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
- Дисфункциональные маточные кровотечения. Понятие. Этиология, патогенез. Классификация. Основные принципы терапии. Профилактика рецидивов в подростковом и репродуктивном возрасте.

Тестовый контроль:

1. Что следует предпринять в первую очередь при патологической кровопотере в раннем послеродовом периоде

- а) прижать аорту;
- б) ввести средства, вызывающие сокращение матки;
- в) наложить клеммы на шейку матки по Бакшееву;
- +г) произвести ручное обследование стенок послеродовой матки;
- д) осмотреть мягкие ткани родовых путей.

2. Наиболее частой причиной позднего послеродового кровотечения является

- а) нарушение сократительной способности мышцы матки;
- б) нарушения в системе гемостаза;
- +в) задержка в матке остатков плацентарной ткани;
- г) трофобластическая болезнь;
- д) ничего из вышеперечисленного.

3. Тактика врача при возникновении кровотечения в третьем периоде родов в отсутствие признаков отделения плаценты

- а) ввести средства, вызывающие сокращение матки;
- б) применить метод Креле-Лазаревича;
- в) применить прием Абуладзе;
- +г) произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;

д) ввести спазмолитические средства.

4. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве

- а) местный гемостаз;
- б) предотвращение нарушений системы гемостаза;
- в) восстановление ОЦК и микроциркуляции;
- г) профилактика дыхательной недостаточности;
- +д) все перечисленное выше верно.

5. Коагулопатическое кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено

- а) массивной кровопотерей и геморрагическим шоком;
- б) наличием исходной патологии системы гемостаза;
- в) преждевременной отслойкой плаценты в родах;
- г) длительной задержкой мертвого плода в полости матки;
- +д) всеми перечисленными выше факторами.

6. В случае приращения плаценты ворсины хориона прикрепляются в пределах

- а) функционального слоя эндометрия;
- +б) миометрия;
- в) базального слоя эндометрия;
- г) периметрия;
- д) параметрия.

7. Перед введением руки в полость матки в третьем периоде родов или раннем послеродовом периоде необходимо

- а) обработать наружные половые органы растворами антисептиков;
- б) опорожнить мочевой пузырь;
- в) подключить внутривенную капельную систему;
- г) провести общее обезболивание;
- +д) выполнить все перечисленные выше манипуляции.

7. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при +а) гестозе; б) воспалительных изменениях эндометрия; в) инфекционно-аллергическом васкулите; г) иммунологическом конфликте между матерью и плодом; д) многоплодной беременностью.

8. Клинические признаки выраженной формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

- а) геморрагический синдром;
- б) болевой синдром;
- в) острая гипоксия плода;
- г) ДВС-синдром;
- +д) все перечисленное выше.

9. Основным фактором, определяющим развитие острой формы ДВС-синдрома при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, является

- а) маточно-плацентарная апоплексия;
- б) морфофункциональные изменения плаценты;
- в) повреждения эндотелия сосудов;
- +г) поступление тромбопластических тканевых субстанций в кровеносную систему матери;
- д) все перечисленное выше.

10. Состояние внутриутробного плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от

- а) площади отслоившейся части плаценты
- б) вида отслойки
- в) быстроты отслойки
- г) морфофункционального состояния плаценты
- +д) всего перечисленного выше

11. При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности

- а) 8–12 нед;
- б) 16–20 нед;
- в) 22–24 нед;
- +г) 28–32 нед;
- д) 36–40 нед.

12. Наиболее характерным клиническим симптомом предлежания плаценты является

- а) хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- б) снижение уровня гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов в крови;
- +в) повторные кровянистые выделения из половых путей;
- г) артериальная гипотензия;
- д) угроза прерывания беременности.

13. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в родах могут быть предприняты все перечисленные ниже меры, кроме

- а) кесарева сечения;
- +б) стимуляции родовой деятельности;
- в) экстракции плода за тазовый конец;
- г) плодоразрушающих операций;
- д) наложения акушерских щипцов.

14. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возможна

- а) во время беременности;
- б) в прелиминарном периоде;
- в) в первом периоде родов;
- г) во втором периоде родов;
- +д) все вышеперечисленное верно.

15. Для коагулопатии характерно

- а) спазм сосудов;
- б) повышенная ломкость и проницаемость капилляров;
- в) развитие прекапиллярного отека;
- г) тромбоз и кровоизлияния;
- +д) все перечисленное выше верно.

16. Укажите факторы, предрасполагающие к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

- а) пожилой возраст первородящей;
- б) много- и маловодие;
- в) перенашивание беременности;
- г) искусственное и самопроизвольное прерывание беременности;
- +д) все перечисленные выше факторы.

17. При развитии матки Кувелера возможно

- а) образование ретроплацентарной гематомы;
- б) инфильтрация мышечного слоя кровью;
- в) нарушение сократительной функции матки;
- г) формирование ДВС-синдрома;
- +д) все перечисленное выше.

18. При возникновении в раннем послеродовом периоде кровотечения, связанного с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, необходимо

- а) ввести утеротонические средства;
- б) провести ручное обследование стенок полости матки и наружно-внутренний массаж матки на кулаке;
- в) наложить клеммы на шейку матки по Бакшееву;
- +г) выполнить экстирпацию матки без придатков;

д) использовать комплекс методов рефлексорного воздействия на матку.

Ситуационные задачи:

Задача 1 Роженица 26 лет, беременность вторая в сроке 40 недель. Первая беременность закончилась абортom. Через час после родов выделился послед. Сразу после рождения послета началось сильное кровотечение. При осмотре послета имеется дефект.

Диагноз. Тактика.

Задача 2 Женщине 26 лет. Третьи роды в сроке 39 недель. Плод живой, доношенный. Через 30 минут после рождения ребенка началось сильное кровотечение. Кровопотеря 500 мл. Имеются признаки отделения плаценты.

Диагноз. Тактика.

Задача 3 Повторнобеременная 34 лет. Беременность 37 недель. Размеры таза нормальные. Роды срочные, продолжаются 6 часов. Схватки средней силы через 7-9 минут. Появилось сильное кровотечение. Сердечные тоны плода 128 ударов в минуту, ритмичные, слева ниже пупка. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена, пропускает два пальца. Прощупываются плодный пузырь и слева край плаценты. Головка плода над входом в малый таз, подвижна, мыс крестца не достигается.

Диагноз. Тактика.

Задача 4 Повторнородящая 35 лет, беременность 39 недель. Размеры таза: 26–28–30–20 см. Роды в срок. Схватки слабые, положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода хорошее. Через 3 часа после начала схваток появилось сильное кровотечение. Влагалищное исследование: шейка матки открыта на 4 см, вся область внутреннего зева закрыта плацентой.

Диагноз. Тактика.

Задача 5 Пациентка Л., 28 лет, обратилась в приемный покой гинекологического отделения с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей после задержки очередной менструации на 3 месяца. Тест на хорионический гонадотропин отрицательный. При бимануальном исследовании и осмотре с помощью зеркал патологических изменений не обнаружено. Проведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки под контролем гистероскопии. Результат гистологического исследования соскоба: эндометрий поздней фазы пролиферации.

Диагноз. Тактика.

Задача 6 Пациентка М., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Имела 2 родов без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает. Последняя менструация началась 3 недели назад и не заканчивается до сих пор - кровянистые выделения периодически усиливаются или уменьшаются. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. План лечения.

Задача 7. У пациентки Ч., 43 лет, после 2-месячной задержки менструации наблюдаются обильные кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся 10 дней. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. План лечения

Задача 8 Пациентка В., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие беременности в течение 4-х лет. Половая жизнь с 20 лет, беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. 79 Бимануальное исследование: тело матки отклонено кзади, нормальной величины и формы,

безболезненное, ограничено-подвижное. Придатки матки с обеих сторон не пальпируются, область их слегка болезненна. Своды влагалища глубокие, свободные, отмечается болезненность крестцово-маточных связок. Выделения из половых путей светлые, слизистые. Предполагаемый диагноз. План обследования и лечения.

Задача 9 Пациентка П., 30 лет, обратилась к врачу женской консультации за справкой о состоянии здоровья. Жалоб нет. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные, в последние 2 года – по 7 дней. Половая жизнь в браке с 20 лет. Перенесла воспалительное заболевание придатков матки после медицинского аборта в 25 лет, лечилась стационарно и амбулаторно. Патологии со стороны внутренних органов, изменений лабораторных данных не выявлено. Гинекологическое исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки субконической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в anteversio-flexio, нормальной величины и формы, плотное, безболезненное, ограничено подвижное. Придатки матки с обеих сторон безболезненны, в области их тяжесть. При обследовании на ИППП выявлена хламидийная инфекция, большое количество лейкоцитов. Диагноз. Тактика ведения.

Тема 7. Острый живот в гинекологии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- «Острый живот» в акушерстве и в гинекологии. Причины. Клиника.
- «Острый живот» в акушерстве и в гинекологии. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
- Внематочная беременность
- Гормональная недостаточность функции яичников.
- Воспалительные заболевания органов малого таза (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика).
- Острое и хроническое воспаление придатков (этиология, клиника, диагностика, лечение, реабилитация).
- Сепсис. Септический шок. Определение, этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
- Пельвиоперитонит, перитонит. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
- Бактериальный шок. Понятие. Основные принципы лечения.
- Аноплексия яичников. Понятие. Этиология. Клиника, диагностика, тактика ведения.

Ситуационные задачи:

Задача 1. На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 4 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года. Гигиена половых органов соблюдается. Ребенок наблюдается врачом-аллергологом в связи с атопическим дерматитом (кожные высыпания на локтевых сгибах и на лице).

Диагноз. Тактика.

Задача 2. Пациентка Р., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, неловкость при ходьбе, повышенную температуру. Боли появились четыре дня назад, после переохлаждения. Последняя менструация 3 недели назад. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование размерами 4х3 см, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, при пальпации отмечается флюктуация. При осмотре шейки матки в зеркалах и бимануальном исследовании отклонений от нормы не выявлено.

Диагноз. План ведения. 60

Задача 3. Пациентка В., 36 лет, поступила в гинекологическое отделение на 3-й день заболевания с жалобами на острую пульсирующую боль в области левой половой губы, повышение температуры тела до 38°С, ухудшение общего самочувствия, общую слабость и

недомогание. Боли усиливаются при физическом напряжении и ходьбе, иррадируют в левую ногу и промежность. Страдает сахарным диабетом, 2 года назад производилось вскрытие абсцесса большой железы преддверия влагалища. При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, температура тела 37,90 С, пульс 92 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств, АД 130/70 мм рт. ст. Гематологические показатели: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 42 мм/ч. Гинекологический осмотр: левая большая половая губа отечна и гиперемирована, в области большой железы преддверия влагалища пальпируется образование размерами 6х4 см, резко болезненное, мягковатой консистенции, местами – флюктуирующее; кожа над ним багрового цвета, имеется местная гиперемия. Данные осмотра шейки матки в зеркалах и влагалищного исследования без особенностей.

Диагноз, тактика, терапия.

Задача 4. Пациентка С., 21 года, на приеме в женской консультации предъявляет жалобы на слизисто-гнойные выделения из половых путей, зуд. При осмотре в зеркалах: слизистая шейки матки резко гиперемирована, отечна, с мелкоточечными кровоизлияниями. Выделения обильные, слизисто-гнойные. При влагалищном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. Обследование. Принципы терапии.

Задача 5. На прием к врачу акушеру-гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка Д., 20 лет, с жалобами на обильные, гнойные выделения из половых путей, зуд, жжение и боли в области влагалища, усиливающиеся при половой жизни. Заболела остро, 2 дня назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в зеркалах: слизистая оболочка влагалища резко гиперемирована, покрыта гнойным налетом, легко кровоточит при дотрагивании. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая не изменена. При бимануальном исследовании патологические изменения не выявлены. Диагноз, лечение.

Задача 6. Молодая нерожавшая женщина заболела остро на второй день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39° С, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь» и доставлена в гинекологический стационар. При обследовании отмечают тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до $10,0 \times 10^9$ /л, ускорение СОЭ до 35 мм в час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании: тело матки в *anteversio-flexio*, несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижное, умеренно болезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметрии не изменены, своды свободные, безболезненные. Выделения скудные, кровянистые без запаха.

Диагноз, тактика.

Задача 7. Пациентка Л., 37 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота с иррадиацией в крестец и поясницу, повышение температура тела до 38-39°С, жажду, сухость во рту. Больна в течение 2 недель. Последняя менструация 8 дней назад. В течение 9 лет с целью контрацепции использует ВМС. Объективно: кожные покровы бледные, лихорадочный румянец. Пульс 100-110 уд/мин, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, незначительно болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре в зеркалах: выделения гнойные, из цервикального канала видны нити ВМС. При бимануальном исследовании: тело матки в *anteversio-flexio*, отклонено вправо, отдельно не определяется, болезненное при пальпации. Придатки справа не определяются, область их безболезненна при пальпации. Параметрий слева каменной плотности, доходит до стенок таза. В общем анализе крови: лейкоциты – 15×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гемоглобин - 98 г/л. Диагноз. План лечения.

Тема 8. Предопухолевые заболевания женских половых органов. Доброкачественные и пограничные опухоли наружных половых органов.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Методы диагностики рака придатков матки.
- Классификация рака тела матки по стадиям TNM.
- Диспансеризация онкогинекологических больных. Группы диспансерного наблюдения.
- Выбор метода лечения рака придатков матки
- Этиология опухолей женских половых органов.
- Иммунологические тесты в диагностике злокачественных опухолей женских половых органов.
- Значение генетического и эпиданамнеза в диагностике ЗНО женских половых органов.
- Методы диагностики рака тела матки.
- Частота рака шейки матки.
- Предраковые заболевания шейки матки.
- Выбор метода лечения рака тела матки.
- Особенности клинической анатомии лимфатической и венозной систем брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза.
- Методы лучевой терапии злокачественных опухолей женских половых органов.
- Методы диагностики рака шейки матки.
- Опухоли придатков матки. Пути метастазирования рака придатков матки.
- Особенности клинической анатомии лимфатической и венозной систем нижних конечностей.
- Выбор метода лечения рака шейки матки.
- Классификация рака придатков матки по стадиям и TNM.
- Вопросы статистики, эпидемиологии ЗНО женских половых органов.
- Предраковые заболевания женских половых органов. Факторы риска.
- Частота рака тела матки. Предраковые заболевания тела матки.
- Клинические проявления рака придатков матки.
- Экстренная онкология при опухолях женских половых органов Выбор метода лечения.

Тестовый контроль:

1. К фоновым воспалительным процессам шейки матки относятся:

- А) дисплазия
- +Б) истинная эрозия
- В) эктопия
- Г) лейкоплакия
- Д) эндометриоз

2. К отдаленным лимфогенным метастазам при раке шейки матки относятся метастазы в лимфатические узлы:

- А) заплечевые
- Б) внутренние подвздошные
- В) наружные подвздошные
- Г) общие подвздошные
- +Д) парааортальные

3. Для лечения ранних форм рака шейки матки чаще используется:

- +А) хирургический метод
- Б) комбинированный метод
- В) сочетанный лучевой метод
- Г) лекарственный метод

4. Рак молочной железы метастазирует в яичники:

- А) лимфогенным путем
- +Б) ретроградно-лимфогенным путем
- В) гематогенным путем
- Г) имплантационным путем

5. К герминогенным опухолям яичка относятся:

- А) лейдигома

+Б) семинома

В) гранулематозная опухоль

Г) сертолиома

Д) все перечисленное

6. Выберите доброкачественную опухоль яичников, нередко сопровождающуюся асцитом:

А) серозная киста

Б) эндометриозная киста

+В) фиброма

Г) зрелая тератома

7. Внутриэпителиальный рак шейки матки имеет морфологические признаки злокачественности

а) в поверхностном слое

б) только атипию в некоторых клетках

в) только в отдельных участках пласта эпителия

+г) во всей толще эпителия

д) только в базальной мембране

8. Противопоказаниями к гормональному лечению больных гиперпластическими процессами в постменопаузе являются все перечисленные, кроме

а) хронического тромбофлебита

б) миомы матки

в) опухоли яичника

+г) кровянистых выделений из половых путей

д) хронического гепатита

9. Дифференциальную диагностику гиперпластических процессов и рака эндометрия следует проводить

а) с субмукозным узлом миомы

б) с железисто-фиброзным полипом эндометрия

в) с гормональноактивной опухолью яичника

г) верно а) и б)

+д) со всем перечисленным

10. Основной путь метастазирования при раке эндометрия

а) гематогенный

+б) лимфогенный

в) имплантационный

г) контактный

д) восходящий

11. Первая стадия рака эндометрия разделяется на варианты (а, б, в) в зависимости

а) от степени распространения опухоли за пределы матки

+б) от степени инвазии опухоли в миометрий

в) от величины полости матки

г) от размеров матки

д) от наличия метастазов

12. Наиболее часто при раке эндометрия I стадии производят

а) экстирпацию матки с придатками и верхней третью влагалища

б) экстирпацию матки с придатками, верхней третью влагалища и лимфаденэктомию

в) расширенную экстирпацию матки с придатками по Вертгейму

+г) верно а) и б)

д) верно все перечисленное

13. Профилактика развития рака эндометрия состоит

а) в устранении нарушений овуляции

б) в своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни

в) в применении гормональной терапии

г) верно а) и б)

+д) во всем перечисленном

14. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки – это

+а) предрак

б) начальная форма рака

в) фондовый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) рак на месте

15. Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки является все перечисленное, кроме

а) отсутствия инвазии в подлежащую строму

б) сохранения базальной мембраны

в) клеточного атипизма во всем пласте эпителия

+г) очагового проникновения группы клеток в строму

д) ничего из перечисленного

16. Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклеидный метод

+г) цитологическое исследование мазков

д) кульдоскопия

17. Микроинвазивный рак шейки матки называют «компенсированным» в связи с тем, что он имеет

а) малую стромальную инвазию

б) низкую потенцию к метастазированию

в) раковые эмболы в лимфатических щелях

+г) верно а) и б)

д) все перечисленное

18. Микроинвазивный рак шейки матки по своему клиническому течению сходен

а) с тяжелой дисплазией

б) с внутриэпителиальным раком

в) с инвазивным раком

+г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

19. При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых пациенток методом выбора лечения является

а) экстирпация матки с придатками

б) экстирпация матки без придатков

в) криодеструкция

+г) электроконизация

д) ампутация шейки матки

20. При внутриэпителиальном раке шейки матки у женщин 50 лет и старше с лечебной целью целесообразно производить

+а) экстирпацию матки с придатками

б) экстирпацию матки без придатков

в) криодеструкцию

г) электроконизацию

д) лазеротерапию

21. При микроинвазивном раке шейки матки у женщин репродуктивного возраста применяются все перечисленные виды лечения, кроме

а) лазерной конизации

б) высокой ножевой ампутации шейки матки

- +в) операции Вертгейма
 - г) экстирпации матки без придатков
 - д) все перечисленное верно
22. Комбинированный метод лечения больных с онкогинекологической патологией включает комбинацию двух методов (из числа указанных), кроме
- а) хирургического и химиотерапевтического
 - б) лучевого и химиотерапевтического
 - в) гормонотерапии и хирургического
 - +г) хирургического и лучевого
 - д) всех перечисленных
23. Операция Вертгейма отличается от простой экстирпации матки удалением
- а) связок матки
 - б) параметральной клетчатки
 - в) подвздошных лимфатических узлов
 - г) верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку
 - +д) всего перечисленного
24. С какими заболеваниями шейки матки больные не должны состоять на учете у врача-гинеколога?
- а) рецидивирующий полипоз
 - +б) простая форма лейкоплакии
 - в) лейкоплакия с атипией
 - г) дисплазия
 - д) эритроплакия

Тематика рефератов:

- «Предраковые заболевания шейки матки».
- «Скрининг-метод шейки матки».
- «Диагностика злокачественных опухолей женских половых органов».
- «Раке шейки матки у молодых пациенток, метод выбора лечения».
- «Рак эндометрия».

Раздел 3. Болезни детей и подростков в общей врачебной практике.

Тема 1. Принципы рационального вскармливания детей грудного возраста (естественное, искусственное, смешанное). Питание больного ребенка. Физиология и патология детей периода новорожденности.

Собеседование по контрольным вопросам:

- *Вскармливание детей первого года жизни. Основные пищевые вещества и их значение для детского организма.*
- *Питание беременных женщин и кормящих матерей.*
- *Грудное вскармливание. Анатомия грудной железы.*
- *Состав женского молока.*
- *Значение грудного вскармливания для ребенка и для матери.*
- *Организация вскармливания детей в родильном доме.*
- *Виды вскармливания новорожденных.*
- *Принципы грудного вскармливания.*
- *Затруднения при кормлении грудью со стороны матери и ребенка.*
- *Критерии доношенности и недоношенности.*
- *Нервнопсихическое развитие новорожденного ребенка.*
- *Анатомо-физиологические особенности недоношенных.*
- *Особенности течения периода ранней постнатальной адаптации у недоношенных.*
- *Периоды адаптации новорожденных. Пограничные состояния новорожденных.*
- *Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка.*

- Особенности выхаживания и вскармливания недоношенных детей. Техника кормления. «Метод кенгуру».
- Искусственное вскармливание. Классификация молочных смесей.
- Смешанное вскармливание. Показание к назначению. Правила введения докорма.
- Гипогалактия, ее причины и лечение.

Тестовый контроль:

1. Прикорм вводится на неадаптированных смесях

а) в сроки по видам прикорма с использованием неадаптированных смесей

+б) раньше на 2-3 недели при смешанном и искусственном вскармливании

в) позже на 2-3 недели при смешанном и искусственном вскармливании

г) раньше на 2 месяца при смешанном и искусственном вскармливании

2. Нецелесообразно готовить кашу ребенку 5 месяцев

а) на половинном молоке

+б) на цельном молоке

в) на овощном отваре пополам с молоком

г) на 2/3 разведения молока

3. Выделение из крови новорожденного ребенка метициллин - резистентных стафилококков и энтерококков указывает на необходимость назначения одного из ниже перечисленных препаратов:

а) гентамицин

б) диоксидин

в) азитромицин

+г) ванкомицин

д) тиенам

4. Критерием для постановки диагноза анемии у новорожденных детей на 1-ой неделе жизни является снижение уровня гемоглобина:

а) ниже 170 г/л

+б) ниже 145 г/л

в) ниже 130 г/л

г) ниже 116 г/л

5. При развитии олигурии в результате гиповолемического шока необходимо:

а) введение диуретиков

б) хирургическое вмешательство

в) проведение гемодиализа

+г) восполнение ОЦК и нормализация артериального давления

6. Паратиреоидный гормон:

а) снижает экскрецию кальция почками

б) увеличивает реабсорбцию кальция из кишечника

в) увеличивает высвобождение кальция из костной ткани

г) увеличивает концентрацию сывороточного кальция

+д) все ответы верны

7. При условии минимального количества сыворотки крови ребенка, страдающего АГС, находящегося в экзикозе, в первую очередь следует определить уровень:

а) белка и мочевины

б) белковых фракций и трансаминаз

+в) электролитов и сахара

г) кальция и фосфора, щелочной фосфатазы

8. Вторичный кистоз фиброз поджелудочной железы возникает при:

а) токсоплазмозе

б) листериозе

+в) цитомегаловирусной инфекции

г) хламидиозе

9. АГС наследуется по:

а) аутосомно-доминантному типу

+б) аутосомно-рецессивному типу

в) доминантному, сцепленному с полом (X-хромосома) типу

г) полигенному типу

10. Для асептического некроза характерно:

а) уплотнение подкожной клетчатки

б) локализация в области спины и мест сдавления

в) синюшный оттенок кожи

+г) все ответы верны

11. Может ли неонатолог только на основании данных анамнеза о течении беременности и родов точно определить степень тяжести поражения ЦНС у новорожденного ребенка при первичном осмотре:

а) да, может.

б) нет, не может

в) может в некоторых случаях

12. Какие витаминные препараты не следует назначать детям с пищевой аллергией:

а) B5, B15

+б) C, B1

в) E

г) рутин

13. Кариотип при синдроме Клайнфельтера:

а) 47 XYY

+б) 47 XXY

в) 45 XO

г) 47 XY18p

14. Экзантемой из перечисленных респираторных вирусных заболеваний сопровождается:

а) грипп

б) аденовирусная инфекция

+в) энтеровирусная инфекция

г) респираторно-синцитиальная инфекция

15. При выявлении у новорожденного тотального паралича верхней конечности повреждены корешки или нервы из сегментов спинного мозга на уровне:

а) C1-C4

б) C5-C6

+в) C5-Th1

г) C7-Th1

д) C1-Th1

16. Потеря жидкости у новорожденного ребенка может привести к:

а) снижению объема циркулирующей плазмы

б) нарастанию желтухи

в) гипернатриемии

+г) все ответы правильные

17. Дифференциальный диагноз при галактоземии следует проводить с:

а) внутриутробными инфекциями, сопровождающимися желтухой

б) сепсисом

в) гемолитическими и негемолитическими желтухами

+г) всеми перечисленными заболеваниями

18. Энтеровирусная инфекция может осложниться у новорожденных:

+а) серозным менингитом и миокардитом

- б) пневмонией
- в) ото-анtritом
- г) пиелонефритом

19. Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфофункциональной зрелости:

- а) гипофиза
- б) надпочечников
- в) вилочковой железы
- +г) щитовидной железы

2. Абсолютным противопоказанием к кормлению грудью со стороны ребенка являются:

- а) галактоземия
- б) фенилкетонурия
- в) болезнь "кленового сиропа"
- +г) все ответы правильные

21. Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:

- а) снижения секреции антидиуретического гормона
- б) врожденной гиперплазии коры надпочечников
- в) внутривенного введения больших объемов жидкости
- +г) всех перечисленных факторов

Тема 2. Физиологические особенности развития ребенка в разные возрастные периоды.

Заболевания детей раннего возраста.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Рахит и рахитоподобные заболевания.
- Группы риска рахита. Диагностические критерии. Клиническое течение заболевания. Лечебные схемы, выбор препаратов и реабилитационного комплекса.
- Нарушение полового созревания. Анатомо-физиологические особенности мочевыводящей системы у детей.
- Болезни почек у детей. Острые гломерулонефриты.
- Основные принципы возрастной периодизации. Акселерация и ретардация развития.
- Наследственность развития организма. Роль ДНК и РНК в передаче наследственной информации. Понятие о генотипе и фенотипе.
- Значение опорно-двигательного аппарата. Мышечная масса и сила мышц в различные возрастные периоды.
- Возрастные особенности физических качеств.
- Формирование различных отделов нервной системы в процессе онтогенеза.
- Особенности рефлекторной деятельности детей и подростков.
- Возрастные особенности развития желез внутренней секреции. Влияние гормонов на рост и развитие организма ребенка.
- Особенности высшей нервной деятельности детей и подростков.
- Особенности формирования двигательных навыков в дошкольном и младшем школьном возрастах.
- Особенности безусловного и условного торможения у детей.
- Развитие речи у детей.
- Типологические особенности высшей нервной деятельности ребенка.
- Особенности сенсорной функции у детей и подростков.
- Развитие функций двигательного и вестибулярного анализатора у детей.
- Возрастные особенности функции зрительного анализатора.
- Возрастные особенности функции слухового анализатора.
- Возрастные особенности вкусового, обонятельного и кожного анализаторов.
- Возрастные особенности изменения плазмы и форменных элементов крови. Возрастные особенности системы гемостаза.

- *Возрастные особенности кровообращения. Возрастные изменения кровяного давления. «Юношеская гипертония» и ее причины.*

Тестовый контроль:

1. *период первого вытяжения (ускорения роста) приходится на возраст:*

+а) 4–6 лет у мальчиков и 6–7 лет у девочек

б) 4–6 лет у мальчиков и 9–10 лет у девочек

в) 6–9 лет у мальчиков и 6–8 лет у девочек

г) 6–9 лет у мальчиков и 9–10 лет у девочек

2. *период второго вытяжения (ускорения роста) приходится на возраст:*

а) 8–10 лет у мальчиков и 10–12 лет у девочек

б) 11–12 лет у мальчиков и 8–10 лет у девочек

в) 13–16 лет у мальчиков и 8–10 лет у девочек

+г) 13–16 лет у мальчиков и 10–15 лет у девочек

3. *средняя длина тела (в см) доношенного новорожденного составляет:*

а) 45–47

б) 47–49

+в) 50–53

г) 53–55

д) 55–56

4. *средняя масса тела (в г) доношенного новорожденного составляет:*

а) 2700–2900

б) 3000–3200

+в) 3300–3400

г) 3500–3700

5. *массо-ростовой показатель доношенных новорожденных детей составляет:*

а) 20–40

б) 40–60

+в) 60–80

г) 80–100

6. *окружность головы (в см) доношенного ребенка в среднем при рождении составляет:*

а) 28–30

б) 30–32

в) 32–34

+г) 34–36

7. *окружность груди (в см) доношенного ребенка при рождении составляет:*

а) 28–30

б) 30–32

+в) 32–34

г) 34–36

8. *масса мозга относительно массы тела (в %) у новорожденного составляет:*

а) 5

б) 7

+в) 10

г) 15

9. *проницаемость гемато-энцефалического барьера у детей по сравнению со взрослыми:*

+а) выше

б) ниже

в) такая же

10. *особенностями кровоснабжения мозга и оттока крови у детей раннего возраста являются:*

а) кровоснабжение хуже, отток лучше

- б) кровоснабжение хуже, отток затруднён
- +в) кровоснабжение лучше, отток затруднён
- г) кровоснабжение лучше, отток лучше

11. аускультативный тип дыхания, характерный для детей раннего возраста и дошкольников

- а) жесткое
- б) везикулярное
- +в) пуэрильное
- г) усиленное бронхиальное

12. колебания частоты дыхания у доношенных новорожденных в покое за 1 мин составляют:

- а) 20 – 30
- +б) 30 - 50
- в) 50 - 60
- г) 60 – 70

13. средняя частота дыхания за 1 мин у ребенка в 1 год составляет:

- а) 25
- +б) 30
- в) 40
- г) 50

14. средняя частота дыхания за 1 мин у ребенка 5 лет составляет:

- а) 15
- б) 20
- +в) 25
- г) 35

15. соотношение между частотой дыхания и пульса у детей 1-го года жизни составляет:

- а) 1 : 2,5
- +б) 1 : 3 - 3,5
- в) 1 : 3,5 - 4
- г) 1 : 5

16. оксигенированная в плаценте кровь поступает к плоду через

- а) пупочные артерии
- б) пупочную артерию
- +в) пупочную вену
- г) пупочные вены

17. артериальный (боталлов проток) соединяет:

- а) пупочную и нижнюю полую вены
- +б) легочную артерию и аорту
- в) легочную и правую подключичную артерии
- г) аорту и левую подключичную артерии

18. средняя частота сердечных сокращений в покое за 1 мин у доношенного новорожденного составляет:

- а) 90 б) 110
- +в) 140
- г) 170

19. средняя частота сердечных сокращений за 1 мин у ребенка в 1 год составляет:

- а) 100
- +б) 120
- в) 140
- г) 160

20. средняя частота сердечных сокращений за 1 мин у ребенка в 5 лет составляет:

- а) 80
- б) 90
- +в) 100

г) 120

21. среднее систолическое артериальное давление (мм рт.ст.) у детей старше 1 года рассчитывается по формуле (n – возраст в годах):

а) $60+2n$

б) $90+n$

+в) $90+2n$

г) $100+n$

22. артериальное давление на ногах по сравнению с АД на руках:

а) такое же

+б) выше

в) ниже

23. левая граница относительной тупости сердца у новорожденного находится:

а) по срединно-ключичной линии

б) по передней подмышечной линии

+в) снаружи от срединно-ключичной линии на 1–2 см

г) внутри от срединно-ключичной линии на 1–2 см

24. правая граница относительной тупости сердца у детей не должна выступать за:

а) левую стернальную линию

б) правую стернальную линию

+в) правую парастернальную линию

г) правую срединно-ключичную линию

Тема 3. Детские инфекционные болезни. Особенности подросткового возраста Вакцинация и ревакцинация.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Правовые аспекты вакцинопрофилактики;
- Организация работы прививочного кабинета;
- Надзор за качеством вакцин, Транспортировка и хранение вакцин;
- Вакцины календаря прививок РФ
- Противопоказания к вакцинации (истинные и ложные, постоянные и временные, общие и частные, абсолютные и относительные)
- Вакцинация детей с реакциями и осложнениями на предыдущее введение вакцин;
- Вакцинация отдельных групп (анемия, рахит, перинатальная энцефалопатия, недоношенность);
- Вакцинация при острых заболеваниях;
- Вакцинация детей, имеющих в анамнезе введение препаратов крови;
- Группы детей, требующие особого подхода при вакцинации
- Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде, связь с вакцинацией;
- Патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика неблагоприятных эффектов вакцинации;
- Вакцинация при аллергических заболеваниях, иммунодефицитных состояниях, хронических болезнях внутренних органов.
- Виды вакцин (характеристика и классификация вакцинных препаратов);
- Состав вакцин;
- Комбинированные вакцинные препараты;

Тематика рефератов:

- «Эпидемиологическую эффективность иммунопрофилактики коклюша».
- «Обоснованности медицинских отводов у детей от прививок против коклюша».
- «История вакцинопрофилактики».
- «Антивакцинальная пропаганда».
- «Иммунологические механизмы вакцинации».

Ситуационные задачи:

Задача 1. Пятимесячному ребенку с неотягощенным биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит инактивированной вакциной + пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенес без реакций и осложнений. На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме». При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 2 см.

1. Дайте заключение по данному случаю.

2. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.

3. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка?

4. Каковы абсолютные противопоказания для вакцинации ребенка против дифтерии, коклюша, столбняка.

5. Тактика врача-педиатра участкового.

Задача 2. Ребенок, возраст 3 месяца, не привит. В родильном доме не был вакцинирован БЦЖ так как не было в наличии вакцины. От вакцинации против гепатита В - отказ. В данный момент на приеме у педиатра по поводу начала иммунизации ребенка. При осмотре ребенок здоров.

1. Тактика поведения участкового педиатра в отношении данного ребёнка.

2. С какого вакцинального препарата следует начать индивидуальный календарь прививок этому ребенку?

3. Можно ли одновременно провести вакцинацию БЦЖ и АКДС?

Задача 3. Новорожденный ребенок с массой тела 3450г., длина тела 42см находится в роддзале. Состояние ребенка удовлетворительное, оценка по Апгар 9 баллов. Установлено, что мать HBsAg «+».

1. Тактика в отношении проведения вакцинаций данному ребёнку.

2. Укажите какова будет тактика в отношении ребёнка, если у матери обследования на HBsAg не проведены?

Задача 4. Ребенку 6 лет. Участковый педиатр на вызове поставил диагноз: «ветряная оспа типичная форма, период высыпания, средней степени тяжести». Диагноз «ветряная оспа» выставлен на основании жалоб на повышение температуры, слабость, высыпания на коже, данных анамнеза (не болел ветряной оспой ранее, постепенное развитие клиники, сначала повышение температуры, умеренные катаральные проявления, затем появление на волосистой части головы, лице и туловище единичных пятнисто-папулезных элементов, которые затем превратились в везикулы, толчкообразное появление сыпи, наличие сильного зуда кожи), данных осмотра (гипертермия, «ложный» полиморфизм сыпи, наличие на слизистой твердого неба нескольких поверхностных эрозий). Ребенок получает лечение в амбулаторных условиях.

1. На детей до 7 лет, бывших в контакте с больным и не болевших ранее этой инфекцией, накладывается карантин. Укажите сроки изоляции?

2. За контактными устанавливается медицинское наблюдение (опрос, осмотр, термометрия один раз). Укажите сколько дней?

3. Контактировавшим из группы риска (иммунодефицитные состояния, заболевания крови, не болевшим беременным) проводится пассивная иммунизация. Укажите каким препаратом и сроки введения?

Задача 5. Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом проведена вторая вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции отдельными шприцами в разные участки тела. Вакцина АКДС введена внутримышечно в

среднюю треть правого бедра. Предыдущую вакцинацию в возрасте трех месяцев перенесла хорошо. На 2-й день после вакцинации мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,7°С, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины АКДС (в средней трети правого бедра). расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обратилась с жалобой в администрацию поликлиники. при осмотре: состояние удовлетворительное. температура тела 38,0°С. кожный покров розовый, горячий, сухой. видимые слизистые розовые, чистые. носовое дыхание свободное. в легких при сравнительной перкуссии легочный звук, одинаковый на симметричных участках. аускультативно дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. чдд 48 в минуту. тоны сердца ясные, ритм правильный. чсс 132 в минуту. живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. печень пальпируется на 1 см от края реберной дуги, край ровный, безболезненный. селезенка не пальпируется. стул кашицеобразный до 4 раз в день. мочеиспускание безболезненное, не учащено. локально: в месте введения вакцины в средней трети правого бедра – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

1. поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. какие лечебные мероприятия следует назначить?
3. перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной акдс.
4. выдержаны ли сроки введения вакцины акдс, полиомиелита и пневмококковой инфекции?
5. следует ли в данном случае подать экстренное извещение в региональный центр респотребнадзора?
6. в каком случае подается экстренное извещение в региональный центр респотребнадзора?

Задача 6. девочка 10 лет заболела 5 дней назад, остро, когда повысилась температура до 39°С, появилось недомогание, снижение аппетита, общая слабость, отмечалась тошнота, рвота. на 4-й день болезни температура тела снизилась, однако сохранялась общая слабость и снижение аппетита, присоединилась боль в правом подреберье, заметили темный цвет мочи, светлую окраску кала. на 5-й день болезни появилась иктеричность склер. Эпиданамнез: 3 недели назад вернулась с отдыха на морском побережье. при осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. Температура тела нормальная. Склеры, видимые слизистые оболочки иктеричные. кожа - легкая иктеричность. Язык обложен белым налетом. Патологии со стороны бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Живот слегка вздут, при пальпации мягкий во всех отделах, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. печень увеличена, пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, слегка болезненная при пальпации, уплотнена, край ровный, поверхность гладкая. селезенка не увеличена. моча темного цвета, стул был утром, со слов девочки, светлый. Общий анализ крови: гемоглобин - 127 г/л, лейкоциты - 3,6x10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 54%, моноциты - 5%, соэ - 13 мм/час. Биохимический анализ крови: билирубин связанный - 38,6 мкмоль/л, свободный - 18,9 мкмоль/л, алат - 610 е/л, асат – 269 е/л. Серологическое исследование (ИФА): hbsag - отрицательный, анти-hav igm - положительный.

1. предположите наиболее вероятный диагноз.
2. обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. составьте план лечения пациента.
4. специфическая профилактика этой инфекции: вакцины и схема вакцинации.
5. составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

Задача 7. На амбулаторном приеме мама с ребенком 4,5 месяцев. Ребенок от 1-й беременности, без осложнений. Масса при рождении 3100 г, длина тела 50 см. привита по календарю. Наследственный анамнез не отягощен – 0,5 индекс отягощенности наследственного анамнеза. Мама обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, беспокойство, появление покраснения, болезненность и уплотнение в месте введения вакцины АКДС. Из анамнеза день назад ребенку на фоне полного здоровья проведены v2 акдс + v2 ипв+v2 пневмококковая инфекция. Предыдущую вакцинацию в

возрасте 3-х месяцев девочка перенесла хорошо. реакций не наблюдалось. при осмотре: температура тела 37,0°С. Видимые слизистые чистые. по внутренним органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный, без патологических примесей. В месте введения вакцины АКДС пальпируется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

1. поставьте диагноз и группу здоровья.
2. обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. дайте рекомендации по дальнейшей тактике иммунизации ребенка
4. перечислите клинические проявления при поствакцинальных осложнениях.
5. в каких ситуациях необходимо подать экстренное извещение при проведении вакцинопрофилактики?

Тема 4. Болезни органов дыхания в детском и подростковом возрасте.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Пневмония у детей. Общая симптоматика пневмонии.
- Этиология бронхитов у детей. Классификация бронхитов.
- Вирусные бронхиты. Бактериальные бронхиты.
- Острые респираторные инфекции, диагностика и лечение.
- Возрастные особенности органов дыхания у детей.
- Острая пневмония у детей. Классификация. Клинико-диагностические критерии. Лечение.
- Острый стенозирующий ларинготрахеит: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
- Эпиглотит: клинические симптомы, диагностика, лечение.
- Инородное тело: клинические симптомы, диагностика, удаление инородного тела у детей разного возраста.
- Бронхиальная астма (БА). Этиология. Классификация. Особенности клинического течения в зависимости от периода заболевания и возраста.
- Базисная терапия БА и лечение приступа БА.
- Диспансеризация детей с острыми заболеваниями органов дыхания.

Тестовый контроль:

1. Что из перечисленных клинических признаков характерно для экссудативного плеврита?
 - +а) смещение органов средостения в здоровую сторону
 - б) смещение органов средостения в большую сторону
 - в) коробочный звук при перкуссии
 - г) везикулярное дыхание при аускультации
 - д) притупление перкуторного звука
2. В каких случаях наблюдается преимущественно экспираторная одышка?
 - +а) обструктивный бронхит
 - б) бронхиальная астма
 - в) круп
 - г) заглоточный абсцесс
 - д) острая неосложненная пневмония
3. К факторам, способствующим развитию пневмонии у новорожденных детей, относятся:
 - а) пневмопатии
 - б) недоношенность
 - в) токсикоз первой половины беременности
 - +г) респираторная инфекция у матери за 2 недели до родов
 - д) затянувшаяся желтуха
4. При острой пневмонии у детей старшего возраста наиболее часто встречается:
 - а) повышение температуры
 - б) увеличение селезенки

+в) интоксикационный синдром

г) влажный кашель

д) абдоминальный синдром

5. Какой симптом является основанием для назначения антибиотикотерапии при острой респираторной вирусной инфекции?

а) повышение температуры позднее третьего дня заболевания

б) повышение температуры в первые три дня заболевания

в) кашель

г) катаральные явления в носоглотке

+д) ухудшение общего состояния больного на фоне проводимой противовирусной терапии

6. Для лечения стафилококковой пневмонии используют:

а) пенициллины

б) левомицетин

+в) аминогликозиды

г) цефалоспорины

д) фторхинолоны

7. Какую из комбинаций антибиотиков Вы считаете нерациональной?

а) пенициллин + цефалотин

б) пенициллин + нетромицин

в) пенициллин + эритромицин

г) ампициллин + оксациллин

+д) пенициллин + тетрациклин

8. Смещение средостения в сторону поражения может наблюдаться при:

а) гемотораксе

б) пневмотораксе

в) гидроневмотораксе

г) лобарной эмфиземе

+д) ателектазе легкого

9. Какие из препаратов стимулируют образование сурфактанта:

а) мукалтин

б) ацетилцистеин

+в) альвеофаг

г) амброксол

10. На основании каких исследований можно поставить диагноз дыхательной недостаточности?

а) подсчета частоты дыхания

+б) участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

в) рентгенологического исследования грудной клетки

г) УЗИ грудной клетки

д) исследования газов артериальной крови (pO_2 , pCO_2)

11. Начальную терапию пневмонии, вызванной грамположительной флорой, следует проводить:

+а) амоксициллином

б) гентамицином

в) левомицетином

г) тетрациклином

д) цефазолином

12. При каких вирусных инфекциях чаще возникает синдром крупа?

а) энтеровирусная инфекция

б) парагрипп

в) аденовирусная инфекция

г) ротавирус

д) грипп

13. Какое число дыхательных движений в 1 мин должно быть у здорового ребенка 2 лет в спокойном состоянии?

а) 25-30

+б) 40-50

в) 30-35

г) 18-20

д) 15-16

14. Укажите основные показания для диагностической бронхоскопии у детей:

+а) бронхиальная астма

б) острый бронхит

в) персистирующий кашель неясного генеза

г) подозрение на аспирацию инородного тела

д) подозрение на опухоль бронхов

15. Деструктивный процесс в легких характерен для пневмонии, вызванной:

а) пневмококком

б) синегнойной палочкой

+в) стрептококком

г) стафилококком

д) хламидией

16. Какие отрицательные моменты имеет назначение гентамицина у детей:

а) способствует возникновению анемии

б) нефротоксическое действие

в) отсутствие эффекта против пневмококка

+г) ототоксический эффект

д) частые аллергические проявления при его использовании

17. Назовите признаки, характерные для острого бронхита:

а) интоксикация

б) рассеянные влажные среднепузырчатые хрипы в легких

в) наличие односторонних влажных мелкопузырчатых хрипов в легких

+г) умеренные сдвиги воспалительного характера в анализе крови

д) наличие очаговой инфильтрации в легких на R-грамме

18. Какой симптом является основанием для назначения антибиотикотерапии при ОРВИ:

а) снижение аппетита

+б) катаральные явления в ротоносоглотке

в) повышение температуры в первые 3 дня заболевания

г) повышение температуры позднее третьего дня заболевания

д) в анализе крови лейкоцитоз и сдвиг формулы влево

19. Для муковисцидоза наиболее характерны ниже перечисленные формы:

а) отечная

+б) смешанная легочно-кишечная

в) преимущественно кишечная

г) преимущественно легочная

д) нефротическая

20. Назовите наиболее частый путь распространения инфекции в легких при пневмонии:

а) контактный

б) гематогенный

+в) бронхогенный

г) лимфогенный

21. Инспириаторная одышка характерна для:

а) пневмонии

+б) крупа

в) инородного тела в верхних дыхательных путях

г) бронхита

д) бронхиальной астмы

22. Смешанная (экспираторно-инспираторная) одышка характерна для:

а) инородного тела

б) бронхиальной астмы

в) бронхолита

+г) пневмонии с обструктивным синдромом

д) крупа

Практические навыки:

1. Проводить объективное обследование органов дыхания (осмотр, пальпацию грудной клетки, топографическую и сравнительную перкуSSION легких) у детей с учетом возрастных особенностей (муляж).

2. Диагностировать заболевание органов дыхательной системы.

3. Самостоятельно оценить показатели функций внешнего дыхания, рентгенограмм органов грудной клетки.

4. Оценка результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики у больных детей.

5. Основные врачебные навыки по оказанию помощи больным детям при неотложных состояниях (муляж).

6. Применять методы ингаляционной терапии (муляж).

7. Отработка навыков удаления инородного тела дыхательных путей у ребенка (муляж).

Тема 5. Болезни органов кровообращения в детском и подростковом возрасте.

Неотложные состояния в педиатрии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Возрастные особенности сердечно-сосудистой системы.

- Классификация аритмий.

- Синусовая тахикардия, причины, тактика врача. Синусовая брадикардия, причины, тактика врача.

- Экстрасистолия (предсердная, атриовентрикулярная, желудочковая), факторы, способствующие развитию экстрасистолии, лечение.

- Пароксизмальная тахикардия, лечение. Неотложная медицинская помощь при приступе пароксизмальной тахикардии, остановке сердца.

- Трепетание и мерцание предсердий, лечение.

- Клинические проявления острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс), неотложная медицинская помощь.

- Сердечная недостаточность у детей: этиология, классификация, клинические проявления и диагностические критерии, принципы лечения.

- Реабилитация и наблюдение детей с заболеваниями сердца.

- Синдромы нарушения внутрисердечной гемодинамики: врожденные пороки сердца.

- Механизмы формирования врожденных пороков сердца у детей. Шумы "малых" аномалий сердца и сосудов.

- Синдром нарушения ритма у детей с указанием характера нарушения проводимости проводящей системы сердца

- Синдром сердечной недостаточности, клинические проявления лево- и правожелудочковой недостаточности, стадии недостаточности кровообращения.

Тестовый контроль:

1. При каком из врожденных пороков сердца чаще возникает сердечный горб?

+а) высокий дефект межжелудочковой перегородки

б) дефект межпредсердной перегородки

в) коарктация аорты

г) триада Фалло

д) пентада Фалло

2. Местом наилучшего выслушивания систолического шума при дефекте межжелудочковой перегородки является:

а) верхушка сердца

+б) точка Боткина

в) второе межреберье справа у грудины

г) второе межреберье слева у грудины

д) подмышечная область

3. Местом для наилучшего выслушивания систолического шума при дефекте межпредсердной перегородки является:

а) верхушка сердца

б) точка Боткина

в) второе межреберье справа у грудины

+г) второе межреберье слева у грудины

д) слева ниже средней части ключицы

4. Какие проявления характерны для открытого артериального протока:

а) нарушение ритма

б) цианоз кожных покровов

+в) снижение диастолического АД

г) повышение систолического давления

д) склонность к частым заболеваниям органов дыхания

5. Какой из перечисленных признаков является показанием для срочной госпитализации ребенка с тетрадой Фалло?

а) наличие на ЭКГ отклонения электрической оси вправо

+б) частые одышечно-цианотические приступы

в) высокое содержание эритроцитов и гемоглобина в периферической крови

г) низкое физическое развитие

д) постоянный акроцианоз

6. Какие проявления наиболее характерны для коарктации аорты у детей старшего возраста?

а) головная боль

+б) давление на руках выше, чем на ногах

в) давление на ногах выше, чем на руках

г) гипертрофия правого желудочка

д) частые пневмонии

7. Какова частота пульса в норме у детей грудного возраста?

а) более 140 в 1 мин

+б) 120-140 в 1 мин

в) около 100 в 1 мин

г) 80-100 в 1 мин

д) менее 80 в 1 мин

8. Какова тактика участкового педиатра по ведению больного с подозрением на врожденный порок сердца?

а) назначить самостоятельное лечение

+б) направить на консультацию к кардиоревматологу

в) направить на госпитализацию

г) направить в дневной стационар

9. Какие из перечисленных жалоб характерны для больного ребенка с тетрадой Фалло?

а) носовые кровотечения

+б) синюшность, цианоз

- в) постоянный влажный кашель
- г) отставание в физическом развитии

10. Признаками того, что экстрасистолия носит функциональный характер, являются:

- а) полнота
- б) аллоритмия
- +в) поздние экстрасистолы
- г) сочетание с синдромом WPW
- д) групповые экстрасистолы

11. Электрокардиографические проявления гиперкалиемии не включают:

- а) удлинение интервала R-R
- +б) появление зубца U
- в) появление увеличенного и заостренного зубца T
- г) уменьшение зубца P
- д) фибрилляции желудочков

12. Какие препараты показаны при лечении острых неревматических кардитов, осложненных поражением проводящей системы?

- а) $\alpha 2$ -адреномиметики
- б) сердечные гликозиды
- в) нестероидные противовоспалительные
- +г) глюкокортикоиды
- д) дыхательные analeптики

13. Какие препараты показаны при лечении острых неревматических кардитов, осложненных сердечной недостаточностью?

- а) нестероидные противовоспалительные
- +б) сердечные гликозиды
- в) антагонисты кальция
- г) $\alpha 1$ -адреномиметики
- д) глюкокортикоиды

14. Что из нижеперечисленного нехарактерно для острой правожелудочковой недостаточности?

- а) увеличение печени
- б) общие отеки
- +в) отек легкого
- г) асцит
- д) олигурия

15. Для купирования приступа желудочковой пароксизмальной тахикардии в первую очередь используют:

- а) новокаинамид
- +б) лидокаин
- в) обзидан
- г) верапамил
- д) строфантин

16. Наиболее частое изменение на ЭКГ, наблюдаемое при активном ревмокардите:

- +а) удлинение интервала PQ
- б) удлинение интервала QT
- в) инверсия зубцов T
- г) фибрилляция предсердий
- д) атриовентрикулярный ритм

17. Цианоз сразу после рождения может быть при:

- а) транспозиции магистральных сосудов
- +б) атрезии трехстворчатого клапана
- в) стенозе легочной артерии

г) дефекте межжелудочковой перегородки

д) открытом артериальном протоке

18. При переходе от фетальной к неонатальной циркуляции происходят следующие изменения:

а) закрытие овального окна

б) открытие шунтов в легочном бассейне

+в) увеличение кровотока в легочных сосудах

г) закрытие артериального протока

д) закрытие отверстия в межжелудочковой перегородке

19. Какой из перечисленных врожденных пороков сердца сопровождается одышечно-цианотическими приступами?

а) дефект межжелудочковой перегородки

б) дефект межпредсердной перегородки

+в) тетрада Фалло

г) открытый артериальный проток

д) коарктация аорты

20. При каком из перечисленных врожденных пороков сердца у детей не бывает сброса крови слева направо?

а) дефект межжелудочковой перегородки

+б) коарктация аорты

в) дефект межпредсердной перегородки

г) открытый артериальный проток

д) тетрада Фалло

21. При тетраде Фалло право-левый шунт может быть обусловлен:

а) дефектом межпредсердной перегородки

+б) дефектом межжелудочковой перегородки

в) открытым артериальным протоком

г) внутрилегочным шунтом

д) нарушением коронарного кровообращения

22. Какие из перечисленных врожденных пороков сердца всегда сопровождаются цианозом у детей в возрасте свыше 4 лет?

а) дефект межпредсердной перегородки

б) дефект межжелудочковой перегородки

+в) тетрада Фалло

г) открытый артериальный проток

д) коарктация аорты

Тема 6. Болезни органов пищеварения в детском и подростковом возрасте. Болезни почек в детском и подростковом возрасте.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Заболевания желчевыделительной системы.

- Хронический гастрит и гастродуоденит. Распространенность, этиология, патогенез.

- Варианты хронических гастритов: Нр –ассоциированный гастрит, аутоиммунный гастрит, гастрит А.

- Классификация язвенной болезни у детей. Клиника. Диагноз.

- Хронические воспалительные заболевания верхних отделов желудочнокишечного тракта (эзофагиты, гастриты, гастродуодениты). Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактика.

- Особенности течения язвенной болезни у детей.

- Диспансеризация детей с хронической гастродуоденальной патологией.

- Хронические воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона). Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, диспансеризация.

- Патология печени и желчевыводящих путей (неинфекционные гепатиты, ДЖВП, ЖКБ). Клиника, диагностика. Принципы лечения. Диспансеризация.
- Заболевания поджелудочной железы (острые и хронические панкреатиты, диспанкреатизм). Клинические проявления, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактика, диспансеризация.
- Гельминтозы (нематодозы, тенидозы, трематодозы): клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- Протозойные инвазии (лямблиоз): клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- Понятие об инфекции мочевой системы и инфекции мочевыводящих путей. Этиология и пути распространения инфекции. Определение степени бактериурии.
- Пиелонефрит: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностические критерии. Лечение. Диспансерное наблюдение за детьми с микробно-воспалительными заболеваниями мочевой системы.
- Острый постстрептококковый гломерулонефрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- Нефротический синдром: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.
- Дифференциальная диагностика мочевого синдрома.
- Острое повреждение почек: этиология, патогенез, клиникодиагностические критерии по стадиям, принципы лечения по стадиям. Показания к почечной заместительной терапии.
- Хроническая болезнь почек: этиология, патогенез, клиникодиагностические критерии по стадиям, принципы консервативной терапии. Показания к программному диализу.

Тестовый контроль:

1. в качестве стартового препарата при остром цистите может быть выбран
 - а) азитромицин
 - б) гентамицин
 - в) нитроксолин
 - +г) фосфамицин
2. инстилляци мочевого пузыря рекомендуется проводить при
 - +а) хроническом цистите
 - б) гломерулонефрите
 - в) остром пиелонефрите
 - г) хроническом пиелонефрите
3. при остром цистите антибактериальный препарат чаще вводится
 - а) внутривенно
 - +б) перорально
 - в) внутримышечно
 - г) внутрипузырно
4. показанием к проведению микционной цистографии является
 - +а) подозрение на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса до данным УЗИ
 - б) нарушение функционального состояния почек
 - в) подозрение на наличие аномалий развития мочевого пузыря и уретры
 - г) учащенное болезненное мочеиспускание
5. радиоизотопная сцинтиграфия малоинформативна для диагностики
 - а) степени фильтрации
 - б) препятствия мочеиспускания
 - +в) удвоения мочеточника
 - г) почечной гипертензии
6. преобладание лейкоцитов нейтрофильного характера в мочевом осадке свидетельствует о
 - а) гломерулонефрите
 - б) аномалии развития органов мочевой системы

- +в) пиелонефрите
г) тубуло-интерстициальном нефрите
7. наиболее частым возбудителем при развитии острого первичного пиелонефрита является
а) клебсиелла
+б) кишечная палочка
в) протей
г) синегнойная палочка
8. противопоказанием для проведения экскреторной урографии является
+а) непереносимость йода
б) острая почечная недостаточность
в) непереносимость белков коровьего молока
г) нарушение концентрационной способности почек
9. минимальный диагностически значимый уровень бактериурии при сборе мочи методом «свободного мочеиспускания» равен ____ микробных тел в 1 мл
а) 1000000
б) 5000
в) 10000
+г) 100000
10. показателем, отражающим активность воспалительного процесса при пиелонефрите, является
а) общий белок сыворотки крови
б) мочевины сыворотки крови
в) креатинин сыворотки крови
+г) с-реактивный белок
11. наиболее вероятными признаками пиелонефрита являются
а) повышение температуры, протеинурия, гематурия
+б) повышение температуры, лейкоцитурия, бактериурия
в) отеки, гематурия, лейкоцитурия
г) бактериурия, гематурия, протеинурия
12. диагностически значимым лабораторным признаком пиелонефрита является
а) гематурия
+б) бактериурия
в) протеинурия
г) лейкоцитурия
13. наиболее частым возбудителем инфекции мочевых путей у детей является
а) синегнойная палочка
б) эпидермальный стафилококк
в) золотистый стафилококк
+г) кишечная палочка
14. преобладание нейтрофилов в мочевом осадке (более 90%) свидетельствует о
а) наследственном нефрите
б) тубулоинтерстициальном нефрите
в) гломерулонефрите
+г) пиелонефрите
15. в организме ребенка при урикемическом (мочекислом) диатезе наблюдается
а) высокая ацетилирующая способность ферментов печени
б) накопление в крови мочевины и креатинина
+в) накопление в крови пуриновых оснований
г) повышение уровня глюкозы
16. наследственный нефрит чаще сочетается с
а) искривлением конечностей
+б) тугоухостью и нарушением зрения

- в) мочекаменной болезнью
 г) хронической пневмонией
17. для купирования почечной колики в первую очередь показано введение
- а) мочегонных препаратов
 б) антибиотиков
 в) анальгетиков
 +г) спазмолитиков
18. основным лабораторным симптомом при синдроме альпорта является
- а) протеинурия
 +б) гематурия
 в) лейкоцитурия
 г) бактериурия
19. у родственников ребенка с синдромом альпорта можно выявить
- +а) гематурию, тугоухость, патологию зрения, развитие хронической почечной недостаточности
 б) тугоухость, нефротический синдром, дисплазию соединительной ткани, артериальную гипертензию
 в) протеинурию, артериальную гипертензию, остеопороз
 г) артериальную гипертензию, лейкоцитурию, бактериурию
20. Укажите наиболее частую причину возникновения выраженных приступообразных болей у детей в животе:
- а) энтеробиоз
 б) острая очаговая пневмония
 +в) дискинезия желчевыводящих путей
 г) проктосигмоидит
 д) дисбактериоз кишечника
21. Какая из перечисленных ниже причин является наиболее частой при появлении алой крови в стуле у детей?
- а) постинфекционный колит
 +б) анальные трещины
 в) геморрагический васкулит
 г) болезнь Крона
 д) меккелев дивертикул

Тема 7. Диффузные болезни соединительной в детском и подростковом возрасте. Эндокринные заболевания в детском и подростковом возрасте.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение диффузных заболеваний соединительной ткани;
- Дерматологические аспекты системных и кожных форм диффузных заболеваний соединительной ткани;
- Классификация диффузных заболеваний соединительной ткани;
- Этиология, патогенез диффузных заболеваний соединительной ткани;
- Критерии диагностики кожных форм красной волчанки;
- Принципы лечения и профилактики кожных форм красной волчанки;
- Этиология, патогенез склеродермии;
- Классификация, клинические проявления склеродермии;
- Критерии диагностики склеродермии;
- Принципы лечения склеродермии.
- Проведение профилактических мероприятий возрастной группы для предупреждения развития и прогрессирования эндокринной патологии
- Диагностика патологических состояний и заболеваний эндокринной системы у детей различного возраста и подростков на основе анамнестических, клинических и лабораторно-

инструментальных методов исследования

- Прогнозирование и диагностика развития неотложных состояний при эндокринных заболеваниях в разные возрастные периоды детства

- Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара детям с эндокринными заболеваниями;

Тестовый контроль:

1. Характерной особенностью современного течения ревматической лихорадки у детей является:

- а) выраженная клиническая манифестация*
- б) яркая неврологическая симптоматика*
- в) быстрое формирование приобретенных пороков сердца*
- г) системность поражения*
- +д) латентное течение*

2. Клинические критерии «системности» ювенильного ревматоидного /идиопатического/ артрита не включают в себя:

- а) лихорадку*
- б) сыпь*
- в) лимфаденопатию*
- г) артралгию / артрит*
- +д) синусит*

3. Клиническая триада симптомов системной красной волчанки включает:

- а) пневмонию, пиелонефрит, эндокардит*
- +б) дерматит, артрит, полисерозит*
- в) лихорадку, геморрагии, лимфаденит*
- г) гепатоспленомегалию, кашель, потерю сознания*
- д) артрит, боли в животе, поражение кишечника*

4. В структуре дисплазий соединительной ткани у детей чаще диагностируют:

- а) хромосомные болезни*
- б) генные болезни*
- в) болезни с наследственной предрасположенностью / мультифакториальные/*
- г) ненаследственные варианты*
- +д) недифференцированные синдромы дисплазии соединительной ткани*

5. В моче у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани выявляют повышенное содержание:

- а) уратов*
- б) креатинина*
- в) лигнина*
- +г) оксипролина*
- д) ацетилцистеина*

6. Признаки полиартрита, характерные для острой ревматической лихорадки:

- а. поражение крупных суставов*
- б. поражение мелких суставов*
- +в. летучий характер артрита*
- г моноартрит*
- д. положительная динамика на фоне лечения НПВС*

7. Основанием для назначения гормональных препаратов при острой ревматической лихорадке является:

- а. средняя степень активности*
- +б. высокая степень активности*
- в. сердечная недостаточность*
- г. боли в суставах*

8. Патогенез вторичного гипотироза связан с:

- А. Увеличением секреции тиролиберина
- Б. Уменьшением секреции тиролиберина
- В. Невосприимчивостью щитовидной железы к влиянию ТТГ
- Г. Увеличением секреции ТТГ
- +Д. Уменьшением секреции ТТГ

9. У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место?

- А. Гипотиреоз
- Б. Тиреотоксический криз
- В. Травма гортанных нервов
- +Г. Гипопаратиреоз
- Д. Остаточные явления тиреотоксикоза

10. Физиологические уровни потребления йода в сутки (по данным ВОЗ) детьми в возрасте до 6 лет, мкг:

- +А. 90- 100
 - Б. 120
 - В. 150
 - Г. 250
- Ответ: А.

11. К основным принципам диетотерапии при сахарном диабете относятся все перечисленные, кроме:

- А. Снижение потребления легкоусвояемых углеводов
- Б. Ограничение потребления животного жира
- В. Контроль потребления углеводов
- +Г. Полное исключение углеводов

12. Нарушение какого обмена преобладает в клинике ИЗСД:

- А. Жирового
- Б. Белкового
- +В. Углеводного
- Г. Минерального
- Д. Водного

13. Для СД 2 типа характерно:

- А. Острое начало
- Б. Инсулинопения
- +В. Гиперинсулинизм
- Г. Наклонность к кетоацидозу
- Д. Наклонность к гипогликемическим состояниям

14. Маркером медуллярного рака щитовидной железы является:

- А. β -ХГЧ
- +Б. Кальцитонин
- В. Тиреоглобулин
- Г. α -фетопротейн
- Д. Мелатонин

15. Для больных синдромом Шерешевского-Тернера характерно:

- +А. Низкорослость и гипергонадотропный гипогонадизм
- Б. Низкорослость и гипогонадотропный гипогонадизм
- В. Высокосрослость и гипергонадотропный гипогонадизм
- Г. Высокосрослость и нормальное половое развитие
- Д. Высокосрослость и гипогонадотропный гипогонадизм

16. Патогенез гипергликемии при сахарном диабете обусловлен:

- +А. Снижением транспорта глюкозы в ткани
- Б. Усилением гликогенолиза

В. Увеличением глюконеогенеза

Г. Усилением гликогенеза.

17. Показания для терапии левотироксина при аутоиммунном тиреоидите у детей:

+А. Манифестный гипотиреоз

Б. Субклинический гипотиреоз

В. Зоб

Г. Высокий титр антител ТПО

18. При диагностике несахарного диабета центрального генеза:

А. Подтвердить наличие гипотонической полиурии

Б. Провести дифференциальный диагноз между несахарным диабетом центрального генеза и несахарным диабетом нефрогенного генеза

В. Провести дифференциальный диагноз между несахарным диабетом и психогенной полидипсией

Г. Провести визуализацию головного мозга.

+Д. все ответы правильные

Тема 8. Заболевания крови, геморрагические и тромботические заболевания в детском и подростковом возрасте. Экспертиза трудоспособности по уходу за больным ребенком.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Геморрагический васкулит – болезнь Шенлейн-Геноха. Распространенность, этиология, патогенез.

- Узелковый полиартериит. Клиника, профилактика

- Слизисто-кожно-лимфнодулярный синдром – болезнь Кавасаки. Этиология, патогенез

- Гранулематоз Вегенера, лечение

- Назвать периоды внутриутробного кроветворения плода.

- Какие существуют факторы гемопоэза.

- Перечислить показатели гемограммы здорового ребенка в возрастном аспекте.

- Какие показатели участвуют в обмене железа.

- Назовите клетки иммунной системы.

- Перечислить дополнительные методы диагностики поражения лимфатических узлов.

- Перечислить группы лимфатических узлов.

- Дайте характеристику лимфатических узлов.

- Какие клинические симптомы характеризуют лимфаденит.

- Перечислить клинические методы обследования лимфатических узлов

Тестовый контроль:

1. Не является причиной гипохромной анемии:

А. дефицит железа;

Б. нарушение порфиринового обмена;

В. нарушение структуры цепей глобина;

+Г. гемолиз; - свинцовая интоксикация.

2. К основным причинам дефицита железа не относится:

А. алиментарный дефицит;

Б. нарушение обеспечения железом плода при внутриутробном развитии;

В. кровопотеря;

+Г. гемолиз; - синдром нарушенного всасывания.

3. У новорожденного причиной дефицита железа не является:

А. дефицит железа у беременной; -

Б. нарушение трансплацентарного пассажа железа;

В. недоношенность;

+Г. разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин; - преждевременная перевязка пуповины.

4. К причинам дефицита железа у беременной не относятся:
- А. частые беременности;
 - Б. длительная предшествующая лактация;
 - В. обильные менструации;
 - +Г. злоупотребление алкоголем;
 - Д. вегетарианство.
5. Причиной нарушения трансплацентарного перехода железа не является:
- А. внутриутробная инфекция;
 - Б. гестоз;
 - +В. разные группы крови у матери и плода;
 - Г. отслойка плаценты;
 - Д. угроза прерывания беременности.
6. К клиническим признакам дефицита железа не относится:
- А. бледность слизистых оболочек;
 - Б. систолический шум на верхушке сердца;
 - +В. спленомегалия (у ребенка старше 1 года);
 - Г. дистрофические изменения кожи, волос, зубов;
 - Д. койлонихии.
7. Не является гематологическим признаком железодефицитной анемии:
- А. сниженный цветной показатель;
 - Б. анизоцитоз и пойкилоцитоз;
 - +В. нормобластоз;
 - Г. гипохромия эритроцитов;
 - Д. микроцитоз.
8. Биохимический тест, не выявляющий дефицит железа: - определение трансферрина;
- А. определение сывороточного железа;
 - +Б. определение сывороточного белка;
 - В. определение ферритина;
 - Г. десфераловый тест.
9. Укажите продукты, из которых лучше усваивается железо:
- +А. мясо;
 - Б. гречка;
 - В. гранаты;
 - Г. рыба;
 - Д. яблоки.
10. Правильная тактика применения препаратов железа:
- А. до нормализации гемоглобина;
 - +Б. до нормализации уровня ферритина крови;
 - В. до нормализации сывороточного железа;
 - Г. в течение 2 недель;
 - Д. до исчезновения бледности кожных покровов.
11. Клинический признак, не характерный для талассемии:
- А. спленомегалия;
 - Б. гепатомегалия;
 - В. пурпура;
 - +Г. кардиопатия;
 - Д. остеопороз.
12. Признак, не характерный для талассемии:
- +А. снижение сывороточного железа;
 - Б. повышение сывороточного железа;
 - В. повышение фетального гемоглобина;
 - Г. выявление аномальных гемоглобинов при электрофорезе;

Д. гипохромная анемия

13. Основной гематологический признак гемолиза:

+А. ретикулоцитоз;

Б. анемия;

В. повышение СОЭ;

Г. тромбоцитоз;

Д. полицитемия.

14. У новорожденного причиной дефицита железа не является:

А. дефицит железа у беременной;

Б. нарушение трансплацентарного пассажа железа;

В. недоношенность;

+Г. разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин;

Д. преждевременная перевязка пуповины.

15. К причинам дефицита железа у беременной не относятся:

А. частые беременности;

Б. длительная предшествующая лактация;

В. обильные менструации;

+Г. злоупотребление алкоголем;

Д. вегетарианство.

16. ДВС-синдром новорожденного реже вызывает:

а) сепсис;

+б) вмешательство на сосудах пуповины;

в) очаговая гнойная инфекция;

г) дисбактериоз кишечника;

д) «госпитальная» пневмония.

17. Не способствует развитию ДВС-синдрома:

а) повышение вязкости крови;

б) понижение вязкости крови;

в) понижение скорости кровотока;

+г) микроангиоспазм, венозный застой;

д) лихорадка

Раздел 4. Болезни нервной системы в общей врачебной практике.

Тема 1. Обследование неврологического больного. Черепно-мозговые нервы.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация черепно-мозговой травмы

- Клинические проявления различных видов и клинических форм ЧМТ.

- Клинические проявления синдрома сдавления головного мозга.

- Применение дополнительных методов исследования в диагностике черепно-мозговой травмы (краниография, КТ, МРТ головного мозга и др.)

- Дифференциальная диагностика черепно-мозговой травмы с опухолью нервной системы, инфекционно-воспалительными и сосудистыми заболеваниями нервной системы.

- Принципы лечения различных видов и клинических форм ЧМТ.

- Вегетативная нервная система: строение, сегментарный и надсегментарный ее отделы, симпатическая и парасимпатическая иннервация.

- Методы исследования вегетативной нервной системы. Симптомы поражения.

- Что необходимо выяснить в устной части осмотра неврологического больного (жалобы, особенности сбора анамнеза).

- Методика исследования неврологического статуса.

- Принципы назначения дополнительных методов исследования в зависимости от неврологического дефекта.

Тема 2. Невропатии и полинейропатии. Невриты: мононевриты, полиневриты.

Вегетативная дистония.

Собеседование по контрольным вопросам:

- *Анатомические данные о строении периферической нервной системы.*
- *Клиника невритов, радикулопатий, плекситов.*
- *Неврит лицевого нерва.*
- *Синдромы поражения лицевого нерва на различных уровнях.*
- *Полинейропатии: этиология, клиника, диагностика.*
- *Вегетативная дистония: этиология, клиника, диагностика.*
- *Вопросы лечения, профилактики, диспансеризации, МСЭК, ВВЭ заболеваний периферической нервной системы.*
- *Нейропатия - этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика,*
- *Полинейропатии - дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация, экспертиза трудоспособности*
- *Мононевриты. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация, экспертиза трудоспособности.*
- *Полиневриты. Лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация, экспертиза трудоспособности.*

Тестовый контроль:

1. *Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, является*
 - а) инфекционный*
 - +б) токсический*
 - в) сосудистый*
 - г) метаболический*
 - д) все перечисленные*
2. *Причиной наследственно обусловленной нейропатии может быть*
 - а) амилоидоз*
 - б) порфирия*
 - в) гепато-церебральная дистрофия*
 - г) все перечисленное*
 - +д) верно а) и б)*
3. *В остром периоде нейропатий нецелесообразно применять*
 - а) электрофорез новокаина*
 - +б) электростимуляцию*
 - в) микроволны*
 - г) диадинамические токи*
 - д) все перечисленное*
4. *Иглорефлексотерапия при полинейропатии Гийена - Барре назначается в период*
 - а) нарастания парезов*
 - б) стабилизации парезов*
 - в) регресса парезов*
 - г) верно все перечисленное*
 - +д) верно б) и в)*
5. *Инфекционный полиневрит вызывают*
 - а) дифтерия*
 - б) ботулизм*
 - +в) проказа*
 - г) все перечисленное*
 - д) верно а) и б)*
6. *Для полинейропатии Гийена - Барре характерно*

- +а) поражение черепных нервов
- б) выраженные тазовые расстройства
- в) стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

7. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе

- а) с 1-го дня заболевания
- б) с 3-го дня заболевания
- +в) со 2-й недели заболевания
- г) с 3-й недели заболевания

8. Атипичная форма Фишера острой полинейропатии Гийена - Барре характеризуется

- а) поражением языкоглоточного нерва
- б) двусторонним парезом лицевого нерва
- в) поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания
- +г) поражением глазодвигательных нервов и атаксией
- д) всем перечисленным

9. Для полинейропатий при узелковом периартериите характерно

- +а) асимметричность поражения нервных стволов
- б) малая выраженность болевого синдрома
- в) поражение черепных нервов
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

10. Для изменений соска зрительного нерва при остром неврите характерны

- а) ступенчатость границ
- б) гиперемия
- в) побледнение
- +г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

11. К демиелинизирующим относится полинейропатия

- +а) Гийена - Барре
- б) диабетическая
- в) порфирийная
- г) гипотиреоидная

12. Для нейропатии тройничного нерва характерны

- +а) снижение корнеального рефлекса
- б) нарушение вкуса на задней трети языка
- в) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
- г) гипертрофия жевательной мускулатуры
- д) все перечисленное

13. Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла не характерны

- а) снижение корнеального рефлекса
- +б) гиперакузия, сухость конъюнктивы
- в) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
- г) сочетанное поражение I и III пары

14. Для кохлеарного неврита характерны

- а) гиперакузия
- б) изолированное снижение костной проводимости
- в) изолированное снижение воздушной проводимости
- +г) сочетанное снижение костной и воздушной проводимости
- д) верно а) и в)

15. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается

- a) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
 - б) парез гортани
 - +в) парез мягкого неба
 - г) верно а) и в)
 - д) верно б) и в)
16. Для поражения блуждающего нерва не характерны
- а) дисфония
 - б) дисфагия
 - в) нарушение сердечного ритма
 - +г) нарушение вкуса
17. Для нейропатии добавочного нерва характерны
- а) опущение лопатки
 - б) похудание мышц шеи
 - в) затруднение глотания
 - г) все перечисленное
 - +д) верно а) и б)
18. Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием
- а) дизартрии
 - б) ограничения подвижности языка
 - +в) фибрилляций
 - г) сопутствующего поражения блуждающего нерва
 - д) всего перечисленного
19. Для нейропатии длинного грудного нерва характерны
- а) парез дельтовидной мышцы
 - б) парез грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
 - +в) парез передней зубчатой мышцы
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
20. Для нейропатии подкрыльцового нерва характерны
- а) затруднения сгибания руки в локтевом суставе
 - б) болезненность руки при отведении ее за спину
 - +в) слабость и атрофия дельтовидной мышцы
 - г) слабость и атрофия трапецевидной мышцы
 - д) верно б) и г)
21. Признаками нейропатии срединного нерва являются
- а) слабость I и пальцев кисти
 - б) снижение чувствительности на ладонной поверхности I, II пальцев
 - +в) слабость I, II пальцев кисти
 - г) верно б) и в)
 - д) верно а) и б)
22. Признаками поражения лучевого нерва являются
- а) "когтистая кисть"
 - б) невозможность разгибания кисти
 - в) невозможность отведения I пальца
 - г) все перечисленные
 - +д) верно б) и в)
23. Для нейропатии локтевого нерва характерны
- а) "свисающая кисть"
 - б) нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти
 - +в) невозможность приведения I, II пальцев
 - г) верно а) и в)
 - д) все перечисленное

24. Для нейропатии бедренного нерва характерны
- а) симптом Ласега
 - +б) слабость четырехглавой мышцы бедра
 - в) отсутствие ахиллова рефлекса
 - г) все перечисленное
 - д) верно б) и в)
25. Клиническими признаками нейропатии наружного кожного нерва бедра являются
- а) снижение коленного рефлекса
 - +б) гипестезия по наружной передней поверхности бедра
 - в) гипестезия по наружной задней поверхности бедра
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)

Тема 3. Опухоли головного мозга.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Понятие об опухолевом поражении головного мозга.
- Дифференциальный диагноз первичных и вторичных опухолевых поражений.
- Алгоритм ведения пациента с опухолевым поражением на амбулаторном, стационарных этапах
- Основные ошибки амбулаторного этапа
- Основные клинические синдромы при первичных и вторичных опухолевых поражениях головного мозга: фокальный судорожный синдром, гипертензионногидроцефальный синдром, очаговые неврологические синдромы.
- Опухоли головного мозга. Классификация, клиника.
- Неврологические расстройства при опухоли головного мозга.
- Опухоли головного мозга. Диагностика, лечение.
- Опухоли головного мозга. Диффдиагностика, профилактика осложнений.

Тестовый контроль:

1. Особенности развития гипертензионного синдрома при опухолях височной доли являются
- а) разлитая цефалгия
 - б) преимущественно латерализованная цефалгия
 - в) частое наличие пареза III нерва
 - +г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
2. Показаниями к хирургическому лечению экстрамедуллярных опухолей являются
- +а) наличие опухоли спинного мозга как таковой
 - б) симптом Броун-Секара
 - в) корешковый болевой синдром
 - г) атрофия мышц ноги
 - д) все перечисленное
3. Использование операционного микроскопа позволяет уточнить отношение опухоли хиазмально-селлярной области к следующим сосудам головного мозга
- а) внутренняя сонная артерия
 - б) наружная сонная артерия
 - в) глазничная артерия
 - г) передняя мозговая артерия
 - +д) все перечисленные
4. При хирургическом лечении парасагиттальных менингиом используются следующие виды обезболивания
- а) местная анестезия
 - +б) интубационный наркоз

- в) масочный наркоз
 - г) электронаркоз
 - д) все перечисленные
5. Основные симптомы окклюзии ликворных путей на уровне отверстия Люшка включают
- а) глухоту на стороне поражения
 - б) выраженные приступы головокружения
 - +в) менингеальный синдром
 - г) множественный спонтанный нистагм
 - д) все перечисленное
6. Кранио-орбитальные менингиомы вызывают следующие симптомы поражения больших полушарий мозга
- а) оживление сухожильных рефлексов с двух сторон
 - б) оживление сухожильных рефлексов с одной стороны
 - в) легкую асимметрию лица
 - г) опеклярные пароксизмы
 - +д) все перечисленное
7. К экстрамедуллярным относятся следующие опухоли спинного мозга
- +а) невриномы
 - б) тератомы
 - в) липомы
 - г) эпендимомы
 - д) ни одна из перечисленных
8. Эндокринные нарушения при опухолях дна III желудочка включают все перечисленное, кроме
- а) гипофункции половых желез
 - б) ожирения по адипозо-генитальному типу
 - в) нарушения углеводного и водного обмена
 - +г) несахарного диабета
 - д) С.Грефе
9. К психическим расстройствам при менингиомах передней 1/3 верхнего продольного синуса и серповидного отростка относятся
- а) корсаковский синдром
 - б) ажитированная депрессия
 - в) синдром аспонтанности
 - г) синдром расторможенности
 - +д) верно а) и б)
10. При опухоли мозжечка могут наблюдаться все следующие зрительные симптомы, кроме
- а) снижения остроты зрения
 - б) концентрического сужения полей зрения
 - +в) биназальной гемиянопсии
 - г) амавроза
 - д) верно г)
11. Методика удаления менингиом большого крыла основной кости предусматривает
- +а) блокирование питающих сосудов системы оболочечных артерий
 - б) вскрытие твердой мозговой оболочки до клипирования оболочечных сосудов
 - в) иссечение базальных отделов твердой мозговой оболочки
 - г) вскрытие твердой мозговой оболочки после клипирования
 - д) все неверно
12. Менингиомы бугорка турецкого седла могут располагаться
- а) антехиазмально
 - б) супрадиафрагмально
 - в) супрахиазмально

г) параселлярно

+д) все верно

13. При менингиомах задней 1/3 синуса и фалькса чувствительные расстройства носят характер

а) гипестезии половины лица

б) гемигипестезии на стороне опухоли

+в) гемигипестезии на противоположной стороне

г) гиперпатического компонента

д) всего перечисленного

14. Удаление экстрадуральной злокачественной опухоли производится

а) частично

б) тотально

в) с вскрытием твердой мозговой оболочки

г) без вскрытия твердой мозговой оболочки

+д) правильно в) и г)

15. Возможными клиническими симптомами рассеянного пузырьчатого эхинококкоза являются

а) ранние изменения на глазном дне

б) галлюцинации

в) многоочаговое поражение ЦНС

г) общая интоксикация

+д) все перечисленное

16. При хирургическом лечении кранио-орбитальных менингиом костно-пластическая трепанация выполняется в соответствии

а) с наличием гиперостоза

б) с распространением опухоли на другую сторону

в) с поражением кавернозного синуса

г) с наличием экстракраниального распространения

+д) со всем перечисленным

17. Зрительные расстройства при опухолях желудочков обусловлены

а) внутричерепной гипертензией

б) воздействием опухоли на зрительную кору

в) воздействием опухоли на петлю Мейера

г) воздействием опухоли на четверохолмную пластинку

+д) правильно а) и в)

18. В III желудочке встречаются опухоли

а) хориоидпапиллома

б) эпендимома

в) арахноидэндотелиома, эпидермоиды

г) коллоидные кисты

+д) все перечисленное

19. При хирургическом лечении парасагиттальных менингиом применяются все следующие положения больного на операционном столе, кроме

а) на боку

б) на спине с поднятым головным концом

+в) на спине с опущенным головным концом

г) сидячее положение

20. Глиомы зрительных нервов в хиазмы возникают

+а) в 0.8% случаев всех опухолей головного мозга

б) в 1-1.5% случаев всех опухолей головного мозга

в) в 2-2.5% случаев всех опухолей головного мозга

г) в 3% случаев всех опухолей головного мозга

д) верно в)

Вопрос № 21

Опухоли спинного мозга бокового расположения сопровождаются

- а) болями по длиннику позвоночника
- +б) болями корешкового характера
- в) симптомом Горнера
- г) грубыми чувствительными выпадениями
- д) всем перечисленным

22. Рациональным хирургическим подходом к хиазмальной области при оптохиазмальном арахноидите является

- а) субвисочный
- б) лобно-теменной
- +в) субфронтальный
- г) трансназальный
- д) теменно-височный

Тема 4. Острые нарушения мозгового кровообращения. Хронические нарушения мозгового кровообращения.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Острые нарушения мозгового кровообращения. Классификация, этиология, патогенез.
- Острые нарушения мозгового кровообращения. Клиника, диагностика, лечение.
- Травматические поражения головного мозга.
- Хроническое нарушение мозгового кровообращения. Классификация, этиология, патогенез.
- Основные источники компенсации при недостаточности мозгового кровообращения. Условия их реализации. Синдром «обкрадывания» мозга.
- Внутренние (автономные) механизмы регуляции мозгового кровообращения, их роль в компенсации нарушений последнего.
- Нарушения механизмов саморегуляции мозгового кровообращения, их причины.
- Патологические реакции мозговых артерий, виды, причины. Синдром Робина Гуда.
- Патологические изменения мозгового кровотока.
- Этиология и общий патогенез нарушений мозгового кровообращения.
- Недостаточность мозгового кровообращения (определение понятия, основные формы).
- Пароксизмы, кризы, инсульты: определение понятий, разновидности, основные проявления.
- Отек мозга: причины, механизмы, виды.
- Феномен отсутствия капиллярной перфузии (феномен невосстановленного кровотока).

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больная 67 лет. Жалобы на снижение памяти, трудности с ориентировкой в знакомом месте, неловкость в левых конечностях, подъемы АД до 180/100 мм.рт.ст. В анамнезе лечение по поводу артериальной гипертензии, которая проводилась не регулярно. Перенесла ОНМК по ишемическому типу с легким левосторонним гемипарезом 7 мес. назад. После чего стала отмечать снижение памяти, внимания. Из сопутствующих заболеваний – ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения. В неврологическом статусе: слабость конвергенции, сглажена носогубная складка слева, оживление глоточного и небного рефлексов, положительны рефлекс орального автоматизма. Мышечная сила – снижена слева до 4,5 б., легкое повышение мышечного тонуса слева по спастическому типу. Сухожильные рефлексы живее слева. Патологические стопные знаки слева. По данным краткой шкалы оценки психической сферы (КШОПС) -27 б, теста 5 слов – 9 б, теста рисования часов – 10 б. В биохимических анализах крови гиперхолестеринемия, дислипидемия. При ультразвуковой доплерографии магистральных артерий головы выявляется стенозирующий атеросклероз внутренних сонных артерий до 30%

1. Назовите ведущий синдром
2. Предположите нозологический диагноз

3. Разработайте модель вторичной профилактики инсульта для пациента

Задача № 2 Больной 45 лет, страдающий гипертонической болезнью с высокими цифрами АД (до 180/100 мм.рт.ст) внезапно после эмоционального напряжения почувствовал слабость и онемение в правых конечностях, затруднение речи. В неврологическом статусе: моторная дисфазия, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, легкий правосторонний гемипарез. Все указанные симптомы регрессировали в течение трех часов.

- 1. Выделить ведущие синдромы*
- 2. Установить топический диагноз*
- 3. Обосновать клинический диагноз*

Задача № 2. Больной 45 лет, страдающий гипертонической болезнью с высокими цифрами АД (до 180/100 мм.рт.ст) внезапно после эмоционального напряжения почувствовал слабость и онемение в правых конечностях, затруднение речи. В неврологическом статусе: моторная дисфазия, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, легкий правосторонний гемипарез. Все указанные симптомы регрессировали в течение трех часов.

- 1. Выделить ведущие синдромы*
- 2. Установить топический диагноз*
- 3. Обосновать клинический диагноз*

4. Назначить лечение

Задача № 3. Женщина 52 лет, осмотрена специалистами мультидисциплинарной бригады в БИТ отделения для больных ОНМК. При осмотре: пульс ритмичный, 72 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД – 135/80 мм рт ст. Неврологический осмотр: девиация языка влево, сглаженность левой носогубной складки, сила мышц в левой руке и ноге снижена до 3-х баллов. Игнорирует предметы в левой половине поля зрения и лежащие на столе слева, «не попадает» в тапочек левой ногой. Сухожильные рефлексы высокие слева, патологические рефлексы сгибательного типа слева. ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 74 в 1 минуту, гипертрофия миокарда левого желудочка. На МРТ-ангиографии – картина окклюзии одной из верхних ветвей правой средней мозговой артерии. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Дислипидемия. Стенозирующий атеросклероз внутренней сонной артерии до 65% справа.

- 1. Определите подтип инсульта*
- 2. Выделите неврологические синдромы у пациентки*
- 3. Оцените реабилитационный потенциал*
- 4. Консультация каких специалистов ей показана?*
- 5. Какие методы реабилитации могут помочь данной пациентке?*

Тема 5. Неотложные состояния в неврологии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- *Формы и механизмы развития нарушений сознания а. Изменения сознания б. Угнетение сознания*
- *Механизмы развития нарушений сознания*
- *Особенности угнетения сознания при различных формах неотложных состояний*
- *Оценка угнетения сознания*
- *Прогноз исхода комы. Синдромы вклинения*
- *Электроэнцефалографические изменения при угнетении сознания*
- *Терапевтическая тактика*
- *Особые формы нарушения сознания*
- *Патологические процессы, не сопровождающиеся изменениями сознания*
- *Синдром повышения внутричерепного давления. Отек мозга*
- *Общая характеристика изменения внутричерепного давления*
- *Причины и механизмы формирования отека мозга*
- *Диагностика отека мозга и мониторингирование внутричерепного давления*
- *Псевдотуморозный синдром*

- Смерть мозга

Тестовый контроль:

1. Основным признаком коллапса у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой является

- а) учащение пульса
- б) нарушение сознания
- в) бледность кожных покровов
- г) брадикардия
- +д) резкое падение артериального давления

2. Больной после автомобильной травмы. Жалуется на головную боль, головокружение, тошноту. Ретроградная амнезия. Небольшая анизокория, нистагм, признаки пирамидной недостаточности. Следы рвоты. Ваш диагноз

- а) сотрясение головного мозга
- +б) ушиб головного мозга легкой степени
- в) ушиб головного мозга тяжелой степени
- г) субдуральная гематома
- д) эпидуральная гематома

3. Алкогольное опьянение при черепно-мозговой травме

- +а) углубляет нарушения сознания
- б) повышает ригидность мышц шеи
- в) способствует появлению стопных патологических рефлексов
- г) вызывать анизокорию
- д) способствует появлению горнетонических судорог

4. Сотрясение головного мозга проявляется

- а) наличием крови в ликворе
- б) мелкоочечными кровоизлияниями в вещество головного мозга
- +в) общемозговыми симптомами
- г) анизокорией
- д) очаговыми симптомами

5. Выберите из перечисленных симптомов вариант, состоящий только из общемозговых симптомов

- +а) головная боль, головокружение, рвота, психомоторное возбуждение
- б) афазия, дизартрия, амнезия, астения
- в) гемиплегия, оглушение, патологические подошвенные рефлексy
- г) гемипарез, симптом Кернига, ретроградная амнезия
- д) патологические рефлексy, анизокория, рвота, возбуждение

6. Эффективность дыхания на догоспитальном этапе в основном определяется

- а) частотой и ритмом дыхания
- б) цветом губ и ногтевых лож
- в) частотой пульса
- г) уровнем сознания
- +д) всем перечисленным

7. Решающее значение в диагностике менингита имеет

- а) острое начало заболевания с повышением температуры
- б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- в) признаки застоя на глазном дне
- г) присоединение синдрома инфекционно-токсического шока
- +д) изменения спинномозговой жидкости

8. Признаками, характерными для перелома основания черепа, являются

- а) кровотечение из носа и ушей
- б) кровоизлияния в области век
- +в) общемозговые расстройства

г) истечение спинномозговой жидкости из носа и ушей

д) все перечисленные признаки

9. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует

а) о внутричерепной гематоме

б) об ушибе мозга

в) о переломе костей черепа

+г) верно а) и б)

д) о всем перечисленном

10. Наиболее достоверным клиническим признаком внутричерепной гематомы является

а) брадикардия

б) снижение артериального давления

в) симптомы Бабинского и Брудзинского

+г) анизокория

д) приступы Джексоновской эпилепсии

11. Легочная недостаточность при черепно-мозговой травме скорее всего обусловлена

+а) аспирационным синдромом

б) астеническим синдромом

в) нарушением нервно-мышечной передачи

г) угнетением дыхательного центра

д) параличом дыхательной мускулатуры

12. Для алкогольной полинейропатии характерно

а) преимущественное поражение нижних конечностей

б) преимущественное поражение верхних конечностей

в) боли в голених и стопах

г) боли в предплечьях и кистях

+д) верно а) и в)

е) верно б) и г)

13. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

а) кори

б) простого герпеса

+в) Коксаки

г) паротита

14. Известно, что больной упал с лестницы. Кома, брадикардия. Брадипноэ. Выраженная

анизокория. Патологические стопные знаки. Следы состоявшегося кровотечения из носовых

ходов. Ваш диагноз

а) ушиб головного мозга легкой степени

+б) ушиб головного мозга тяжелой степени

в) ушиб головного мозга средней степени

г) перелом свода и основания черепа

д) субдуральная гематома

15. Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является

а) утрата сознания

б) зрачковые расстройства

в) нистагм

г) двусторонние пирамидные патологические знаки

+д) менингеальный синдром

16. Кровоток мозга существенно снижается и наступает нарушение сознания при

артериальном давлении

а) ниже 100 мм рт. Ст.

+б) ниже 60 мм рт. Ст.

в) ниже 80 мм рт. Ст.

г) ниже 70 мм рт.Ст.

д) ниже 90 мм рт.Ст.

17. Для развития геморрагического инсульта характерно

а) внезапная потеря сознания, нарушение дыхания

б) развитие заболевания в активный период суток

в) патологические подошвенные рефлексы

г) артериальная гипертония

+д) все перечисленное

18. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине

а) плавающего зрения

+б) горметонического синдрома

в) гиперкатаболического типа вегетативных функций

г) нарушения сознания

д) двусторонних пирамидных стопных знаков

19. К открытой черепно-мозговой травме относится травма

а) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза

+б) с повреждением апоневроза)

в) с переломом костей свода черепа

г) с переломом костей основания черепа без ликвореи

20. Наиболее эффективным способом остановки артериального кровотечения на догоспитальном этапе при черепно-мозговой травме является

а) давящая повязка

б) биологическая тампонада

в) приподнятое положение конечности

+г) наложение зажима на сосуд в ране

д) повязка Гиппократа

21. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль

а) распирающего характера в затылочной части

+б) распирающего характера

в) пульсирующего характера по всей голове

г) сдавливающего характера в лобно-теменной области

Тема 6. Сотрясение и ушиб головного мозга. Синдром внутричерепной гипертензии.

Тактика врача при травматическом отеке мозга, эпидуральной гематоме.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Травматический отек мозга (патогенез, клиника, диагностика, лечение).

- Ушиб головного мозга (патогенез, клиника, диагностика, лечение).

- Тактика ведения больного с сотрясением головного мозга в условиях амбулаторного звена.

- Сотрясение головного мозга (патогенез, клиника, диагностика, лечение).

- Эпидуральная гематома (патогенез, клиника, диагностика, лечение).

- Различие между открытой и закрытой черепно-мозговой травмой, между проникающей и непроникающей черепно-мозговой травмой?

- Чем может сдавливаться головной мозг при травме?

- Основные клинические признаки внутричерепной гематомы.

- Дифференциальная диагностика субдуральной и эпидуральной гематомы.

Тестовый контроль:

1. Укажите признаки мигрени:

А. Физическая активность не нарушена

Б. Отсутствует тошнота

+В. Пульсирующий характер боли

- Г. Диффузная боль
Д. Двусторонний
2. Диагноз мигрени базируется на:
А. Застойные диски зрительных нервов
Б. Первичная атрофия дисков зрительных нервов
В. Наличие психотравмирующего фактора
+Г. * Приступы односторонней, пульсирующей головной боли, рвота
Д. Первые проявления после 50 лет
3. Укажите форму мигрени с аурой:
А. Дрожжающая
Б. Гиперкинетическая
В. Гипокинетическая
Г. Глазная
+Д. Офтальмическая
4. Укажите нарушения со стороны сосудов мозга возникающие в период приступа мигрени?
А. Микроэмболии мозговых сосудов
+Б. Спазм интрацеребральных сосудов
В. Микротромбозов сосудов мозга
Г. Микрогеморрагии в ткани мозга
Д. Дилатации в ветвях бедренной артерии
5. Укажите препараты, которые назначают для профилактики мигрени.
А. Преднизолон
Б. Дексон
+В. Анаприлин
Г. Суматриптан
Д. Имигран
6. Какие средства используются в случае приступа мигрени?
+А. Суматриптан
Б. Амитриптилин
В. Верапамил
Г. Сандомигран
Д. Дексон
7. Какие изменения оказываются на краниограмме в случае гипертензионного синдрома?
А. Трещины костей черепа
+Б. Усиление пальцевых вдавлений
В. Расширение внутреннего слухового прохода
Г. Расширение желудочков мозга
Д. Расширение наружного слухового прохода
8. Укажите изменения на глазном дне, которые возникают при гипертензионном синдроме:
+А. Застой дисков зрительных нервов
Б. Неврит зрительных нервов
В. Первичная атрофия дисков зрительных нервов
Г. Хориоретинит
Д. Симптом Салюса
9. Какие объективные признаки гипертензионного синдрома?
+А. Остеопороз спинки турецкого седла, расширение входа в седло
Б. Снижение ликворного давления
В. Глазодвигательные расстройства
Г. Парезы конечностей
Д. Нарушение чувствительности
10. Укажите субъективные признаки гипертензионного синдрома
+А. Тошнота, рвота

- Б. Нарушение речи
 В. Боли в области сердца
 Г. Онемение в конечностях
 Д. Отсутствие движений в нижних конечностях
11. Какие факторы вызывают синдром внутричерепной гипертензии?
 А. Замедление венозного оттока от черепа
 Б. Гиперпродукция спинномозговой жидкости
 В. Внутричерепные образования
 Г. Перинатальная энцефалопатия
 +Д. Все перечисленное
12. Укажите, по каким образованиям не производится циркуляция спинномозговой жидкости?
 А. Боковые желудочки мозга
 +Б. Субдуральное пространство
 В. Водопровод мозга
 Г. Третий желудочек мозга
 Д. Четвертый желудочек мозга
13. Приступ ассоциированной мигрени от других форм мигрени отличает наличие:
 А. Предвестников
 Б. Рвоты на высоте приступа
 +В. Преходящих очаговых неврологических симптомов
 Г. Обильное мочеиспускание в конце приступа
 Д. Двусторонней локализации боли в височной области
14. Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно:
 А. Птоз
 +Б. Мерцающая скотома
 В. Нистагм
 Г. Экзофтальм
 Д. Сходящееся косоглазие
15. Пучковая (кластерная) головная боль:
 А. Чаще бывает у мужчин
 Б. Чаще бывает у женщин
 В. Нападение обычно ночью
 Г. Нападение обычно днем
 +Д. Верно А и С
16. Синдром внутричерепной гипотензии может возникнуть вследствие:
 А. Ятрогенных факторов
 Б. ЧМТ
 В. Дегидратации
 Г. Уремии
 +Д. Все перечисленное верно

Тема 7. Эпилепсия.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Понятие об эпилепсии, фокальных эпилептических припадках.
- Дифференциальный диагноз эпилепсии и пароксизмальных нарушений сознания.
- Алгоритм ведения пациента с эпилепсией на амбулаторном, стационарных этапах
- Эпилептический статус, патогенез, лечебная тактика.
- Определение и сущность эпилепсии;
- Характеристика ведущего синдрома – судорожный припадок и выключение сознания;
- Патогенез эпилептических припадков;
- Классификация эпилепсии;
- Стратификация риска;

- Лечебные мероприятия.

Тестовый контроль:

1. Эпилептическое состояние характеризуется

- а) серией непрерывно следующих друг за другом больших эпилептических припадков
- б) продолжительностью состояния от нескольких часов до нескольких суток
- в) пребыванием больного длительно в оглушении, сопоре или коме
- +г) всем перечисленным

2. Сомато-сенсорная аура характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) сенестопатий
- б) галлюцинаций общего чувства
- в) алгических сенестопатий
- +г) всего перечисленного

3. Эпилепсия - хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками

- а) ранним началом (детский, юношеский возраст)
- б) разнообразными пароксизмальными расстройствами
- в) типичными изменениями личности
- +г) всеми перечисленными

4. Вальпроат натрия (конвулекс) показан при лечении всех перечисленных состояний, кроме

- а) больших судорожных припадков
- б) малых припадков
- +в) острого эпилептического психоза
- г) смешанных припадков

5. Клинические особенности височной (психомоторной) эпилепсии характеризуются всеми следующими признаками, кроме

- а) глубоких и типичных изменений личности
- б) генерализованных и негенерализованных пароксизмов
- в) начала припадков с выраженной аурой, разнообразной структуры
- +г) пароксизмально возникающих приступов катаплексии
- д) бессудорожных пароксизмов с различными вариантами сумеречных состояний

6. Галлюцинаторный вариант сумеречного расстройства сознания включает все перечисленное, кроме

- а) отрешенности
- б) аффекта тоски, злобы, напряжения
- +в) импульсивных влечений
- г) преобладания галлюцинаторных расстройств

7. Смеси Серейского назначаются

- а) при редких больших судорожных припадках - смесь 1 1
- б) с более частыми судорожными припадками - смесь 1 2
- в) с частыми судорожными припадками и их тенденцией к серийности - смесь 1 3
- +г) верно все перечисленное

8. Бредовые расстройства при паранойяльном эпилептическом психозе могут иметь тематику

- а) бреда религиозного содержания
- б) бреда отношения
- в) бреда преследования
- +г) всего перечисленного

9. Паранойяльные эпилептические психозы характеризуются всеми перечисленными признаками, кроме

- +а) вербального галлюциноза
- б) чаще тревожно-злобного аффекта
- в) интерпретативного бреда

г) дистанцированности бреда

10. Принципы лечения эпилептических психозов характеризуются следующими признаками

а) лечение эпилептических психозов определяется их психопатологической структурой
б) многие психотропные средства потенцируют антипароксизмальную активность, поэтому их сочетание с антисудорожными препаратами позволяет применять меньшие дозы последних

в) ряд психотропных средств обладает собственно антисудорожной активностью (хлорзепид, сибазон)

+г) всеми перечисленными

11. Галлюцинаторный вариант сумеречного расстройства сознания характеризуется всем перечисленным, кроме

а) отрешенности

б) глубокой дезориентировки

в) преобладания галлюцинаторных расстройств

+г) выраженного двигательного возбуждения с раздражительными действиями, агрессией

12. К бессудорожным пароксизмам с неглубоким расстройством сознания относятся

а) особые сновидные состояния с фантастическим грезоподобным бредом

б) состояния, клинические проявления которых соответствуют психопатологической картине аур

в) ни один из перечисленных

+г) верно а) и б)

13. Продром эпилептической болезни характеризуется всеми следующими специфическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма, кроме

а) мышечных подергиваний

+б) "чужих" мыслей

в) утренних судорог

г) идеаторных расстройств типа "шперрунгов"

14. Наиболее распространенный метод неотложной помощи при эпилептическом состоянии включает

а) внутривенное медленное введение 0.5% раствора 20-60 мг седуксена на 40% растворе глюкозы

б) внутривенное медленное введение 0.5% раствора 20-60 мг седуксена на изотоническом растворе хлорида натрия

в) сердечные средства (кардиамин, кофеин, строфантин)

+г) все перечисленное

15. Бредовый вариант сумеречного расстройства сознания характеризуется всем перечисленным, исключая

а) внешне правильное поведение

б) глубокую дезориентировку

в) отрешенность

+г) преобладание бредовой симптоматики

16. Трудовая экспертиза при эпилептической болезни включает

а) индивидуальное решение вопроса трудоустройства больных эпилепсией

б) больные с редкими припадками и отсутствием грубых изменений личности должны выполнять привычную для них работу, если она не связана с возждением транспорта, высотой, движущимися механизмами, высокой температурой и токсическими веществами

в) при частых припадках, выраженных изменениях личности, невозможности выполнения привычной работы рекомендуется назначение группы инвалидности и трудоустройство в привычных производственных условиях

+г) в тяжелых случаях эпилептической болезни - трудоустройство в лечебно-трудовых мастерских

17. Галлюцинаторно-параноидные эпилептические психозы характеризуются всеми следующими признаками, кроме

а) взаимосвязи галлюцинаторных и бредовых расстройств

б) взаимосвязи фабулы бреда с характером психических автоматизмов

+в) аутовисцероскопических галлюцинаций

г) злобно-напряженного или приподнято-экстатического аффекта

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной Е., 36 лет. Жалуется на приступы судорожных подергиваний правой руки, начавшиеся 6 мес. назад и повторяющиеся 1–2 р./мес.

В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались генерализованные тонико-клонические судороги. Беспокоят также головная боль с рвотой, светобоязнь. После приступа, который длился 2–3 мин, отмечались слабость в правой руке, затруднение речи. Все эти явления регрессировали через 2–3 ч.

Объективно: сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы $D>S$; выявляются справа патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма. Чувствительных расстройств нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Намечена ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 140° .

На глазном дне – застойные диски зрительных нервов.

ЭхоЭГ – смещение М-Эха слева направо на 7 мм.

МРТ – слева в лобной доле определяется округлое образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающие передний рог левого бокового желудочка.

1. Выделите клинические синдромы.

2. Поставьте топический диагноз.

3. Дайте оценку дополнительным методам обследования.

4. Поставьте предварительный клинический диагноз.

Задача 2. Больная Н., 16 лет на уроке в школе потеряла сознание. Отмечались генерализованные судороги тонико-клонического характера. Перед приступом ощутила запах жженой резины. С 10-летнего возраста 1-2 раза в год возникали состояния «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появилась раздражительность, снохождение, сноговорение. Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии. Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет. На ЭЭГ – комплексы «острая-медленная волна», усиление пароксизмальной активности после гипервентиляции.

1. Выделите клинические синдромы.

2. Поставьте топический диагноз.

3. Поставьте клинический диагноз.

Задача 3. Больная Б., 20 лет. С 10 лет возникают приступы выключения сознания на несколько секунд. Больная в этот момент замолкает, не отвечает на заданные вопросы, кожа лица бледнеет, глаза становятся неподвижными, но не падает. Создается впечатление, что она задумалась. Как только заканчивается приступ, больная продолжает прерванный разговор или работу. О припадках ничего не помнит. Эти состояния повторяются 3-4 раза в сутки. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено. Глазное дно – без патологии. На ЭЭГ – «спайк-волны».

1. Выделите клинические синдромы.

2. Поставьте топический диагноз.

3. Поставьте клинический диагноз.

Задача 4. В неврологическую клинику поступил пациент 36 лет в коме. При сборе анамнеза у родственников выяснили, что неделю назад у мужчины появилась высокая температура, заложенность носа, головная боль. Больной получал аспирин и пенициллиновые антибиотики с профилактической целью. Через 4 дня от начала заболевания у пациента появилась агрессивность, нарушение ориентировки в месте и времени в связи, с чем он был госпитализирован в психиатрический стационар. В стационаре у больного произошел генерализованный эпилептический припадок и появилась неврологическая симптоматика в виде поражения черепных нервов и афазии. В течение последующего дня у больного зарегистрирована кома (по шкале Глазго 8 баллов).

1. Выделите клинические синдромы.

2. Поставьте клинический диагноз.

Задача 5. Женщина 43 лет обратилась с жалобами на головокружение, периодически сопровождающееся тошнотой, рвотой, потливостью. Вспомнить когда впервые возник первый приступ головокружения, и чем он был спровоцирован пациентка не могла. Свои ощущения она описывала как ощущения падения, наклона или раскачивания собственного тела или окружающих предметов.

1) Поставьте клинический диагноз.

2) Возможные причины.

Задача 6. Больная 47 лет обратилась к врачу с жалобами на головокружение, потемнение перед глазами, иногда кратковременную утрату сознания при вставании, общую слабость. В неврологическом статусе симптомов очагового поражения ЦНС не выявлено.

1. Выделите базовые препараты в лечении.

2. Поставьте клинический диагноз.

Тема 8. Обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических условиях больных с корешковыми синдромами. Остеохондроз позвоночника

Собеседование по контрольным вопросам:

- Понятие о позвонково-двигательном сегменте.

- Патоморфология остеохондроза позвоночника на различных стадиях патологического процесса.

- Неврологические проявления позвонкового остеохондроза, рефлекторные и компрессионные синдромы на шейном, грудном и пояснично-крестцовом уровнях. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

- Радикулопатия, радикуломиелопатия пояснично-крестцового уровня, их причины, клиника, диагностика, лечение.

- Биомеханика позвоночника в норме и при остеохондрозе.

- Роль остеохондроза позвоночника в патогенезе корешковых и рефлекторно-тонических синдромов.

- Классификация. Дорсалгии.

- Клиническая картина шейной и пояснично-крестцовой радикулопатии.

- Основные принципы лечения дискогенных и недискогенных радикулопатий.

- Профилактика радикулопатий.

- Экспертиза трудоспособности при радикулопатиях.

- Клиническая картина плечевой плексопатии, роль травмы и неопластических факторов в ее возникновении.

- Компрессионные и рефлекторные синдромы.

- Миофасциальный синдром.

- Дифференциальный диагноз при болях в спине и конечностях.

Раздел 5. Болезни уха, горла, носа в общей врачебной практике

Тема 1. Объем требований к уровню подготовки ВОП по профилактике, диагностике и лечению ЛОР-заболеваний. Методы исследования при патологии ЛОР органов. Основные синдромы оториноларингологических заболеваний.

Собеседование по контрольным вопросам:

- *Какие основные методы осмотра больного существуют в клинической практике?*
- *Почему лобный рефлектор представляет собой вогнутое зеркало с фокусным расстоянием 22-25 см?*
- *Почему зеркальную поверхность носоглоточного и гортанного зеркал не следует нагревать более чем до температуры тела? Что может быть при сильном нагревании?*
- *Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов (отоскопия, риноскопия, стоматоскопия, ларингоскопия).*
- *Взаимосвязь патологии ЛОР-органов с терапевтической патологией.*
- *Распространенность ЛОР-заболеваний. Методы осмотра ЛОР-органов.*
- *Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов.*
- *Какой метод исследования позволяет наиболее достоверно определить состояние околоносовых пазух?*
- *Порядок выполнения эндоскопического исследования ЛОР органов.*
- *Методика осмотра наружного носа.*
- *Методика осмотра проекции околоносовых пазух.*
- *Методика пальпации наружного носа.*
- *Методика пальпации лицевых стенок околоносовых пазух.*
- *Методика пальпации регионарных лимфатических узлов.*
- *Методика пальпации лицевых стенок околоносовых пазух.*
- *Методика выполнения передней риноскопии.*
- *Нормальная эндоскопическая картина при передней риноскопии.*
- *Методика выполнения задней риноскопии.*
- *Нормальная эндоскопическая картина при задней риноскопии.*

Тема 2. Воспалительные заболевания уха. Невоспалительные заболевания уха.

Инородные тела наружного слухового прохода.

Собеседование по контрольным вопросам:

- *Острые заболевания уха и их осложнения в клинической практике семейного врача*
- *Заболевания наружного уха Острый средний отит.*
- *Боль в ухе – дифференциальный диагноз.*
- *Мастоидит. Хронические заболевания среднего уха и их осложнения в клинической практике семейного врача.*
- *Какая флора чаще всего вызывает развитие острого отита?*
- *Какой наиболее частый путь распространения инфекции в барабанную полость?*
- *Какие симптомы доминируют при остром отите на первой неделе заболевания?*
- *Из каких мероприятий складывается лечение острого отита до появления перфорации барабанной перепонки?*
- *Чем опасно применение УВЧ при острых отитах?*
- *Что должен предпринять врач, если при остром отите в первом периоде заболевания в течение недели держится высокая температура, беспокоит головная боль и другие проявления общей интоксикации, а при отоскопии определяется гиперемизованная выпуклая в сторону слухового прохода барабанная перепонка?*
- *В каких квадрантах барабанной перепонки проводится парацентез?*
- *Как меняется лечебная тактика после появления перфорации барабанной перепонки?*

-Какой наиболее частый путь распространения инфекции при развитии мастоидита, осложняющего течение острого отита?

- Каковы клинические признаки, по которым можно заподозрить начало развития мастоидита?

- Какой дополнительный метод обследования используется для окончательной постановки диагноза мастоидита?

- Каким методом рекомендуется лечить мастоидит?

- Какие известны осложнения мастоидита?

- Какие известны атипичные формы воспаления височной кости?

Тестовый контроль:

1. К негнойным заболеваниям уха относятся:

а) катаральный или экссудативный отит, адгезивный отит, отосклероз, болезнь Меньера, сенсоневральная тугоухость

б) катаральный или экссудативный отит, адгезивный отит, отосклероз, болезнь Меньера, сенсоневральная тугоухость, тимпаносклероз

+в) катаральный или экссудативный отит, отосклероз, болезнь Меньера, сенсоневральная тугоухость

г) катаральный или экссудативный отит, отосклероз, болезнь Меньера, сенсоневральная тугоухость, тимпаносклероз

2. Клиническая картина болезни Меньера складывается из триады симптомов:

1.головокружения, шума в ухе, тошноты 2.головокружения, шума в ухе, снижения слуха

3.тошноты, рвоты, снижения слуха, шума в ухе 4.головокружения, снижения слуха, вестибулярных расстройств

+Д. вестибулярных расстройств, снижения слуха, шума в ухе.

3.Кохлеарный неврит – это:

+а. заболевание слухового анализатора, клинически проявляющееся сенсоневральной тугоухостью и субъективным высоким шумом в ушах

б. заболевание слухового анализатора, клинически проявляющееся сенсоневральной тугоухостью и субъективным низким шумом в ушах

в. заболевание слухового анализатора, клинически проявляющееся кондуктивной тугоухостью и субъективным высоким шумом в ушах

г. заболевание слухового анализатора, клинически проявляющееся смешанной тугоухостью и субъективным высоким шумом в ушах.

4.Какие формы отосклероза Вы знаете?

а. начальная, смешанная, кохлеарная

б. начальная, кохлеарная

в. тимпанальная, кохлеарная

+г. тимпанальная, смешанная, кохлеарная.

5.Лабиринтиты – это:

а. ограниченное поражение периферического отдела слухового анализатора

б. диффузное поражение периферического отдела слухового анализатора

в. диффузное поражение периферического отдела вестибулярного анализатора

+г. воспалительное заболевание внутреннего уха.

б. По патогенезу различают следующие лабиринтиты:

а. тимпаногенные, менингогенные, специфические

б. тимпаногенные, менингогенные, неспецифические

+в. тимпаногенные, менингогенные, гематогенные

г. тимпаногенные, менингогенные, некротические

д. тимпаногенные, менингогенные, диффузные.

7. Какие стадии течения невриномы VIII нерва Вы знаете?

а) начальная, отоневрологическая, явная

б) начальная, отоневрологическая, конечная

- в) начальная, отоневрологическая, нейрохирургическая
- г) оттиатрическая, отоневрологическая, конечная
- +д) оттиатрическая, отоневрологическая, нейрохирургическая.

Тема 3. Острый и хронический фарингит. Гипертрофия небных миндалин. Аденоиды.

Острый и хронический ларингиты

Собеседование по контрольным вопросам:

- Какие факторы способствуют развитию патологического процесса в небных миндалинах?
- Где локализуется патологический процесс при развитии паратонзиллита?
- На что жалуется больной при катаральном фарингите и каковы местные проявления этого заболевания? б. Каковы клинические признаки атрофического фарингита?
- Каковы методы лечения атрофического фарингита?
- Как лечится гипертрофический фарингит?
- Какие известны формы кокковых “вульгарных” ангин?
- С какими патологическими процессами приходится дифференцировать кокковую лакунарную ангину?
- Какова схема лечения больного кокковой ангиной?
- Каковы общие и местные осложнения кокковых ангин?
- Как лечить больного паратонзиллярным абсцессом?
- Какие известны клинические формы хронического тонзиллита?
- Какие известны консервативные методы лечения при неосложненной форме хронического тонзиллита?
- Каковы симптомы острого ларингита?
- Какие применяются методы лечения острого ларингита?
- Каковы симптомы хронического ларингита?
- Как лечить хронический ларингит?

Тестовый контроль:

1. Ларингоскопическая картина при остром ларингите:

- а) инфильтрация слизистой оболочки
- +б) точечные кровоизлияния
- в) гиперемия голосовых складок
- г) отечность складок
- д) узелки певцов

2. Назовите причины острого ларингита:

- +а) инфекционные заболевания
- б) переохлаждение
- в) перенапряжение голосовых складок
- г) профессиональные вредности

3. Методика лечения острого ларингита:

- +а) антибактериальная
- б) вливание лекарственных веществ в гортань
- в) ингаляция
- г) прижигание слизистой
- д) противоотечная терапия

4. Назовите клинические формы хронического ларингита:

- а) катаральный ларингит
- б) подскладочный ларингит
- в) гиперпластический ларингит
- +г) атрофический ларингит
- д) гипертрофический ларингит

5. Укажите причины ложного крупа:

- а) аллергический фон

б) экссудативный диатез

+в) аденоиды

г) аденовирусная инфекция

д) ангины

б. Острый фарингит – это:

а) воспаление слизистой оболочки области задней стенки глотки

б) воспаление слизистой оболочки области боковых валиков

+в) острое воспаление слизистой оболочки всех отделов глотки

г) воспаление слизистой оболочки области передних небных дужек

д) воспаление слизистой оболочки области передних и задних небных дужек.

7. Этиология острого ларингита – это:

а) инфекционные заболевания, переохлаждение, перенапряжение голосовых складок, ангины

б) профессиональные вредности, инфекционные заболевания, переохлаждение, ангины

+в) инфекционные заболевания, переохлаждение, перенапряжение голосовых складок, профессиональные вредности

г) инфекционные заболевания, переохлаждение, перенапряжение голосовых складок, профессиональные вредности, ангины.

8. Какая ларингоскопическая картина характерна для острого ларингита?

а) инфильтрация слизистой оболочки, точечные кровоизлияния, гиперемия голосовых складок, узелки певцов

б) инфильтрация слизистой оболочки, точечные кровоизлияния, гиперемия голосовых складок, несмыкание голосовой щели

в) инфильтрация слизистой оболочки, точечные кровоизлияния, гиперемия голосовых складок, узелки певцов, несмыкание голосовой щели

+г) инфильтрация слизистой оболочки, точечные кровоизлияния, гиперемия голосовых складок, отечность складок, паралич внутренней голосовой мышцы (несмыкание голосовой щели).

9. Какое лечение, на Ваш взгляд, наиболее приемлемо при остром ларингите?

+а) ингаляции, анальгетики, антигистаминные препараты, редко – антибиотики, фонофорез с гидрокартизоном или электрофорез с йодистым калием, вливания различных лекарственных смесей при помощи горланного шприца

б) ингаляции, анальгетики, антигистаминные препараты, редко – антибиотики, фонофорез с гидрокартизоном или электрофорез с йодистым калием, вливания различных лекарственных смесей при помощи горланного шприца, прижигание слизистой

в) ингаляции, анальгетики, витамины, антибиотики, фонофорез с гидрокартизоном или электрофорез с йодистым калием, прижигание слизистой

г) ингаляции, анальгетики, редко – антибиотики, фонофорез с гидрокартизоном или электрофорез с йодистым калием, вливания различных лекарственных смесей при помощи горланного шприца.

10. Хондроперихондрит гортани характеризуется:

а) болями в области гортани, болезненностью при глотании, афонией, отечностью и инфильтрацией слизистой гортани, наличием пленок серо-грязного цвета в гортани и глотке

б) болями в области гортани, болезненностью при глотании, афонией, отечностью и инфильтрацией слизистой гортани, наличием пленок серо-грязного цвета в гортани и глотке, увеличением объема гортани и утолщением ее хрящей

в) болями в области гортани, болезненностью при глотании, афонией, отечностью и инфильтрацией слизистой гортани, наличием пленок серо-грязного цвета в гортани и глотке, нарушением подвижности гортани

г) болями в области гортани, болезненностью при глотании, афонией, отечностью и инфильтрацией слизистой гортани, наличием пленок серо-грязного цвета в гортани и глотке, нарушением подвижности гортани, стенозом гортани

+д) болями в области гортани, болезненностью при глотании, афонией, отечностью и инфильтрацией слизистой гортани, увеличением объема гортани (припухлость), утолщением

хрящей гортани, нарушением подвижности гортани (исчезновение «хруста» хрящей гортани), стенозом гортани.

11. Причиной ложного крупа может быть:

- а) аллергия, экссудативный диатез, аденовирусная инфекция, ангины
- б) аллергия, экссудативный диатез, аденовирусная инфекция, ангины, контакт с больным дифтерией
- в) аллергия, экссудативный диатез, аденовирусная инфекция, ангины, аденоидные вегетации
- +г) аллергия, экссудативный диатез, аденовирусная инфекция
- д) аллергия, экссудативный диатез, аденовирусная инфекция, ангины, контакт с больным дифтерией, аденоидные вегетации.

Тема 4. Травмы, инородные тела глотки и гортани. Травмы носа и придаточных пазух. Инородные тела носа.

Собеседование по контрольным вопросам:

- *Инородные тела глотки и пищевода: клиника, диагностика, тактика врача при данной патологии*
- *Неотложная помощь, методика извлечения инородных тел.*
- *Каковы причины острых стенозов гортани?*
- *Какие известны клинические формы острых стенозов гортани?*
- *Каковы причины молниеносных стенозов гортани?*
- *Каковы причины подострых стенозов гортани?*
- *Каковы причины хронических стенозов гортани?*
- *Какие признаки стеноза гортани в стадии компенсации дыхательной недостаточности?*
- *Какие лечебные мероприятия применяются при стенозе гортани в стадии компенсации дыхательной недостаточности?*
- *Какие признаки стеноза гортани в стадии декомпенсации дыхательной недостаточности?*
- *Какие лечебные мероприятия проводятся в стадии декомпенсации дыхательной недостаточности?*
- *Какие лечебные мероприятия показаны в стадии субкомпенсации дыхательной недостаточности?*
- *Каковы показания к трахеостомии?*
- *Какие имеются виды трахеостомии?*
- *Какие осложнения могут возникать при трахеостомии?*
- *Особенности ухода за трахеостомической трубкой у больного с трахеостомой?*
- *Каким методом удаляются инородные тела из уха?*
- *Каким методом удаляются инородные тела из носа?*
- *Каковы симптомы наличия инородного тела в пищеводе и тактика врача?*
- *Какие осложнения может вызвать инородное тело пищевода?*
- *Какие симптомы наличия инородного тела верхних дыхательных путей?*
- *Какие осложнения может вызвать инородное тело верхних дыхательных путей?*

Тестовый контроль:

1. Назовите наиболее оптимальные сроки для репозиции костных отломков при травме носа:
 - а. немедленно
 - +б. в течение недели после получения травмы
 - в. через 2 недели после получения травмы
 - г. через 6 недель после травмы
2. Укажите срок пребывания марлевого тампона в полости носа при передней тампонаде?
 - а. 1 сутки
 - +б. 2- суток
 - в. 3-5 суток
 - г. 10 суток

3. Укажите, что такое ринопит:

а. киста полости носа

+б. носовой камень

в. злокачественное образование полости носа

г. доброкачественное образование полости носа.

4. Кистовидное растяжение околоносовых пазух, при котором в них находится воздух, называется:

а. пиоцеле

б. гемоцеле

+в. пневмоцеле

г. мукоцеле.

5. Выберите метод обследования, наиболее демонстративный для диагностики металлического инородного тела полости носа:

а. рентгенография околоносовых пазух

+б. передняя риноскопия

в. задняя риноскопия

б. Назовите причину гематомы перегородки носа:

а. носовые кровотечения

б. инородные тела носа

+в. травмы носа

г. острые риниты

7. Назовите методы диагностики гематомы перегородки носа:

а. рентгенография носа

б. УЗИ носа

в. передняя риноскопия

+г. пункция гематомы

8. Гематома перегородки носа образуется:

а. спонтанно

+б. от механической травмы

в. от ожога

г. от отморожения

д. следствия носового кровотечения

9. При гематоме перегородки носа необходимо:

а. вскрытие полости и передняя тампонада носа

б. пункция полости и её промывание

в. передняя тампонада

+г. вскрытие полости и установка дренажа

д. пункция и передняя тампонада

10. Нетипичное для локализации инородных тел место гортаноглотки:

а) небные миндалины

б) язычная миндалина

в) грушевидные синусы

+г) надгортанник

11. Назовите основной симптом при инородном теле глотки (рыбья кость)

а) боль при глотании

б) затрудненное прохождение пищи

в) першение, щекотание в глотке

+г) колющая боль в горле при глотании

12. Какую неотложную помощь следует оказать при ожоге глотки щелочами и кислотами, кроме:

а) применение нейтрализующих химических веществ

+б) полоскание глотки раствором фурацилина

в) применение масляных растворов внутрь

г) промывание желудка 0,1% раствором калия перманганата

13. Укажите первое действие врача при подозрении на инородное тело ротоглотки:

+а) фарингоскопия

б) отоскопия

в) непрямая ларингоскопия

г) удаление инородного тела

14. Исключите одно непоследовательное действие врача при подозрении на инородное тело гортаноглотки:

а) фарингоскопия

б) отоскопия

в) непрямая ларингоскопия

г) удаление инородного тела

15. Симптомом инородного тела гортани является:

а. стеноз;

б. дисфония;

в. кашель;

+г. дисфагия;

16. При травме гортани, осложненной кровотечением, пострадавший должен находиться в положении:

а. сидя;

б. лежа на спине;

в. лежа на противоположной повреждению стороне;

+г. лежа на стороне повреждения или на животе

17. Укажите положение больного, в котором он должен находиться при травме гортани, осложнённой кровотечением:

+а. сидя

б. лежа на спине

в. лежа на противоположной повреждению стороне

г. лежа на стороне повреждения или на животе

Тема 5. Острый и хронический риниты. Фурункул, рожистое воспаление носа. Полипы носа. Носовое кровотечение. Острый и хронический гаймориты.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Фурункул носа.

- Носовые кровотечения и методы их остановки.

- Воспалительные заболевания придаточных пазух носа в клинической практике семейного врача.

- Вазомоторный ринит. Аллергическая форма заболевания. Принципы диагностики и лечения.

- Вазомоторный ринит. Нейровегетативная форма. Принципы диагностики и лечения.

- Хронический атрофический ринит и озена. Влияние профессиональных и социально-экономических факторов. Клиника, диагностика, лечение.

- Хронический гипертрофический ринит. Этиология, клиника, диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения (ультразвуковая дезинтеграция, лазерная хирургия, криодеструкция, конхотомия, радиоволновая хирургия).

- Полипы носа. Современные методы диагностики и лечения.

- Одонтогенные гаймориты. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

- Острые и хронические гнойные фронтиты. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения. Профилактика.

- Острое и хроническое гнойное воспаление клиновидной пазухи. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.

- Фурункулы, карбункулы носа и верхней губы. Клиника, дифференциальная диагностика с рожистым воспалением. Лечение, осложнения.

Тестовый контроль:

1. Дифференциальная диагностика фурункула носа проводится:

- а) с гематомой
- б) с острым ринитом
- +в) с рожистым воспалением
- г) с ринофимой
- д) со склеромой

2. При фурункуле носа в стадии инфильтрации применяется:

- а) хирургическое лечение
- +б) антибактериальная терапия
- в) физиотерапия
- г) акупунктура
- д) лазерная терапия

3. Осложнением фурункула носа может быть:

- а) острый ринит
- +б) тромбоз кавернозного синуса
- в) деформация перегородки носа
- г) флегмона мягких тканей лица

4. Причинами носового кровотечения могут быть

- +а) повышение артериального давления
- б) аллергический ринит
- в) атрофический ринит
- г) остеома лобной пазухи
- д) гипертрофический ринит

5. Симптомами острого ринита у детей грудного возраста являются:

- а) стеноз гортани
- б) ликворея
- в) оторея
- г) рвота, не связанная с приемом пищи
- д) носовое кровотечение
- +е) потеря массы тела

6. Заболевание, постоянными симптомами которого являются пароксизмальное чихание, обильное прозрачное водянистое отделяемое из носа, затруднение носового дыхания, зуд в области носа - это:

- а) острый ринит
- б) острый синусит
- в) хронический гайморит
- +г) аллергический ринит
- д) атрофический ринит

7. формами вазомоторного ринита являются:

- а) катаральная и аллергическая
- б) аллергическая и гипертрофическая
- в) атрофическая и субатрофическая
- г) гипертрофическая и атрофическая
- +д) нейровегетативная и аллергическая

8. носовые кровотечения чаще всего бывают из слизистой:

- а) нижней носовой раковины
- б) средней носовой раковины
- в) верхней носовой раковины
- +г) перегородки носа

д) дна полости носа

9. для вазомоторного ринита характерна триада симптомов:

- а) перемежающаяся заложенность носа, слизисто-гнойные выделения, головная боль
- +б) многократное чихание, затруднение носового дыхания, серозные выделения из носа
- в) нарушение носового дыхания, сухость в носу, anosmia
- г) головная боль, гипосмия, многократное чихание
- д) слизисто-гнойные выделения, затруднение носового дыхания, запах из носа

10. При носовой геморрагии передняя тугая тампонада сохраняется в течение:

- а) 1 день;
- б) 7 дней;
- в) 10 дней;
- +г) 2-3 дня;
- д) несколько часов.

11. Перечислите методы остановки носового кровотечения:

- а) прижатие крыльев носа;
- б) введение в полость носа ватного тампона, пропитанного перекисью водорода;
- в) отслойка слизистой оболочки в кровоточивой зоне перегородки носа;
- г) передняя тампонада;
- +д) все ответы правильные.

12. Причины носового кровотечения, кроме:

- а) заболевания крови;
- б) травмы носа;
- в) гипертоническая болезнь;
- +г) гастрит;
- д) хронический нефрит.

13. Укажите метод лечения гипертрофического ринита:

- а) сосудосуживающие капли в нос;
- +б) хирургическое лечение;
- в) электрофорез;
- г) смазывание раствором ляписа;
- д) лазеротерапия.

14. Симптомы хронического гнойного гайморита все, кроме:

- +а) головная боль в области затылка;
- б) затруднение носового дыхания;
- в) слизисто-гнойные выделения из носа;
- г) полоска гноя в среднем носовом ходе;
- д) нарушение пневматизации верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме.

15. Для острого гайморита не характерно:

- а) затруднение носового дыхания;
- б) слизисто-гнойные выделения из носа;
- в) боли в области передней стенки верхнечелюстной пазухи;
- +г) гнойное отделяемое в верхнем носовом ходе.

16. Для гипертрофического ринита не характерно:

- а) затруднение носового дыхания;
- +б) боль в носу;
- в) слизисто-гнойные выделения из носа;
- г) отрицательный результат пробы с анемизацией слизистой оболочки носа.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больная жалуется на периодические более или менее обильные кровотечения из носа, которые возникают у нее в предменструальный период. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки слегка бледные. Тоны

сердца приглушены, PS 90 уд. в мин., ритмичен. В носовых ходах – сгустки крови. В передненижнем отделе перегородки носа слева видны резко расширенные сосуды, легко кровоточащие при дотрагивании.

Чем можно объяснить состояние больной?

Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Лечение.

Задача 2. Больной доставлен в ЛОР - клинику бригадой скорой помощи с сильным носовым кровотечением, которое началось час назад. Страдает гипертонической болезнью. Объективно: АД 220/120 мм рт.ст., PS – 80 в 1 мин., в носу ватные шарики, пропитанные кровью. Струйка крови видна и на задней стенке глотки.

Диагноз.

Тактика врача скорой помощи и врача ЛОР – отделения.

Задача 3. Больной жалуется на отечность и боль в области правого крыла носа, век правого глаза, слабость, лихорадку, головную боль, рвоту. Несколько дней тому назад во время бритья поранил кожу носа. На следующий день в этом месте появились боль и уплотнение. Попытка выдавить гной. Через несколько часов появились отек век, тошнота, рвота. Объективно: состояние больного тяжелое, сознание спутанное, выраженный отек век и конъюнктивы справа, экзофтальм, офтальмоплегия. В области правого крыла носа – инфильтрат с кратерообразным углублением в центре.

Предварительный диагноз.

Составьте план обследования и лечения.

Задача 4. Больной жалуется на ограничение подвижности глазного яблока, резкую боль в глазу, гнойные выделения из носа, лихорадку. Много лет страдает хроническим гнойным гайморитом. Объективно: отек, инфильтрация кожи век и конъюнктивы глаза, экзофтальм. Глазное яблоко смещено наружу и вверх, ограничение подвижности во все стороны. В полости носа - обилие гнойного отделяемого.

Предположительный диагноз.

Что необходимо для уточнения диагноза?

Лечение.

Задача 5. Чем можно объяснить отсутствие обоняния у больного с искривлением перегородки носа и нарушением носового дыхания? В каком лечении он нуждается? Может ли быть восстановлена обонятельная функция?

Задача 6. Спортсмен обратился к врачу через 1 час после травмы с жалобами на боль в носу, затруднение носового дыхания. Объективно: слизистая оболочка перегородки носа с двух сторон утолщена, гиперемирована, при пальпации ощущается флюктуация. Носовые ходы сужены. Диагноз. Тактика врача и лечение. Возможные осложнения.

Задача 7. Больной жалуется на сильную головную боль, усиливающуюся при наклоне головы, чувство тяжести в правой половине лица, затруднение носового дыхания, гнойные выделения из правой половины носа. Объективно: в правом среднем носовом ходе – полоска гноя. Слизистая оболочки правой половины полости носа резко гиперемирована.

Предварительный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Лечение.

Задача 8. Больной жалуется на затруднение носового дыхания, больше справа, тяжесть во лбу, снижение обоняния. Болен около 4 лет. Вначале заложенность носа беспокоила периодически, а затем усилилась и стала постоянной. Применявшиеся ранее сосудосуживающие капли в нос в последнее время перестали действовать. Объективно: в среднем и нижнем носовых ходах справа - множественные образования бледно-розового цвета, напоминающие гроздь винограда. Слева полость носа заполнена меньшим количеством таких образований. Носовое дыхание справа отсутствует, слева – ослаблено. Слизистая оболочка глотки и гортани не изменена.

Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

Лечение.

Задача 9. У больного, длительное время страдающего хроническим ринитом, при осмотре в правой половине носа обнаружены множественные округлой формы бледно-розовые образования. Рентгенологически определяется затемнение всех околоносовых пазух справа.

Предположительный диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Лечение.

Раздел 6. Болезни глаз в общей врачебной практике.

Тема 1. Организация работы врача общей практики (семейного врача) для оказания неотложной помощи при неотложных состояниях в офтальмологии. Способы и формы местного применения лекарственных средств в офтальмологии

Собеседование по контрольным вопросам:

- Заболевания органа зрения, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов;
 - Эпидемиология инфекционных заболеваний органа зрения;
 - Этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся глазных заболеваний; современная классификация заболеваний;
 - Клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний органа зрения, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;
 - Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного офтальмологического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику);
 - Методы лечения заболеваний органа зрения и показания к их применению;
- Принципы диспансеризации населения, реабилитации офтальмологических больных;
- Особенности организации и объем работы врача-общей практики амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации больных;
 - Критерии диагноза заболеваний органа зрения;
 - Особенности оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях;
 - Значение знаний анатомии в клинической практике врача-общей практики.
 - Порядок оказания медицинской помощи взрослым при заболеваниях глаза.
 - Стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях глаза
 - Методы медикаментозного лечения, принципы применения медицинских изделий, лечебного питания у пациентов с заболеваниями и/или состояниями глаза.
 - Лекарственные препараты применяемые в офтальмологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции
 - Методы немедикаментозного лечения заболеваний и/или состояний глаз.

Тема 2. Рефракция и аккомодация глаза. Методы определения рефракции и методы ее коррекции (подбор очков).

Собеседование по контрольным вопросам:

- Что такое диоптрия?
- Как определить вид и силу очкового стекла?
- Что означает понятие физической рефракции глаза?
- Понятие клинической рефракции глаза.
- Определение дальнейшей точки ясного зрения и её положение при различных вариантах клинической рефракции.

- Какова клиническая рефракция у новорожденных?
- К чему может привести высокая некорректируемая гиперметропия?
- Принципы коррекции гиперметропии.
- Понятия высокой и злокачественной близорукости.
- Перечислите осложнения близорукости со стороны глазного дна.
- Назовите основные причины развития школьной близорукости.
- Принципы коррекции миопии.
- Медикаментозное лечение миопии.
- Современные направления в хирургии близорукости.
- Механизм аккомодации глаза.
- Дайте определение ближайшей точки ясного зрения.
- Формула для расчёта объёма аккомодации.
- Причины спазма и паралича аккомодации.
- Симптомы спазма и паралича аккомодации
- Как проводится офтальмоскопия в обратном виде?

Тестовый контроль:

1. Дальнейшая точка ясного видения гиперметропического глаза находится:

- а) в бесконечности
- б) перед глазом (на конечном расстоянии)
- в) в области роговицы
- г) на сетчатке
- +д) позади глаза (в отрицательном пространстве)

2. Сила физической рефракции глаза человека в норме составляет:

- а) от 10 до 20Д
- б) от 21 до 51Д
- +в) от 52 до 71Д
- г) от 72 до 91Д
- д) от 91 до 100д

3. К субъективным методам исследования рефракции глаза относится:

- а) скиаскопия
- б) рефрактометрия
- в) авторефрактометрия
- +г) определение остроты зрения коррекцией сменными оптическими линзами

4. Положительная часть относительной аккомодации у школьников 8-10 лет не должна быть меньше:

- +а) 3,0-5,0дптр
- б) 6,0-8,0дптр
- в) 9,0-10,0дптр
- г) 11,0-12,0 дптр

5. За 1 диоптрию принимают преломляющую силу оптической линзы с фокусным расстоянием в:

- а) 100м
- б) 10м
- +в) 1м
- г) 10см
- д) 1см

6. Различают следующие виды клинической рефракции глаза:

- а) постоянную и непостоянную
- б) дисбинокулярную и анизометропическую
- в) роговичную и хрусталиковую
- +г) статическую и динамическую

7. Фокусом оптической линзы называется:

- а) центр ее сферической поверхности
- б) центр ее плоской поверхности
- в) центр ее цилиндрической поверхности
- г) центр ее торической поверхности
- +д) точка, в которой собираются проходящие через нее параллельные лучи

8. Рефракцией оптической системы называется:

- а) состояние, тесно связанное с конвергенцией
- +б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях
- в) способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет
- г) отражение оптической системой падающих на нее лучей
- д) система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга

9. Аметропия слабой степени соответствует следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:

- +а) от 0,5 до 3,0 дптр
- б) от 0,5 до 4,0 дптр
- в) от 0,5 до 5,0 дптр
- г) от 0,5 до 5,5 дптр

10. Дальнейшая точка ясного видения эметропического глаза находится в:

- а) 5 м от глаза
- б) 4 м от глаза
- в) 3 м от глаза
- +г) относительной бесконечности
- д) позади глаза (в отрицательном пространстве)

11. Под динамической клинической рефракцией глаза понимают:

- +а) преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации
- б) преломляющую силу роговицы
- в) преломляющую силу хрусталика
- г) преломляющую силу роговицы и хрусталика

12. У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 1,0 м от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:

- +а) 1,0 дптр
- б) 2,0 дптр
- в) 4,0 дптр
- г) 5,0 дптр
- д) 10,0 дптр

13. Абсолютная аккомодация-это аккомодация, измеренная при:

- +а) выключенной конвергенции(окклюзии одного из глаз)
- б) двух открытых глазах

- в) действующей конвергенции
- г) частично выключенной конвергенции

14. При параличе аккомодации у пациента обязательно выявляется:

- а) заметное улучшение зрения вблизи
- +б) резкое ухудшение зрения вблизи
- в) повышение зрения вдаль
- г) сходящееся косоглазие
- д) расходящееся косоглазие

15. Аметропия средней степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:

- а) от 2,0 до 3,0 дптр
- б) от 2,5 до 5,0 дптр
- в) от 2,75 до 5,5 дптр
- +г) от 3,25 до 6,0 дптр
- д) от 5,5 до 7,5 дптр

16. Ближайшая точка ясного видения у школьника-эмметропа 10-12 лет в норме находится от глаза на расстоянии:

- а) 30см
- б) 25см
- в) 20см
- г) 15см
- +д) 8-10см

17. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 0,5 м равна:

- а) 4,0 дптр
- +б) 2,0 дптр
- в) 1,0 дптр
- г) 0,5 дптр
- д) 0,1 дптр

18. Статическая клиническая рефракция глаза отражает:

- а) преломляющую силу роговицы
- +б) истинную клиническую рефракцию глаза в состоянии покоя аккомодации
- в) преломляющую силу хрусталика
- г) преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации

19. У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 25 см от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:

- а) 1,0 дптр
- б) 2,0 дптр
- +в) 4,0 дптр
- г) 5,0 дптр
- д) 10,0 дптр

20. У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 10 см от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:

- а) 1,0 дптр
- б) 20, д

- в) 4,0дптр
- г) 5,0дптр
- +д) 10,0дптр

Тема 3. Бинокулярное зрение. (косоглазие). Методы исследования органа зрения.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Укажите, какой угол косоглазия называют первичным.
- Укажите, какой угол отклонения глаза называют вторичным.
- Укажите признаки содружественного косоглазия.
- Укажите признаки паралитического косоглазия.
- Назовите изменения функций мышц, наблюдаемые при сходящемся косоглазии.
- Дайте общее определение аккомодационного косоглазия.
- Укажите показатели нормальной подвижности глаз в горизонтальном направлении.
- Назовите приборы для закрепления бинокулярного зрения.
- Дайте общее определение амблиопии.
- Дайте характеристику альтернирующего косоглазия
- Исследование цветоощущения с помощью таблиц Рабкина и таблиц Юстовой.
- Исследование клинической рефракции и аккомодации глаза.
- Исследование глазодвигательного аппарата (определение угла косоглазия, подвижности глазного яблока).
- Исследование слезопродукции и слезоотведения.

Тестовый контроль:

1. Амблиопия дисбинокулярная чаще развивается с:

- а) аккомодационным альтернирующим косоглазием;
- б) альтернирующим сходящимся косоглазием;
- +в) монолатеральным постоянным косоглазием;
- г) непостоянным расходящимся косоглазием;
- д) частично аккомодационным альтернирующим косоглазием.

2. бинокулярное зрение – это

- а) зрение двумя глазами (без слияния изображения в один зрительный образ);
- +б) зрение двумя глазами с соединением одновременно полученных ими изображений в один зрительный образ;
- в) зрение попеременно, то одним, то другим глазом;
- г) зрение только правым или только левым глазом.

3. в норме зрительная фиксация должна быть:

- а) парацентральной неустойчивой;
- б) парацентральной устойчивой;
- в) перемежающейся;
- г) устойчивой периферической;
- +д) центральной устойчивой.

4. в том случае, когда световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по внутреннему краю зрачка, это соответствует:

- +а) расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- в) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- г) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- д) сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

5. в том случае, когда световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по наружному краю зрачка, это соответствует:

- а) расходящемуся косоглазию с углом в 15° ;
- б) расходящемуся косоглазию с углом в 30° ;
- +в) сходящемуся косоглазию с углом в 15° ;

г) сходящемуся косоглазию с углом в 30° ;

д) сходящемуся косоглазию с углом в 45° .

6. засветы с использованием отрицательного последовательного образа по кюпперсу проводят с помощью:

+а) большого безрефлексного офтальмоскопа;

б) зеркального офтальмоскопа;

в) офтальмометра;

г) прямого офтальмоскопа;

д) рефрактометра.

7. к амблиопии высокой степени относятся следующие показатели остроты зрения:

а) 0,04 и ниже;

+б) 0,05-0,1;

в) 0,2-0,3;

г) 0,4-0,5;

д) 0,6-0,7.

8. к амблиопии очень высокой степени относятся показатели остроты зрения:

+а) 0,04;

б) 0,05-0,1;

в) 0,2-0,3;

г) 0,4-0,5;

д) 0,6-0,7.

9. к амблиопии слабой степени относятся следующие показатели остроты зрения:

а) 0,04 и ниже;

б) 0,05-0,1;

в) 0,2-0,3;

+г) 0,4-0,8;

5) 0,9.

10. к амблиопии средней степени относятся следующие показатели остроты зрения:

а) 0,04 и ниже;

б) 0,05-0,1;

+в) 0,2-0,3;

г) 0,4-0,5;

д) 0,6-0,7.

11. к какому возрасту у ребенка завершается формирование бинокулярного зрения?

а) к 17-22 годам;

б) к 2 годам;

в) к 5-6 месяцам;

+г) к 7-15 годам.

12. какая острота зрения совместима с бинокулярным зрением:

а) 0,05-0,1;

б) 0,2;

в) 0,3;

+г) 0,4 и выше;

д) 1 0,04 и ниже.

13. какие операции применяются для ослабления мышечного действия?

а) резекция;

б) резекция, теномиопластика;

+в) рецессия, теномиопластика;

г) склеропластика.

14. какие операции применяются для усиления мышечного действия?

+а) резекция, проррафия;

б) рецессия, проррафия;

в) теномиопластика, проррафия;

г) теномиопластика, рецессия.

15. лечение детей с амблиопией методом пенализации можно проводить, начиная с:

а) 3 лет;

б) 4 лет;

в) 5 лет;

г) 6 лет и старше;

+д) раннего детского возраста.

16. лечение косоглазия у детей на специальной аппаратуре (синоптофоре и др.) возможно у детей, начиная уже с:

а) 1-2 лет;

+б) 3 лет;

в) 4 лет;

г) 5-6 лет;

д) 7 лет и старше.

17. лечение пациента на синоптофоре проводится на объектах для:

+а) слияния под объективным углом;

б) слияния под субъективным углом;

в) совмещения под объективным углом;

г) совмещения под субъективным углом.

18. локальное «слепящее» раздражение светом центральной ямки сетчатки проводят с помощью:

+а) большого безрефлексного офтальмоскопа;

б) зеркального офтальмоскопа;

в) прямого офтальмоскопа;

г) рефрактометра;

д) целевой лампы.

19. локальные «слепящие» засветы назначают детям с амблиопией при:

а) неустойчивой парамакулярной фиксацией;

б) неустойчивой периферической фиксацией;

в) перемежающейся фиксацией;

г) центральной неустойчивой фиксацией;

+д) центральной устойчивой и неустойчивой фиксацией, когда локальное воздействие света на сетчатку ещё возможно.

Тема 4. Заболевания вспомогательных органов глаза. Современные методы диагностики и лечения заболеваний вспомогательного аппарата глаза.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Диагностика заболеваний и повреждений глазниц.

- Правила и способы оптической коррекции зрения.

- Нарушение положения век (лагофтальм, эктропион, птоз). Клиника, лечение.

- Заболевания конъюнктивы. Общая семиотика конъюнктивитов.

- Дайте определение лагофтальма и перечислите 3 основные причины его возникновения. Назначьте лечение.

- Перечислите причины, приводящие к завороту века.

- Перечислите причины, приводящие к вывороту века.

- Какие осложнения лагофтальма ведут к снижению остроты зрения?

- Назовите наиболее частые причины блефаритов.

- Дайте определения ячменя. Назначьте лечение.

- Дайте определение халязиона. Способы лечения.

- Какие объективные клинические признаки характеризуют хронический гнойный дакриоцистит? Тактика лечебных мероприятий.

- Какие объективные клинические признаки характеризуют острый гнойный дакриоцистит? Тактика лечебных мероприятий.
- Какие объективные клинические признаки характеризуют острый дакриoadенит? Тактика врача общей практики .Лечебные мероприятия.
- Функции слёзной жидкости, строение слёзной плёнки.
- Какие слёзозаменители Вы знаете?

Тестовый контроль:

1. При лагофтальме возможно возникновение:

- а) эрозии роговицы из-за трихиаза
- б) увеита
- в) экзофтальма
- +г) ксероза роговицы
- д) неврита

2. Ложный экзофтальм наблюдается при:

- а) ретробульбарной гематоме
- +б) односторонней высокой миопии
- в) псевдотуморе
- г) эндокринной офтальмопатии
- д) лимфоме

3. Старческий заворот развивается при:

- +а) растяжении кожи век
- б) энтофтальме
- в) конъюнктивите
- г) халазионе
- д) трихиазе

4. Ожоги век могут быть причиной :

- +а) рубцового выворота век
- б) паралитического выворота век
- в) атонического выворота век
- г) спастического выворота век
- д) врожденного выворота век

5. Чешуйчатый блефарит характеризуется:

- а) мучительным зудом в веках
- +б) мучительным зудом, сухими чешуйками
- в) корни ресниц покрыты сухими чешуйками
- г) мейбомеитом
- д) отеком век

6. При абсцессе века необходимо:

- а) консервативная терапия
- б) магнитотерапия
- +в) при наличии симптома "флюктуации"- вскрыть и дренировать гнойник
- г) динамическое наблюдение
- д) введение стероидов

7. При блефарохалазисе наблюдается:

- а) заворот
- +б) снижение зрения из-за опущения века
- в) выворот
- г) трихиаз
- д) рубец на веке

8. Атонический выворот век проявляется:

- +а) снижением эластичности кожи, отвисание века книзу, гипертрофия конъюнктивы

- б) отвисанием века книзу
- в) гипертрофией конъюнктивы
- г) блефароспазмом
- д) ретракцией верхнего века

9. Спастический заворот век развивается при:

- +а) блефароспазме
- б) трахоме
- в) экзофтальме
- г) блефарите
- д) конъюнктивите

10. Для каротидно-кавернозного соустья характерно:

- +а) развитие пульсирующего экзофтальма, расширение эпibuльбарных сосудов, сосудистый шум над глазом
- б) расширение эпibuльбарных сосудов
- в) сосудистый шум над глазом
- г) развитие конъюнктивита
- д) перикорнеальная инъекция

11. Изменения век при воспалительном отеке включают:

- +а) гиперемию кожи век, повышение температуры, болезненность при пальпации
- б) повышение температуры кожи
- в) болезненность при пальпации
- г) крепитация
- д) гематома век

12. При аденовирусной инфекции глаза наблюдается:

- +а) конъюнктивит является фолликулярным, поражает нижний свод, могут быть помутнения роговицы
- б) конъюнктивит почти всегда поражает нижний свод
- в) могут быть поверхностные и глубокие помутнения роговицы
- г) древовидный кератит
- д) дисковидный кератит

13. Ретракция верхнего века наблюдается при :

- а) каротидно-кавернозном соустье
- б) менингиоме
- +в) эндокринном экзофтальме
- г) флегмоне орбиты
- д) абсцесс верхнего века

14. Эпикантус - это:

- а) опущение верхнего века
- +б) кожная складка, соединяющая верхнее и нижнее веко
- в) узкая глазная щель
- г) плотное образование на верхнем веке
- д) симблефарон

15. При лагофтальме необходимо проводить:

- а) кератопластику
- +б) использование глазных мазей
- в) в некоторых случаях - блефароррафию
- г) парабuльбарные инъекции
- д) физиотерапию

16. Пульсирующий экзофтальм наблюдается при:

- +а) артерио-венозном соустье между внутренней сонной артерией и кавернозным синусом
- б) мукоцеле

- в) абсолютно болящей глаукоме
- г) дакриoadените
- д) остеосаркоме

17. К первичным доброкачественным опухолям орбиты относятся:

- а) ангиома
- б) менингиома
- в) глиома, нейрофиброма
- г) смешанная опухоль слезной железы
- +д) верно все перечисленное

18. При язвенном блефарите изменения век носят характер:

- +а) кровоточащих язвочек с гнойным налетом
- б) заворота век
- в) выворота век
- г) пузыревидных высыпаний
- д) гематома век

Тема 5. Заболевания роговицы. Заболевания хрусталика. Глаукома.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Назовите факторы риска глаукомы.
- Что положено в основу деления глаукомы на стадии?
- Назовите 2 основные формы глаукомы.
- Какова клиническая картина острого приступа глаукомы. Меры по купированию этого состояния.
- С какими общими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз при остром приступе глаукомы?
- Как называется методика оценки угла передней камеры?
- Вторичная глаукома, причины её возникновения.
- Вследствие каких общих заболеваний может возникнуть неоваскулярная глаукома?

Тестовый контроль:

1) Основным методом лечения катаракты являются:

- а. Консервативная терапия
- б. Лазерная терапия
- в. Применение диуретиков
- +г. Хирургический метод лечения

2) Назовите стадии старческой катаракты

- а. начальная
- б. незрелая в. зрелая
- г. выраженная
- д. верно все, кроме г)

3) Артификация — это:

- а. искусственный хрусталик
- б. интраокулярная линза
- в. ИОЛ

+г. верно все

4) К наиболее эффективным методам введения препаратов для профилактики катаракты относятся:

- +а. инстилляции
- б. пероральное применение
- в. в/в вливания
- г. физиотерапия
- д. в/мышечное

- 5) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать начальную катаракту:
- а. заращение зрачка
 - +б. глаукома
 - в. глиома
 - г. бельмо роговицы
- 6) диагностике первичной глаукомы имеют важное значение следующие исследования, за исключением:
- а. Суточная тонометрия
 - +б. рефрактометрия
 - в. Гониоскопия
 - г. Исследование поля зрения
 - д. Исследования диска зрительного нерва
- 7) Для начальной стадии первичной открытоугольной глаукомы характерны:
- а. Боль в глазу
 - б. Прогрессирующее снижение зрения
 - +в. Отсутствие жалоб
 - г. Изменение цвета и рисунка радужки
- 8) Общим в течении первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком является:
- а. Прогрессивное ухудшение оттока жидкости из глаза
 - б. Сужение зрачка
 - +в. Развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва
 - г. Увеличение пигментации угла передней камеры
 - д. Выбухания прикорневой части радужки
- 9) Продукция водянистой влаги осуществляется:
- а. В плоской части цилиарного тела
 - +б. В отростках цилиарного тела
 - в. Эпителием радужной оболочки
 - г. Всеми выше перечисленными структурами
- 10) Блок угла передней камеры может быть вызван:
- а. Нерассосавшейся мезодермальной тканью
 - +б. Корнем радужной оболочки
 - в. Новообразованными сосудами
 - г. Кровью
 - д. Всем перечисленным
- 11) Для роговичного синдрома характерны:
- а. Светобоязнь и слезотечение
 - б. Блефароспазм
 - в. Ощущение инородного тела под веками, боль в глазу
 - +г. Все перечисленное
- 12) Для различных форм герпетического кератита характерно:
- а. Нейротрофический характер поражения, одним из проявлений которого является снижение чувствительности роговицы глаза
 - б. Замедленная регенерация
 - в. Безуспешность а/бактериальной терапии
 - г. Верно А и Б
 - +д. Все перечисленное
- 13) Какая наиболее частая этиология паренхиматозного кератита?
- а. Роговичные проявления коллагенозов
 - б. Вирусная инфекция с поражением роговой оболочки
 - в. Туберкулезные поражения роговой оболочки
 - г. Паразитарное заболевание роговой оболочки
 - +д. Поздние проявления врожденного сифилиса

- 14) Какая клиническая картина наиболее характерна для ползучей язвы роговой оболочки?
- а. Язва чаще очень медленно прогрессирует в развитии, сопровождается малой симптоматикой, располагается чаще у лимба, края язвы ровные, гладкие. Язва быстро регенерирует и эпителизируется без видимых следов поражения роговицы
 - б. Язва может быстро, в течение суток, привести к перфорации роговицы, развитию иридоциклита и гибели глаза
 - +в. Язва склонна к быстрому прогрессированию, располагается центрально, один край язвы приподнят и как бы подрыв, серповидной формы, одновременно другой край очищается и покрывается эпителием. Язва может углубляться и приводит к перфорации роговой оболочки
 - г. Все перечисленное
- 15) Какая клиническая картина более характерна для древовидного кератита?
- +а. Сопровождается острыми субъективными нарушениями, выраженный корнеальный синдром, в эпителии роговицы имеются ветвящиеся группы мелких пузырьков и инфильтратов серого цвета, нередко рецидивирует, трудно поддается лечению
 - б. Медленное, незаметное начало с преимущественным поражением глубоких слоев роговой оболочки, выражена глубокая васкуляризация роговицы
 - в. Преимущественное поражение конъюнктивы с обильным гнойным отделяемым
 - г. В клинике преобладают симптомы поражения увеального тракта
16. Ко вторичной глаукоме относят:
- +а) послевоспалительную, факогенную, сосудистую
 - б) факогенную
 - в) сосудистую
 - г) псевдоэкссфолиативную
 - д) ползучую
17. Лечение злокачественной глаукомы включает:
- а) назначение лазикса
 - б) удаление хрусталика
 - в) назначение адреналина
 - г) назначение атропина
 - +д) верно все перечисленное
18. На основании каких методов исследования можно отличить органическую блокаду угла корнем радужной оболочки от функциональной:
- +а) гониоскопия с роговичной компрессией
 - б) гониоскопия с трансиллюминацией
 - в) тонография
 - г) суточная тонометрия
 - д) эластотонометрия
19. Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:
- +а) глаукома с относительно зрачковым блоком
 - б) глаукома с хрусталиковым блоком
 - в) глаукома с плоской радужкой
 - г) ползучая глаукома
 - д) синдром пигментной дисперсии
20. К побочным эффектам холиномиметиков относятся:
- +а) ухудшение зрения при низкой освещенности, появление близорукости, боли в глазу
 - б) появление рефракционной близорукости
 - в) боли в глазу
 - г) углубление передней камеры глаза
 - д) деструкция стекловидного тела
21. Клинические проявления ПЗУГ со зрачковым блоком включают:
- +а) острое начало, мелкая передняя камера, закрытый угол передней камеры

- б) мелкая передняя камера
- в) закрытый угол передней камеры
- г) выраженная дистрофия радужки
- д) частичный гемофтальм

22. Триада симптомов, характерных для глаукомы:

- +а) повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги, изменение полей зрения, сдвиг сосудистого пучка к носу
- б) неустойчивость ВГД, гетерохромия, осложненная катаракта
- в) повышение ВГД, перикорнеальная инъекция, отек роговицы
- г) изменение поля зрения, побледнение ДЗН, ангиоретиносклероз
- д) анизокория, преципитаты, повышение ВГД

Ситуационные задачи:

Задача 1. Пациентка К, 70 лет, обратилась с жалобами на отсутствие предметного зрения на правом глазу. Отмечает периодически ощущение «выпираания» правого глаза из орбиты, тяжесть, давящие боли в глазном яблоке, в сочетании с появлением тумана перед глазом и радужных кругов при взгляде на источник света левым глазом в течение 8 месяцев. При обследовании: острота зрения OD – неправильная светопроекция; OS = 0,2 не корр. Глаза спокойны, передние цилиарные вены расширены, извитые, роговицы тусклые (особенно OD), радужки атрофичны – на OD больше, чем на OS, перераспределение пигмента в виде россыпи на поверхности обеих радужек. Зрачки черного цвета, вяло реагируют на свет. При биомикроскопии хрусталиков определяются помутнения заднекортикальных слоев, более выраженные на правом глазу. Пальпаторно офтальмотонус повышен на оба глаза, но на OD больше, чем на OS. При осмотре глазного дна определяется тотальная глубокая экскавация ДЗН правого глаза и экскавация ДЗН = 0,7 ДД левого глаза. Рефлекс глазного дна правого глаза ослаблен, глазное дно определяется под флером. Хотя изменения ДЗН визуализируются достаточно свободно. Рефлекс глазного дна на левом глазу сохранен.

1. На что необходимо заострить внимание пациента при сборе анамнеза?
2. Какие методы исследования помогут в постановке правильного диагноза?
3. Что необходимо заподозрить у этого пациента?
4. С чем необходимо дифференцировать предполагаемую патологию?
5. Какова будет тактика действий?
6. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача 2. Ввиду отсутствия окулиста по месту жительства, обратилась пациентка 64 лет, которая полтора года тому назад во время лечения на курорте по поводу гипертонической болезни была консультирована окулистом. Он диагностировал у нее возрастную катаракту на обоих глазах, причем и тогда и сейчас гораздо хуже видит правый глаз. Больше она к врачу не обращалась. Несколько дней назад в правом глазу появились боли, иррадирующие в затылок и чувство распирания глаза. Перед правым глазом «стоит густой туман» и глаз почти ничего не видит.

При обследовании: острота зрения OD – счет пальцев у глаза; OS = 0,3 не корр. На правом глазу выраженная застойная инъекция передних сосудов, роговица отечная, передняя камера мелкая, радужка отечная, зрачок около 4-5 мм в диаметре темно-серого цвета обычной величины. Биомикроскопия хрусталика невозможна из-за того, что хрусталик диффузно мутный, белого цвета. Осмотр глазного дна невозможен из-за отсутствия рефлекса глазного дна. На левом глазу передний отрезок не изменен. При осмотре хрусталика на щелевой лампе в диффузном и прямом фокальном свете определяются помутнения в переднекортикальных слоях и ядре, которое серо-желтого цвета. Рефлекс глазного дна ослаблен, но детали визуализируются – явления гипертонической ангиопатии сетчатки.

1. Что необходимо заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
3. С чем необходимо дифференцировать предполагаемую патологию?

4. Какова будет тактика действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии

Задача 3. Пациентка 54 лет обратилась к Вам на прием. Беспокоит затуманивание зрения по утрам, видение “радужных” кругов в это время, снижение зрения обоих глаз. К 12 часам дня, как правило, “туман” проходит. Острота зрения OD – 0,8, OS – 0,6 не корр. Глаза спокойные. При биомикроскопии хрусталиков в диффузном свете определяются помутнения в корковых отделах на периферии. Глазное дно – расширение экскавации ДЗН на OD, увеличение ее до 0,6 на OS. Сетчатка не изменена, артерии неравномерно извитые.

1. Какое заболевание необходимо заподозрить у этой пациентки? На что обратить внимание при сборе анамнеза?

2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

4. Какова тактика дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача 4. Обратилась мать ребенка полутора лет. Вскоре после его рождения она заметила пленку серого цвета в области зрачков обоих глаз. Обратила внимание на то, что при взгляде на свет ребенок смотрит не прямо, а как-то боком. При осмотре остроту зрения обоих глаз определить невозможно. Передний отрезок глаз не изменен. При биомикроскопии обоих хрусталиков отмечаются помутнения в центральных отделах коры в виде дисков серого цвета. Рефлекс глазного дна ослаблен. Центральные отделы не просматриваются. По периферии сетчатка не изменена.

1. Что необходимо заподозрить у этого ребенка?

2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

4. Какова тактика дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача 5. Пациентка 62 лет обратилась с жалобами на отсутствие предметного зрения правого глаза, значительное снижение зрения левого глаза. Постепенное снижение зрения на оба глаза отмечает в течение 2-х лет. Острота зрения OD = правильная проекция света; OS = 0,1 не корр. Глаза спокойны, роговицы прозрачны; зрачок на OD равномерно серого цвета, зрачковые реакции сохранены. При бифокальном освещении на OS зрачок темно-серого цвета хорошо реагирует на свет. При биомикроскопии передний отрезок глаз не изменен, хрусталик правого глаза диффузно мутный. Исследование его послойно невозможно. Глазное дно не визуализируется из-за отсутствия рефлекса. На левом глазу – при осмотре в диффузном и прямом фокальном свете выраженное помутнение серого цвета под передней капсулой хрусталика, рефлекс глазного дна ослаблен. Глазное дно под густым флером – без грубой патологии. ВГД OD = 19 мм рт.ст., OS = 20 мм рт.ст.

1. Что необходимо заподозрить у этого пациента?

2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

4. Какова тактика дальнейших действий?

5. Возможно ли лечение данной патологии консервативно?

Задача 6. На прием пришел пациент 65 лет, он работает механиком в гараже, жалуется на резкое снижение зрения правого глаза 2 месяца назад («как пленочка перед глазами и она мешает смотреть на свет»). Зрение вдаль снизилось существенно, и правым глазом видит хуже, чем левым. К окулисту не обращался. Страдает гипертонической болезнью. В анамнезе перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения год назад.

Данные обследования: острота зрения вдаль OD = 0,3; OS = 0,7 не корр. Глаза спокойные, роговица и радужка не изменены, зрачки черного цвета, хорошо реагируют на свет. При биомикроскопии хрусталиков видны серые штрихообразные помутнения по периферии, большие выраженные на левом глазу. Рефлекс с глазного дна OD и OS не изменен. При осмотре глазного дна выраженные изменения сосудов сетчатки по гипертоническому типу. В макуле правого

глаза штрихообразные интравитреальные кровоизлияния, «ватообразные» экссудаты, продолжающиеся по ходу верхне-височной сосудистой аркады. Периферия сетчатки обоих глаз не изменена.

1. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно для диагностики заболевания?
2. Что необходимо заподозрить у этого пациента?
3. С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика дальнейших действий?
5. Нужно ли лечить катаракту?

Раздел 7. Инфекционные болезни в общей врачебной практике.

Тема 1. Организация амбулаторно-поликлинической помощи больным с инфекционными заболеваниями. Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Какие принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи больным с инфекционными заболеваниями считаются основными?
- Какой недостаток территориально-участкового принципа в организации амбулаторно-поликлинической помощи больным с инфекционными заболеваниями считается существенным?
- По каким направлениям осуществляется профилактическая работа инфекционных заболеваний в поликлинике?
- Какие задачи отделения профилактики в поликлинике вы знаете?
- На каком методе основано профилактическое направление отечественного здравоохранения в амбулаторно-поликлинических учреждениях.
- Особенности применения лечебных вакцин и других иммунобиологических препаратов для терапии.
- Способы введения препаратов для иммунопрофилактики и их характеристика.
- Принципы оценки качества иммунопрофилактики населения.
- Принципы оценки потенциальной эффективности иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики.
- Национальный календарь профилактических прививок. Отличие от календарей прививок других стран.
- Пути совершенствования национального календаря прививок. Региональные календари профилактических прививок.
- Эпидемические показания к иммунопрофилактике. Характеристика календаря прививок по эпидемическим показаниям в РФ.
- Различные тактики иммунопрофилактики.
- Противопоказания к вакцинации.

Тема 2. Вирусные и бактериальные капельные инфекции. Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Перечислите вирусные капельные инфекции.
- бактериальные капельные инфекции.
- Вирус гриппа. Классификация. Характеристика возбудителя. Изменчивость. Экология. Факторы патогенности. Пути и факторы передачи. Патогенез заболеваний. Особенности иммунитета. Микробиологическая диагностика: исследуемый материал, применяемые методы. Специфическая профилактика и лечение. Специфическая профилактика и лечение.

- *Возбудитель клещевого энцефалита. Классификация. Характеристика возбудителя. Экология. Факторы патогенности. Пути и факторы передачи. Специфическая профилактика и лечение.*
- *Вирус бешенства. Классификация. Характеристика возбудителя. Экология. Факторы патогенности. Пути и факторы передачи. Специфическая профилактика и лечение.*
- *Герпесвирусы. Классификация. Вирус простого герпеса, вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая. Характеристика возбудителя. Специфическая профилактика и лечение.*
- *При выявлении, подозрении на COVID-19 где проводится лечение.*
- *Какие препараты назначить больному с подтвержденной COVID-19.*
- *Вирус иммунодефицита человека – возбудитель СПИДа. Классификация. Характеристика возбудителя. Экология. Факторы патогенности. Пути и факторы передачи. Патогенез заболеваний. Специфическая профилактика и лечение.*
- *Сальмонеллы – возбудители острых кишечных инфекций. Роль сальмонелл в развитии внутрибольничных инфекций. Факторы патогенности. Пути и факторы передачи. Специфическая профилактика и лечение.*
- *Возбудитель холеры. Систематическое положение. Характеристика возбудителя. Факторы патогенности. Пути и факторы передачи. Специфическая профилактика и лечение.*
- *Коринебактерии. Возбудители дифтерии. Пути и факторы передачи. Патогенез. Носительство. Особенности иммунитета. Микробиологическая диагностика: исследуемый материал, применяемые методы. Специфическая профилактика и лечение.*
- *Иерсинии. Возбудитель чумы. Систематическое положение. Экология. Характеристика возбудителя. Факторы патогенности. Пути и факторы передачи. Патогенез.*
- *Возбудитель сибирской язвы. Пути и факторы передачи. Патогенез. Особенности иммунитета. Микробиологическая диагностика: исследуемый материал, применяемые методы. Специфическая профилактика и лечение.*
- *Виды бруцелл. Характеристика возбудителя. Факторы патогенности. Экология. Пути и факторы передачи.*
- *Возбудитель туляремии. Пути и факторы передачи. Патогенез. Специфическая профилактика и лечение.*

Тестовый контроль:

1. Какой из указанных пунктов не относится к сальмонеллезу?

а) гастроэнтерит

+б) боли в эпигастрии

в) колит

г) тифоподобное состояние

2. Крупом осложняется все: кроме:

а) дифтерии

в) кори

б) коклюша

+г) краснухи

3. При лечении синдрома крупа необходимы в первую очередь:

а) антибиотики

б) коникотомия

в) кортикостероиды

+г) пароксислородная терапия

4. При ВИЧ-инфекции в периферической крови:

а) гранулоцитоз

+б) увеличение Т-хелперов

в) лимфонения

г) моноцитоз

5. Какое из перечисленных утверждений не относится к ВИЧ-инфекции?
- а) передается кроваво-контактным путем
 - б) заражение ребенка ВИЧ-инфицированной матерью чаще происходит внутриутробно
 - в) острая фаза заболевания сходна с инфекционным мононуклеозом
 - +г) наиболее часто поражается селезенка
6. Жидкий стул характерен для всех перечисленных заболеваний, кроме:
- а) холера
 - б) ботулизм
 - +в) сальмонеллез
 - г) дизентерия
7. Генерализованную микроаденопатию редко встречают при:
- а) СПИДе
 - б) малярии
 - +в) инфекционном мононуклеозе
 - г) сифилисе
8. Лихорадка типична для всех перечисленных заболеваний, кроме:
- а) дифтерии
 - б) столбняка
 - +в) чумы
 - г) брюшного тифа
9. Сыпь отмечается при:
- а) холере
 - б) кори
 - +в) дизентерии
 - г) бруцеллезе
10. Все суждения, касающиеся брюшного тифа, верны, кроме:
- а) передается через воду
 - б) осложняется желудочно-кишечным кровотечением
 - +в) преимущественно поражается толстый кишечник
 - г) отмечается задержка стула и метеоризм
11. Что из перечисленного верно в отношении бешенства?
- а) может передаваться от человека к человеку
 - +б) происходит заражение от животных
 - в) в числе симптомов постоянно гиперэдражительность
 - +г) подтверждение диагноза основано на обнаружении телец Ней-ри в нервных клетках
12. Основная причина дыхательной недостаточности при ботулизме:
- а) угнетение дыхательного центра
 - б) токсический отек легких
 - +в) паралич дыхательной мускулатуры
 - г) аспирация рвотных масс
13. При менингококкцемии менее всего вероятно:
- а) септический шок
 - б) абсцесс печени
 - +в) кровоизлияние в надпочечник
 - г) острый миокардит
14. Для холеры верно все, кроме:
- а) обильный водянистый стул
 - б) нормальная температура
 - +в) схваткообразные боли в эпигастрии
 - г) алгид
15. Что из перечисленного менее всего соответствует клинической картине чумы?
- а) болезненные без четких границ бубоны

- б) инфекционно-токсический шок
- в) геморрагическая плевропневмония
- +г) психомоторная заторможенность

16. Какое из нижеследующих утверждений не относится к чуме?

- а) контактных лиц изолируют в течение 6 дней и назначают аминогликозиды
- б) для лабораторной диагностики можно использовать пунктаты из бубона
- +в) сепсис всегда продолжение кожно-бубонной и легочной чумы
- г) заражение обычно через укусы блохи

17. Какое из нижеследующих утверждений не относится к инфекционно-токсическому шоку?

- а) возникает в результате бактериальных, вирусных и паразитарных инфекций
- б) осложняется ДВС-синдромом
- +в) характерны бледные и холодные кожные покровы
- г) необходима срочная этиотропная антибиотикотерапия

18. Все суждения, касающиеся эксикоза, верны, кроме:

- +а) внутривенное введение растворов - лучший способ регидратации
- б) при тяжелых эксикозах необходим контроль ЦВД
- в) наиболее важный показатель эффективности терапии - изменение массы тела
- г) характерны гипотония, тахикардия и олигоурия

19. Клещевой энцефалит:

- а) инкубационный период несколько часов
- б) характерна сыпь на коже живота
- +в) у некоторых людей имеется естественная иммунизация
- г) заражение происходит парентеральным путем

20. Столбняк:

- а) путь передачи фекально-оральный
- б) характерен жидкий стул и гипотермия
- в) поражаются печень и селезенка
- +г) ясное сознание при судорожном приступе

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной Ц. в приемный покой доставлен машиной СМП на носилках в крайне тяжелом состоянии на 7-й день болезни. Первые 6 дней лечился амбулаторно по поводу «гриппа». За истекшие сутки температура тела нормализовалась, но состояние ухудшилось: появились многократная рвота и изнуряющая постоянная икота. Выделил около 150 мл мутной мочи темно-коричневого цвета. При осмотре – резко заторможен, лежит с закрытыми глазами, на вопросы отвечает односложно. Температура тела – 36,8 °С. На коже верхней части туловища, в подмышечных областях и локтевых сгибах имеется множественная, мелкая геморрагическая сыпь. Пульс – 70/мин, ритмичный. АД – 100 / 80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Над легкими ясный перкуторный звук, дыхание везикулярное. Язык сухой, покрыт у корня беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания резко положительный с обеих сторон. Катетером выведено 100 мл мочи темно-красного цвета. Отмечается умеренная ригидность затылочных мышц. На полигоне 25 дней тому назад копал укрытия в мелколесье, где видел много мышевидных грызунов. У солдат полигонной команды отмечались случаи аналогичного заболевания.

1. Определите ошибку первоначального клинического диагноза.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования и тактику ведения больного.
4. Какие меры предосторожности следует соблюдать при эвакуации больного?

Задача 2. Больная С., 47 лет, поступила в стационар с жалобами на озноб, лихорадку, тонические судороги мышц конечностей, рвоту желчью, непроизвольный стул, потерю сознания. Заболела остро 2 дня назад. Почувствовала озноб, температура повысилась до 38

°С, отмечалась повторная рвота до 7-8 раз, жидкий стул до 10 раз, боли в животе с неопределенной локализацией. Осмотрена врачом «скорой помощи», доставлена в хирургическое отделение. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, рвота до 6 раз, жидкий стул с зеленоватым оттенком, температура тела – 38,5 °С. На утро состояние ухудшилось, усилился озноб, температура повысилась до 41 °С, регистрировались судороги конечностей, стул без счета, водянистый, цвета болот- 84 ной тины. Количество выделенной мочи снижено до 100 мл. Переведена в инфекционное отделение с диагнозом: Пищевая токсикоинфекция. При осмотре инфекционистом: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Температура тела – 39,5 °С. На коже лица, склерах единичные кровоизлияния. Дыхание поверхностное, в легких – ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД – 32/мин. Тоны сердца глухие, пульс – 120/мин., АД – 70 / 50 мм рт.ст. Язык суховат, живот мягкий. Очаговой неврологической симптоматики нет. Умеренная ригидность затылочных мышц, клонические судороги мышц конечностей. В периферической крови: Нв – 107 г/л, Tr – 150×10⁹ /л, L – 16×10⁹/л, СОЭ21 мм/час, гематокрит – 0,33. При биохимическом исследовании сыворотки крови: К⁺ – 3,2 ммоль/л, Na⁺ – 141 ммоль/л, рН крови – 7,46, мочевины – 25 ммоль/л, креатинин – 0,4 ммоль/л. При исследовании ликвора: цвет умеренно ксантохромный, белок – 0,33 г/л; цитоз – 12 клеток, из них 9 нейтрофилов, 3 лимфоцита. Осадочные реакции Панди и Нонне-Апельта отрицательные.

1. Ваш диагноз и его обоснование.

2. Укажите методы обследования для подтверждения диагноза.

3. Назначьте этиотропную терапию.

4. Перечислите степени гиповолемического шока.

Задача 3. Больной М. (1,5 мес.) поступил в стационар на 2-й день заболевания. Жалобы при поступлении: повышение температуры до 37,5 °С, частый жидкий стул, рвоту темным содержимым до 4 раз. Анамнез заболевания: заболел остро с повышения температуры до 38 °С, появления жидкого стула с зеленью, срыгиваний после еды. На 2-й день болезни сохранялся жидкий стул с зеленью 3 раза, рвота, температура – 37,5 °С. Мама давала жаропонижающие препараты. Обратились в «скорую помощь». Доставлен в инфекционный стационар. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, роды в головном предлежании, в 37 недель. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале, масса 3190 гр. Прививки в роддоме – БЦЖ, гепатит В. Выписан на 5-е сутки. Эпид.анамнез: у матери в роддоме после родов отмечалась субфебрильная температура. У ребенка в течение недели до болезни был разжиженный стул зеленого цвета до 7-8 раз в сутки. Находится на грудном вскармливании. Объективно при поступлении: Состояние очень тяжелое. Лихорадит – температура до 38 °С. Отмечается вялость, периодическое беспокойство. Кожа сухая, бледная с желтушным оттенком. Тургор тканей резко снижен. Большой родничок запавший. Отечность век. В легких жесткое дыхание. ЧД – 48/мин. 85 Тоны сердца приглушены. ЧСС – 140/мин. Живот умеренно вздут, урчит при пальпации. Печень на 3-4-5 см, селезенка на 3 см из-под края реберной дуги. Мочится редко. Стул жидкий со слизью, зеленью до 10 раз в сутки. По тяжести состояния госпитализирован в реанимационное отделение. Лабораторные данные: ОАК: Э=1,2×10¹²/л, Нв=35 г / л, Л=15×10⁹ /л, СОЭ= 28 мм/час Б/х анализ крови: общий белок 42 г/л, креатинин 12,4 мкмоль/л, мочевины 21 ммоль/л, билирубин общий 100 ммоль/л, билирубин непрямой 90 мкмоль/л; АЛТ 140 ед/л, АСТ 152 ед/л. ОАМ: цвет мочи бурый, белок 3,3%, эритроциты – сплошь в поле зрения. Бак, посева кала – выделены *V. klebsiella*.

1. Выделите основной синдром, определяющий тяжесть состояния.

2. При каких заболеваниях он встречается?

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Поставьте развернутый клинический диагноз

5. Назначьте лечение

6. Прогноз

Задача 4. В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 42 лет. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в

течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте – появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды – обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжёлое. Общая синюшность кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострились. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела – 35,4 °С. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130/мин. АД 30 / 0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

1. Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
2. Какие меры следует предпринимать при выявлении больного холерой?
3. Назначьте регидратационную терапию (вес больного до болезни 70 кг).
4. Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии? У больного установлены такие показатели КОС: рН – 7,32; РСО – 22 мм рт. ст.; SB – 16 ммоль/л; BE – 8 ммоль/л; гематокрит – 49 %. Адекватна ли проведенная терапия?

Задача 5. Больная П., 17 лет, вызвала врача «скорой помощи». Жалобы на высокую температуру, чувство нехватки воздуха, сухой кашель, сильную головную боль и боль в глазных яблоках. Больна 3-й день, заболевание началось остро, с озноба, головной боли, болей в мышцах и суставах, повышение температуры до 39,2 °С. Со 2-го дня появились боли за грудиной, сухой кашель, заложенность носа. На 3-й день температура снизилась до 38 °С, но усилился кашель, появилась 87 скудная мокрота розового цвета, выросла слабость, появилось чувство нехватки воздуха. При осмотре – состояние тяжёлое. Беспокойна, не может лежать. Бледная, цианоз губ. При аускультации легких – дыхание жёсткое, небольшое количество рассеянных, сухих и влажных хрипов. ЧД – 40/мин. Пульс – 120 уд/мин., ритмичный. АД 80 / 40 мм рт. ст. Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его. 2. Определите тактику ведения больной.

Задача 6. Военнослужащий П., 19 лет, доставлен в медсанчасть в 11.30 с диагнозом: Грипп, геморрагическая форма. Ночью проснулся от сильного озноба. В 7.00 температура – 40 °С. При поступлении жалобы на головную боль, боли в мышцах и суставах, резкую слабость, чувство холода. Состояние тяжёлое. Температуры – 36,5 °С, беспокоен. Кожа бледная, цианоз губ и ногтей. Множественные кровоизлияния в конъюнктивы глаз. На туловище, лице и конечностях, небольшое количество геморрагических элементов, количество и размеры которых в процессе осмотра увеличивается. Пульс – 128 уд/мин; АД 80 / 30 мм рт. ст., ЧД – 24/мин. Мочился в 8.00 утра. Менингеальных симптомов нет. В части регистрировались случаи гриппа. Задания: 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Определите тактику врача.

Тема 3. Кишечные инфекции.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Общая характеристика кишечных инфекций.
- Определение сальмонеллеза, его этиология, патогенез.
- Морфологическая характеристика стадий сальмонеллеза, его осложнения и исходы.
- Определение дизентерии, ее этиология и патогенез.
- Морфологическая характеристика стадий дизентерии, ее осложнения и исходы.
- Определение холеры, ее этиология и патогенез.
- Морфологическая характеристика стадий холеры, ее осложнения и исходы.
- Определение иерсиниоза, виды возбудителей, патогенез.
- Морфологическая характеристика развитых форм иерсиниозной инфекции, осложнения и исходы.

- Сальмонеллезы, этиология и патогенез, патологическая анатомия.
- Коли-инфекция, этиология, патогенез, патологическая анатомия.

Тестовый контроль:

1. Антибиотикотерапия назначается при

- а) пищевой токсикоинфекции;
- б) ротавирусном гастроэнтерите;
- +в) септической форме ОКИ;
- г) энтеровирусной диарее.

2. В патогенезе развития диарейного синдрома при шигеллезе ведущим является

- а) гиперергическая ответная реакция организма в ответ на внедрение возбудителя;
- +б) инвазия шигелл в колоноциты с развитием воспалительного процесса;
- в) массивный прорыв токсина в кровь;
- г) развитие дисахаридазной недостаточности.

3. В патогенезе ротавирусной диареи ведущим звеном является

- а) активация аденилатциклазы;
- б) инвазия возбудителя в эпителиальные клетки кишечника;
- +в) накопление нерасщепленных дисахаридов;
- г) токсемия.

4. Ведущим клиническим синдромом острой дизентерии является

- а) гепатолиенальный;
- б) кардиоваскулярный;
- +в) колитический;
- г) судорожный.

5. Ведущим путем передачи инфекции при шигеллезе Флекснера является

- +а) водный;
- б) воздушно-капельный;
- в) контактно-бытовой;
- г) пищевой.

6. Возбудители брюшного тифа и паратифов относятся к роду

- а) ротавирусов;
- +б) сальмонелл; +
- в) шигелл;
- г) энтеробактер.

7. Входными воротами инфекции при сальмонеллезе являются

- а) верхние дыхательные пути;
- +б) желудочно-кишечный тракт;
- в) конъюнктивы;
- г) поврежденная кожа.

8. Диагноз стертой формы брюшного тифа устанавливается на основании

- а) наличия контакта с больным брюшным тифом;
- б) наличия легких диспепсических расстройств;
- +в) наличия положительных результатов бактериологического и серологического обследования; +
- г) наличия субфебрильной температуры.

9. Диспепсическая форма шигеллеза у детей первых месяцев жизни устанавливается на основании

- +а) РНГА, выделение возбудителя;
- б) анализа крови;
- в) колитического синдрома;
- г) копрограммы.

10. Для брюшного тифа у детей характерны

- а) артралгии;*
- б) миалгии;*
- +в) судороги;*
- г) цефалгии.*

11. Для детей при брюшном тифе характерна

- а) брадикардия;*
- б) нормокардия;*
- в) тахиаритмия;*
- +г) тахикардия.*

12. Для детей раннего возраста при бактериальных возбудителях диареи характерны

- а) легкое и стертое течение болезни;*
- б) типичные симптомы колита;*
- в) частое развитие генерализованных форм;*
- +г) эквиваленты колитического синдрома.*

13. Для кампилобактериоза характерен механизм передачи

- а) вертикальный;*
- б) воздушно-пылевой;*
- в) контактно-бытовой;*
- +г) фекально-оральный.*

14. Для лабораторной расшифровки ОКИ у грудных детей чаще всего используют

- а) аллергические пробы;*
- +б) бактериологию;*
- в) бактериоскопию;*
- г) серологические методы.*

15. Для новорожденных детей при кампилобактериозе характерна форма

- а) гастритическая;*
- б) гастроинтестинальная;*
- в) колитическая;*
- +г) септическая.*

16. Для профилактики внутрибольничного инфицирования ротавирусной инфекцией важнейшее значение имеет

- а) применение бактериофагов;*
- б) применение биопрепаратов;*
- в) применение вакцины;*
- +г) соблюдение эпидемиологического режима (разобщение больных, применение дезинфицирующих растворов).*

17. Для расшифровки ротавирусной диареи используют методы

- +а) обнаружения вирусного антигена в копрофильtrate с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) или латекс-агглютинации (РЛА);*
- б) определение титра антител в парных сыворотках крови;*
- в) посевы кала на вирусы, посевы крови на вирусы;*
- г) электронной микроскопии копрофильtrата.*

18. Для сальмонеллеза характерно развитие диареи

- а) инвазивной;*
- б) осмотической;*
- +в) секреторной;*
- г) смешанной.*

19. Для уточнения топика процесса при ОКИ проводится анализ

- +а) копрограмма;*
- б) посев кала;*
- в) посев крови;*
- г) серологические реакции.*

20. Доминирующей формой сальмонеллеза у детей является
+а) гастроинтестинальная; +
б) респираторная;
в) септическая;
г) хроническая.
21. Источником инфекции при ротавирусной инфекции являются
а) больной человек и животные;
+б) больной человек или вирусоноситель;
в) домашние животные;
г) мухи.
22. Источником инфекции при сальмонеллезе у детей раннего возраста является
+а) больной человек, бактериовыделитель;
б) домашние животные;
в) мышевидные грызуны;
г) рыбы.
23. К колитическому синдрому относятся
а) водянистый стул;
б) лихорадка;
+в) податливость и зияние ануса;
г) постоянные боли в животе.
24. Какая температурная кривая характерна для детей при брюшном тифе?
а) изнуряющая;
+б) неправильная;
в) перемежающаяся;
г) постоянная.

Тема 4. Кровяные инфекции.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Общая характеристика группы кровяных инфекций.
- Особенности эпидемиологии этих инфекций. Организация противоэпидемического режима и ухода за больными.
- Особенности инфекционного процесса у больных группы кровяных инфекций.
- Малярия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника.
- Сыпной тиф и болезнь Брилла, диагностика, лечение, профилактика и противоэпидемические мероприятия.
- Лихорадка Ку, боррелиозы, ГЛПС: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика и противоэпидемические мероприятия.
- Сыпной тиф, клиника, диагностика, лечение.
- Характеристика малярийного приступа. Особенности различных форм малярии. Осложнения.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной К., 35 лет, поступил в инфекционный стационар 16.09.97 г. с диагнозом: "Малярия?". Считает себя больным с 10 августа этого года, когда почувствовал недомогание, головную боль, ломоту в теле. Температуру тела не измерял. В то время находился в туристическом походе в районе озера Байкал. На следующий день (11.08) утром почувствовал озноб, повышение температуры, "лицо горело", выраженная головная боль, тошнота. Через несколько часов температура спала с обильным потоотделением. В течение 2-х дней чувствовал себя хорошо. На 4-й день утром вновь появился озноб, затем чувство жара, к вечеру температура спала с обильным потоотделением. Обратился в участковую больницу, где врач рекомендовал прием далагила, предварительно выяснив, что данный больной около месяца назад был несколько дней в Гвинее-Бисао. После двухдневного приема рекомендованного

лекарства приступы прекратились. Посчитав, что наступило выздоровление, прием препарата был прекращен. По возвращению домой к врачу не обращался. Через 1,5 месяца клинические симптомы заболевания повторились, что заставило больного К. обратиться к врачу, который направил его в инфекционный стационар.

При поступлении: Состояние ближе к удовлетворительному, отмечает некоторую слабость. Температура тела на момент осмотра в пределах нормы. Кожа, видимые слизистые нормальной окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные 76 ударов в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, выступает из под края реберной дуги на 1,5-2 см. Селезенка увеличена на 1 см, болезненная при пальпации. Больному было назначено исследование крови на толстую каплю и мазок, общий анализ. Диагноз - малярия подтвердился обнаружением в толстой капле плазмодиев малярии. В общем анализе крови: НВ. 147 г/л, L 4,2 x 10⁹/л, э.3%, п/я. 16%, с/я.29%, лимф.47%, мон.6%; СОЭ 9мм/час.

Проведен курс лечения далагиллом с положительным результатом.

1. О какой малярии можно было бы думать до результатов лабораторного исследования? Обоснуйте ваше предположение.
2. Причины повторного развития клинических симптомов, как их расценивать?
3. Достаточно ли в данном случае монотерапия - далагиллом в качестве радикального лекарственного препарата.

4. С какими заболеваниями в данном случае возможно провести дифференциальный диагноз?

Задача 2. Больная Л., 44 года, поступила в инфекционный стационар 25.01.93 г. с подозрением на сепсис на 18 день болезни. Состояние больной оценивалось как среднетяжелое. В течение 3 лет была в командировке в Конго, откуда возвратилась 16.08.92 г. В Конго с целью профилактики принимала регулярно нив ахи н и продолжала прием препарата еще в течение 2-х недель после приезда. Малярией прежде не болела. Заболела через 5 месяцев после возвращения из Конго. Внезапно в ночь с 8.01.93 на 9.01.93 у больной с потрясающим ознобом повысилась температура тела до 39-40°С; при снижении температуры отмечалось обильное потоотделение. В последующие дни температура с ознобом повышалась до 40иС через день, как правило, в вечернее время после 20 часов. Участковым врачом заподозрен сепсис. Больная была направлена на стационарное лечение.

При поступлении состояние средней тяжести, больная отмечает резкую слабость, головокружение. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Склеры иктеричные. На верхушке сердца выслушивается систолический шум, приглушенность сердечных тонов, тахикардия 100 ударов в минуту. Пульс удовлетворительного качества и наполнения, ритмичный, АД 120/70 мм рт.ст. Печень увеличена, выступает на 2 см из-под края реберной дуги, плотновато-эластичной консистенции. Селезенка пальпируется у реберного края, плотновата.

В крови снижение количества эритроцитов (3,10x10¹²/л) и гемоглобина (100 г/л), лейкоцитов 3,2 x 10⁹/л, э.0 %, п/я.31 %, с.34 %, лимф.24 %, мон. 11 %; СОЭ 54 мм/час.

1. О каком еще заболевании можно думать? Обоснуйте Ваше предположение.
2. Какой тип лихорадки наблюдался у больной?
3. Какие еще лабораторные исследования необходимы в данном случае?

Задача 3. Больной Л., 44 года, заболел 13.03.96., спустя 7 дней после возвращения из Гвинеи (Конакри), где был в двухмесячной командировке. Личную химиопрофилактику малярии проводил нерегулярно. 13.03 повысилась температура тела до 39°С, с ознобом, появился насморк, кашель, головная боль. Среди членов семьи больного были случаи заболевания гриппа. На 3-й день болезни (15.03) вызван участковый врач, который расценил состояние как ближе к среднетяжелому. Температура тела на момент осмотра была повышенной 40° С. Кожа без сыпи, в зеве умеренная гиперемия, инъектированность склер. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, тахипное. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 110/60 мм рт. ст., пульс - 94 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Поставлен диагноз - грипп, назначено симптоматическое лечение.

Утром следующего дня больной заметил потемнение мочи, "цвета пива". Температура снизилась до 38°C, но улучшения в самочувствии больной не отмечал. Ночь провел беспокойно, отмечалась головная боль, повторная рвота, боли в правом подреберье, мочился мало. Моча темного насыщенного цвета. 17.03 в связи с резким ухудшением состояния повторно вызван участковый врач. В 17 часов 30 минут потерял сознание, вызвана бригада скорой помощи. Врач "Скорой помощи" заподозрил вирусный гепатит, осложненный печеночной комой. Доставлен в инфекционный стационар.

При осмотре в приемном отделении состояние крайне тяжелое, больной без сознания. Кожа с желтушным оттенком, покрыта холодным липким потом, диффузный цианоз. Дыхание шумное, редкое, 8-10 в минуту, слева в подлопаточной области выслушивались крупнопузырчатые влажные хрипы. Перкуторно притупления не выявлено. Тоны сердца глухие, аритмичные 98-100 сердечных сокращений в минуту, АД 85/40 мм рт. ст. Пульс нитевидный. Живот несколько вздут, пальпируется увеличенная печень плотноватой консистенции, выступающая на 3 см из-под края реберной дуги по среднеключичной линии. Селезенка плотная выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Реакция зрачков на свет отсутствует. Корнеальный рефлекс сохранен. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Выраженная ригидность затылочных мышц. Мышечный тонус повышен. Судорожные сокращения мышц нижних конечностей и левой руки.

С учетом эпидемиологического анамнеза и развития клинической картины заболевания врач - инфекционист выставил диагноз: Тропическая малярия осложненная малярийной комой".

В реанимационном отделении начата посиндромальная интенсивная терапия. Мазок крови и толстая капля на плазмодий малярии, выполненный по cito, подтвердил диагноз, выявлены *P. falciparum* в большом количестве.

Внутривенно капельно введено 10 мл 5% раствора хлорохина на 250 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 60 капель в минуту, преднизолон в/в 90 мг. На фоне интенсивной терапии состояние не улучшалось, больной оставался без сознания, постоянные судорожные сокращения мышц нижних и верхних конечностей. Зрачки сужены, на свет не реагируют, корнеальный рефлекс отсутствует. Дыхание стало частым, поверхностным, 36 дыхательных движений в минуту. Пульс 120 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца сохранялись глухими, АД повысилось на фоне введения допмина до 100/60 мм рт.ст. С помощью мочевого катетера получено около 200 мл темной мочи. В связи с наличием признаков начинающегося отека мозга проводилась дегидратационная терапия. Несмотря на проводимую посиндромальную патогенетическую этиотропную - хлорохином, больной находился в коме 3 суток.

20.03 больной пришел в сознание, хотя оставался несколько заторможенным. Мочеотделение сохранялось сниженным. Наросло содержание остаточного азота, мочевины более чем в три раза. Больной переведен на гемодиализ 21.03.

Спустя месяц больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

1. Что явилось причиной развития данного заболевания и осложнения?

Задача 4. Больная В. 38 лет обратилась за консультацией к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра, правого плеча, боль в левом тазобедренном суставе. Анамнез болезни: врачом выяснено, что заболела четыре месяца назад, когда обнаружила красное пятно на передней поверхности левого бедра, которое в течение 2-3 дней резко увеличивалось в размере. В области эритемы отмечался лёгкий зуд, общее самочувствие не нарушалось. Проводилось обследование у врача-дерматолога, получала 3 местное лечение (препараты назвать затрудняется), принимала антигистаминные средства, улучшения не отмечалось. Через три месяца подобное изменение на коже появилось на правом плече. Через четыре месяца появилась боль в левом тазобедренном суставе. Боль в суставе выраженная, трудно было ходить, по поводу чего больная проходила обследование и лечение в ревматологическом отделении, без улучшения. Направлена на консультацию к инфекционисту. Эпидемиологический анамнез: за 12 дней до появления эритемы на бедре была в лесу, на следующий день обнаружила присосавшегося

клеща на передней поверхности левого бедра, которого удалила пинцетом. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, выявлен участок гиперемии кольцевидной формы 25 см в диаметре на передней поверхности левого бедра и 15 см на правом плече, с интенсивно красными и поднимающимися над непоражённой кожей краями, в центре эритема бледная. Местного повышения температуры, болезненности в области эритемы нет. Над левым тазобедренным суставом отёка, гиперемии нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в качестве этиотропной терапии. Определите курс лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Тема 5. Вирусные гепатиты.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Назовите возбудителей вирусных гепатитов А и Е.
- Антигенная структура вирусов гепатита А и Е.
- Назовите основные источники инфекции и пути заражения при вирусных гепатитах А и Е.
- Основные периоды вирусных гепатитов.
- Основные клинические синдромы вирусных гепатитов.
- Биохимические синдромы поражения печени.
- Маркеры вирусных гепатитов А и Е. 8. Дифференциальный диагноз вирусных гепатитов А и Е с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями.
- Специфическая и неспецифическая диагностика гепатитов А и Е.
- Лечение вирусных гепатитов А и Е.
- Назовите возбудителей вирусных гепатитов В, С, D.
- Антигенная структура вирусов гепатита В, С, D.
- Назовите основные источники инфекции и пути заражения при вирусных гепатитах В, С, D.
- Основные периоды вирусных гепатитов.
- Основные клинические синдромы вирусных гепатитов.
- Биохимические синдромы поражения печени.
- Маркеры вирусных гепатитов В, С, D.
- Дифференциальный диагноз вирусных гепатитов В, С, D с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями.
- Специфическая и неспецифическая диагностика гепатитов В, С, D.
- Лечение вирусных гепатитов В, С, D.

Тестовый контроль:

1. HbsAg(-) в сочетании с (+)антиHbsAg свидетельствует о
 - а) ложноположительной серологической реакции;
 - б) неактивном носительстве вируса;
 - +в) перенесенном гепатите В;
 - г) факте вакцинации пациента;
 - д) хронической HBV-инфекции.
2. Алкоголь в дозе более 50 г в день:
 - а) абсолютно противопоказан больным вирусными гепатитами любой стадии заболевания;
 - б) не влияет на течение и прогноз вирусных гепатитов;
 - в) применяется при вирусных гепатитах как средство антибактериальной профилактики;
 - +г) является фактором прогрессирования вирусных гепатитов.

3. Биохимическим синдромом, определяющим тяжесть при вирусных гепатитах, является

- а) гипергликемия;
- б) диспротеинемия;
- в) холестаз;
- +г) цитолиз.

4. Верно, что:

- а) все HbsAg+ лица должны получать противовирусную терапию при применении генно-инженерной биологической терапии;
- б) перед применением болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов у пациентов с нормальным уровнем цитолитических ферментов нет необходимости в проведении скрининговых исследований на вирусные гепатиты;
- в) при ревматической патологии HbsAg+ пациенты должны получать стандартную противовирусную терапию без дополнительных обследований;
- +г) скрининговое исследование на вирусные гепатиты необходимо всем пациентам, начинающим применение болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов.

5. Вирус гепатита В содержит:

- +а) HbsAg;
- б) ДНК;+
- в) вакуоли и жгутики;
- г) хитиновую клеточную стенку.

6. Вирус гепатита С:

- +а) имеет высокий уровень вирусного оборота;
- б) имеет средний уровень вирусного оборота;
- в) реплицируется с высоким уровнем генетической стабильности;
- г) является ДНК-содержащим вирусом;
- +д) является РНК-содержащим вирусом.

7. Высокие дозы глюкокортикостероидов

- а) абсолютно противопоказаны при вирусных гепатитах;
- б) не влияют на риск развития HBV-инфекции;
- в) требуют дополнительной терапии гепатопротекторами;
- +г) увеличивают риск развития HBV-инфекции.

8. Гепатит относят к хроническому, если:

- а) нет ярко выраженной клинической картины;
- б) с момента инфицирования прошло более 3 месяцев;
- +в) с момента инфицирования прошло более 6 месяцев;
- г) с момента инфицирования прошло более года.

9. Для определения степени активности вирусного процесса имеет значение:

- +а) ПЦР количественная;
- б) уровень АЛТ;
- в) уровень АЛТ и АСТ;
- г) уровень АСТ;
- 5) уровень титра анти-HCV-IgG.

10. Для определения формы хронической HBV-инфекции необходимо исследовать следующие показатели:

- а) HbsAg;
- +б) HbsAg, уровень АЛТ, Анти-HBs, HBeAg, Анти-HBe, Анти-HBc IgM, IgG, ПЦР ДНК количественная;
- в) Анти-HBs, HBeAg, Анти-HBe, Анти-HBc IgM, IgG;
- г) уровень АЛТ;
- д) уровень АЛТ и АСТ.

11. Для скрининговой диагностики вирусного гепатита В используется

+а) HbsAg;

б) HbeAg;

в) уровень билирубина;

г) уровень печеночных ферментов.

12. Для скрининговой диагностики гепатита В используется

+а) HbsAg;

б) HbeAg;

в) HbcAg;

г) антитела к HbsAg.

13. К базовой лабораторной оценке при применении болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов у больных гепатитом С относят:

+а) билирубин;

б) гемоглобин;

в) лейкоцитарную формулу;

г) печеночные ферменты.

14. Критерии обострения вирусного гепатита В, кроме:

а) абсолютное увеличение ДНК HBV $6 \log 10$ копий/мл;

б) повторное развитие воспалительно-некротического процесса в печени;

в) повышение АЛТ более чем в 10 раз;

+г) появление уробилиногена в моче.

15. Критерии обострения вирусного гепатита С, кроме:

а) абсолютное увеличение ДНК HCV $6 \log 10$ копий/мл;

б) повторное развитие воспалительно-некротического процесса в печени;

в) повышение АЛТ более чем в 10 раз;

+г) появление уробилиногена в моче.

16. Между выраженностью иммунного ответа и тяжестью вирусного гепатита В

а) нет зависимости;

б) прямая зависимость существует только на начальных стадиях;

в) существует обратная зависимость;

+г) существует прямая зависимость.

17. Методами полноценной диагностики вирусного гепатита С является:

а) ПЦР ДНК;

+б) ПЦР РНК; +

в) определение активности печеночных ферментов;

г) определение общего билирубина;

д) определение протромбинового индекса.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C , появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах $37,6\text{--}38^{\circ}\text{C}$, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и осветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура $37,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыти нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка.

Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Задача 2. Больной А. 18 лет вызвал врача на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась тёмная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован. Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия. Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 уд/мин, АД – 95/60 мм рт.ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещё несколько человек по месту учёбы. Госпитализирован.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни.
4. Проведите клинико-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания.
5. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики.

Задача 3. Больной И. 44 лет отмечает пожелтение склер, кожи, тёмную мочу, слабость, отвращение к пище, лёгкую тошноту. Считает себя больным 15 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5 °С, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня – тёмная моча, желтушность склер и кожи. Принимал Анальгин, Антигриппин, витамины. Три месяца назад лечился в неврологическом отделении по поводу функционального расстройства нервной системы, получал лекарства в виде таблеток подкожных и внутривенных инъекций. Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8 °С. Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 52 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, пальпируется нижний полюс селезёнки. Моча тёмно-коричневого цвета, кал серый.

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом синдромального подхода, и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
3. Укажите основные методы лабораторной диагностики.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?

Практические навыки:

1. Заподозрить вирусный гепатит у пациента, провести расспрос пациента и/или родственников/сопровождающих лиц с целью сбора анамнеза (в том числе: анамнеза настоящего заболевания, жизни, эпидемиологического анамнеза);
2. Обследовать инфекционного больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
3. Составить план лабораторного и инструментального обследования больного, интерпретировать их результаты;

4. Выделить ведущие клинические и клинико-лабораторные синдромы, оценить дифференциально-диагностическую значимость имеющихся симптомов и синдромов;
5. Провести дифференциальный диагноз между болезнями со схожей клинической симптоматикой;
6. Оценить тяжесть течения вирусного гепатита;
7. Прогнозировать течение и исход вирусного гепатита;
8. Диагностировать неотложные состояния у больных и оказать неотложную (экстренную) и первую врачебную помощь, а также определить дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях;
9. Определить показания к амбулаторному лечению и госпитализации больных вирусными гепатитами;
10. Провести комплекс лечебных и профилактических мероприятий на догоспитальном этапе, осуществить диспансерное наблюдение за реконвалесцентом и реабилитацию с учетом тяжести течения болезни и сопутствующих патологических состояний;

Тема 6. ВИЧ-инфекции.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение понятий ВИЧ-инфекция и СПИД. Общая характеристика болезни.
- Характеристика возбудителей ВИЧ-1 и ВИЧ-2.
- Источники и пути заражения ВИЧ.
- Патогенез ВИЧ-инфекции.
- Клиника ВИЧ-инфекции.
- Клиническая классификация ВИЧ-инфекции.
- Современные методы выявления и диагностики ВИЧ-инфекции.
- Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции.
- Серологическая диагностика и скрининговые тесты ВИЧ-инфекции.
- Молекулярно-генетическая диагностика ВИЧ-инфекции.
- Оценка иммунодефицитного состояния при ВИЧ-инфекции.
- Участие общей лечебной сети в организации выявления ВИЧ-инфекции.
- Группы риска по ВИЧ-инфекции.
- Общая и специфическая профилактика ВИЧ-инфекции.
- Универсальные меры безопасности и организация труда врача с целью предотвращения инфицирования ВИЧ-инфекцией медицинских работников.
- Техника безопасности при инвазивных манипуляциях.
- Мероприятия в случае контаминации заразным материалом на рабочем месте

Тестовый контроль:

1. Клиническая стадия II Б у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется
 - А) лихорадкой
 - Б) потерей массы тела более 10%
 - В) признаками генерализованного кандидоза
 - Г) одышкой
 - +Д) отсутствием клинических проявлений
2. СПИД – это
 - А) оппортунистическая инфекция
 - Б) синоним ВИЧ-инфекции
 - +В) стадия ВИЧ-инфекции
 - Г) самостоятельное заболевание
 - Д) осложнение ВИЧ-инфекции
3. этиология пневмонии, наиболее характерная для вичинфекции:
 - а) стафилококковая
 - +б) пневмоцистная

- б) пневмококковая
 - в) аденовирусная
 - г) орнитозная
4. аденопатия при вич-инфекции характеризуется:
- а) односторонним увеличением лимфатических узлов
 - +б) двусторонним симметричным поражением лимфатических узлов
 - в) резкой болезненностью лимфоузлов при пальпации
 - г) спаянностью пораженных лимфоузлов с окружающими тканями
 - д) наличием перифокального отека окружающих узлов тканей
5. симптомы характерные для вич-инфекции:
- а) лихорадка
 - б) лимфаденопатия
 - в) диарея, потеря массы тела
 - г) эндогенные инфекции
 - +д) все вышеперечисленные
6. ответственность, предусмотренная в случае умышленного заражения вич-инфекцией другого лица:
- а. гражданская
 - +б. уголовная
 - в. административная
 - г. нет ответственности
 - д) все виды ответственности
7. hiv относится к семейству:
- а. энтеровирусов
 - б. аденовирусов
 - +в. ретровирусов
 - г. стрептококков
 - д. герпесвирусов
8. препарат выбора при лечении пневмоцистной пневмонии у больного вич:
- +а) бисептол
 - б) ацикловир
 - в) клафоран
 - г) циклоспорин
 - д) эритромицин
18. лабораторный тест наиболее достоверно подтверждающий диагноз вич-инфекции:
- а) клинический анализ крови
 - б) ифа
 - +в) иммуноблотинг
 - г) соотношение т-хелперов и т-супрессоров
 - д) мазок папаниколау
9. при вич-инфекции наиболее характерным новообразованием является:
- а) рак желудка
 - б) фиброма матки
 - в) аденома простаты
 - +г) лимфома головного мозга
 - д) гепатома
10. длительная диарея, лихорадка свыше месяца, потеря массы тела свыше 10% являются большими признаками:
- а) глс
 - б) вирусного гепатита b
 - в) лептоспироза
 - +г) стада

д) вирусного гепатита с

11. лейкопения с лимфопенией наблюдается при:

а) паратифе а

б) паратифе в

в) бешенстве

+г) вич-инфекции

д) малярии

12. спид-ассоциированной инвазией является:

а) трихинеллез

б) аскаридоз

в) энтеробиоз

+г) стронгилоидоз

д) дифиллоботриоз

13. спид-индикатор:

+а) стронгилоидоз

б) нанофиетоз

в) фасциолез

г) именолепидоз

д) парагонимоз

14. диагноз вич-инфекции подтверждается обнаружением в крови антител против

а) p24

+б) p41

в) p7

г) p9

д) p64

15. мононуклеозоподобный синдром свойственен вичинфекции в стадии:

а) инкубации

+б) первичных проявлений

в) вторичных заболеваний

г) терминальной

16. ранний срок обнаружения антител к вич после инфицирования:

+а. 3 месяца

б. 2 недели

в. 6 месяцев

г. 4 недели

д. 12 месяцев

17. опасная концентрация вич (hiv):

а. содержится в слюне, поте

б. содержится в моче

в. содержится в кале

+г. содержится в крови, семенной жидкости, грудном молоке

д. содержится во всех биологических жидкостях

18. максимальный срок хранения крови, предназначенной для исследования на вич, при температуре от +4 до +8 °с:

а. 2 часа

б. 7 часов

в. 72 часа

+г. 24 часа

д) 1,5 часа

19. минимальное количество крови, достаточное для лабораторного исследования на наличие антител к вич:

а. 7-10 мл

- б. 3-5 мл
- +в. 1-2 мл
- г) 200 мкл
- д) 100 мкл

20. основа патогенеза вич-инфекции:

- +а. поражение иммунокомпетентных клеток
- б. прогрессирующая дистрофия
- в. оппортунистические инфекции
- г) вирусная агрессия
- д) урогенитальная патология

Тема 7. Глистные и паразитарные заболевания.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Понятие о глистных и паразитарных заболеваниях
- Этиопатогенез глистных и паразитарных заболеваний (возбудитель инфекции, периоды болезней)
- Диагностика и дифференциальная диагностика глистных и паразитарных заболеваний
- Современные методы профилактики и лечения глистных и паразитарных заболеваний
- Лечение гельминтозов.
- Принципы диагностики глистных инвазий.
- Диагностика и лечение полостных глистных инвазий.
- Диагностика и лечение тканевых глистных инвазий.
- Эхинококковая инфекция (этиология, патогенез, клинические проявления)
- Тактика ведения больного с эхинококковой инфекцией (диагностика, лечение)
- Клиническая картина амебиаза
- Диагностика и лечение амебиаза
- Осложнения описторхоза

Тестовый контроль:

1. В фекалиях пациента обнаружен членик гельминта, длина членика больше его ширины, от основного ствола матки отходят 28 веточек с каждой стороны. Наиболее вероятно, что это:

- а. эхинококк
- +б. бычий цепень
- в. свиной цепень
- г. карликовый цепень
- д. широкий лентец

2. Желчь исследуют для выявления всех перечисленных гельминтозов, кроме:

- а. описторхоза
- б. фасциолеза
- в. стронгилоидоза
- +г. дикроцелиоза
- д. метагонимоза

3. Укажите орган первичной инвазии альвеококка:

- +а) Печень
- б) Легкие
- в) Почки
- г) Головной мозг

4. Укажите виды лечения эхинококкоза:

- +а) Хирургическое
- б) Консервативное
- в) Химиотерапия
- г) Лучевая терапия

5. Ведущую роль в диагностике эхинококкоза играют:

- +а) Серологические реакции
- б) Компьютерная томография
- в) Клинико-анамнестические данные
- г) Ультразвуковое исследование
- д) Рентгенологическое исследование

4. Укажите, какие органы человека поражаются эхинококкозом чаще всего?

- +а) Печень
- б) Почки
- в) Головной мозг
- г) Кожа
- д) Легкие

5. Эхинококк в организме человека распространяется по:

- а) Кишечнику
- б) Мочевыводящим путям
- +в) Кровеносным сосудам
- г) Желчевыводящим путям
- д) Межфасциальным пространствам

6. Заражение человека эхинококком происходит при:

- а) Проглатывании личинки эхинококка
- +б) Проглатывании яиц эхинококка
- в) Попадании личинки эхинококка на кожу
- г) Вдыхании пыли с яйцами эхинококка

7. Укажите источник заражения аскаридозом:

- +а) Человек
- б) Собака
- в) Кошка
- г) Крупный рогатый скот

8. Описторхоз вызывается:

- +а) Сибирской или кошачьей двуусткой
- б) Филяриями
- в) Легочной двуусткой
- г) Свинным или бычьим цепнем

9. При описторхозе поражается:

- а) Желудок
- б) Кишечник
- в) Почки
- +г) Гепатобилиарная система
- д) Легкие

10. Укажите основной источник амебиоза:

- +а) Человек
- б) Собака
- в) Кошка
- г) Крупный рогатый скот

11. Что поражается при филяриотозе?

- а) Печень
- б) Легкие
- в) Головной мозг
- +г) Лимфатическая система

12. Парагонимоз вызывается:

- а) Кошачьей двуусткой
- +б) Легочной двуусткой

в) Аскаридами

г) Филяриями

13. Какие инструментальные методы диагностики желательны при амёбном абсцессе?

А. Рентгенологические методы

Б. Ультразвуковое исследование

В. Радиоизотопное исследование

Г. Эндоскопия

+Д. Все выше перечисленное

14. Возбудителем тропической малярии является:

А. *Plasmodium vivax*

+Б. *Plasmodium malariae*

В. *Plasmodium ovale*

Г. *Plasmodium falciparum*

15. Какие признаки характерны для осложненной тропической малярии?

А. Сонливость, кома Б. Судороги

+В. Желтуха

Г. Ацидоз

Д. Отек легких

16. Где локализуются малярийные паразиты у больного человека?

А. В клетках печени Б. В почках

В. В эритроцитах

Г. Все ответы правильные

Д. Правильные ответы А и В

Тема 8. Карантинные и особо опасные инфекции.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология геморрагических лихорадок.

- Эпидемиология геморрагических лихорадок.

- Патогенез заболевания и основные патоморфологические изменения.

- Назовите клинические проявления геморрагических лихорадок.

- Осложнения и прогноз при геморрагических лихорадках.

- Методы лабораторной диагностики геморрагических лихорадок.

- Назовите принципы лечения геморрагических лихорадок.

Какие профилактические меры проводят в эпидемическом очаге геморрагических лихорадок?

- Особенности обследования, диагностики и организации лечения при карантинных, особо опасных инфекциях

- Противоэпидемические мероприятия и санитарная охрана границ

- Эпидемиологический надзор. Чума.

- Общие мероприятия и меры в очаге. Холера.

Тестовый контроль:

1. Какие геморрагические лихорадки наиболее опасны в эпидемиологическом аспекте?

а- омская;

б- желтая;

в- Денге;

г- Чикунгунья;

+д - лихорадка Эбола.

2. Какие геморрагические лихорадки относятся к контагиозным?

а- ГЛПС;

б- Ласса;

в- Эбола;

г- Марбург;

+д- все перечисленное.

3. Какая геморрагическая лихорадка не относится к клещевым?

+а желтая;

б – крымская;

в – омская;

г– Киассанурская лесная болезнь;

д– Аргентинская.

4. Какая геморрагическая лихорадка относится к комариным?

а– крымская;

б– омская;

+в- Денге;

г– Эбола;

д– Марбург.

5. Какие формы тромбгеморрагического синдрома наблюдается у больных геморрагическими лихорадками?

а– молниеносная;

б– острая;

в– латентная;

г– хроническая;

+д- все перечисленное.

6. В патогенезе геморрагических лихорадок первичным является поражение клеток каких органов?

а– эпителий бронхов;

+б- эпителий клеток кровеносной системы;

в– легких;

г– ЦНС;

д– селезенки.

7. В патогенезе геморрагических лихорадок содержание каких вазоактивных компонентов играет ведущую роль?

а– тромбоциты;

б– кинины;

в– адреналин;

г– цитокины;

+д- все перечисленное.

8. Какая фаза тромбгеморрагического синдрома наиболее опасна в клиническом плане?

а– I стадия;

б– нарастающего ДВС–синдрома;

+в полный ДВС–синдром;

г– фаза тромбозов и окклюзий;

д– восстановительная фаза.

9. Больной П., приехал из Заира. Жалуется на дрожание, интенсивную головную боль, боль в мышцах и пояснице, тошноту, рвоту. Объективно: гиперемия и отечность лица, шеи, иктеричность склер, фотофобия. Пульс 120 в мин. Гепатомегалия. Предварительный диагноз:

+а- желтая лихорадка;

б- малярия;

в- чума;

г- геморрагическая лихорадка с почечным синдромом;

д- лептоспироз.

10. В стационар на 3-й день болезни поступил больной 25 лет. Жалуется на высокую температуру, головную боль, боль в мышцах, пояснице, тошноту. Конъюнктивит, фотофобия, слезотечение. Кожа лица и шеи гиперемированы, кожа сухая, горячая. Склеры субиктеричные. Пульс частый, мягкий. Вернулся из Африки 6 дней назад, был в Джунглях. Диагноз:

а- лептоспироз;

б- грипп,

+в- желтая лихорадка;

г- малярия,

д- гематурия.

11. Женщина 29 лет заболела неделю назад с головной боли, гипертермии до 40 С. Неделю назад вернулась из Южной Африки. Где её укусили комары. Состояние тяжелое, геморрагические высыпания на коже и слизистых, носовое кровотечение, желтуха, гепатоспленомегалия. Какое заболевание следует заподозрить:

+а- желтая лихорадка;

б- малярия;

в- чума;

г- лихорадка Денге;

д- Ку- лихорадка.

12. Наиболее достоверным методом лабораторной диагностики желтой лихорадки является:

+а-выделение вируса из крови больного, печени и мозга умерших;

б- реакция связывания комплемента в титре 1:16 и выше;

в- реакция нейтрализации вируса;

г-реакция торможения гемагглютинации

д- гистологическая картина биопсии печени.

13. Дифференциальный диагноз желтой лихорадки проводят с:

а-вирусным гепатитом;

б- лептоспирозом;

в-геморрагическими лихорадками;

г- малярией;

+д- всем перечисленным.

14. При лечении желтой лихорадки используют все перечисленные препараты, кроме:

а- дезинтоксикационных растворов в объеме 2 - 3 л в 82 сутки;

б- глюкокортикоидных гормонов парентерально;

в- сердечнососудистых средств (строфантин, коргликон, камфора);

г- антибиотиков

+д-специфического иммуноглобулина.

15. Профилактика желтой лихорадки включает следующие меры:

а-изоляция больного в боксе на первые 5 дней болезни;

б- работа медицинского персонала в спецодежде;

в- уничтожение комаров - переносчиков в эпидемических очагах;

г- вакцинация населения вакциной 17Д «Дакар»;

+д-все перечисленные.

16. Вирус Эбола в организме человека находится в:

а- крови;

б-испражнениях;

в- моче;

г- сперме;

+д- всех биологических жидкостях.

17. От каких животных которые болеют лихорадкой Эбола, может заразиться человек?

а- слонов;

б-котов;

в-змей;

+г- обезьян;

д- птиц.

18. Лихорадку Эбола преимущественно регистрируют в:

+а- Африке

- б- Северной Америке;
- в- Австралии;
- г- Европе;
- д- Южной Америке.

19. Какая сыпь чаще развивается при лихорадке Эбола?

- а- По типу кропивницы;
- б- герпетиморфная;
- в- осподобная;
- +г- макулопапулезная;
- д-скарлатиноподобная

20. Возбудитель холеры обладает всеми перечисленными свойствами, кроме:

- А. Грамотрицателен
- Б. Обладает большим полиморфизмом
- В. Элективной средой роста является щелочная пептонная вода и мясо-пептонный агар
- Г. Облигатный анаэроб
- +Д. Имеет 5 фаготипов

21. Наиболее важным признаком генерализованной формы чумы является:

- А. Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии
- +Б. Геморрагическая септицемия
- В. Наличие токсических лимфаденитов
- Г. Токсико - инфекционный шок
- Д. Водно - электролитные нарушения

Ситуационные задачи:

Задача 1. В приемное отделение многопрофильной больницы бригадой «скорой помощи» доставлен больной Ч., 42 лет, с диагнозом: Пневмония. Болен около 2х дней. Началось заболевание остро с высокой температуры тела до 40°C, резкой головной боли, неоднократной рвоты, боли в грудной клетке, кашля с отхождением кровянистой мокроты. При осмотре в приемном покое: больной возбужден, неадекватен, психомоторное возбуждение. Лицо гиперемировано, склеры и конъюнктивы инъекцированы. Язык сухой, покрыт белым налетом. 24 Выраженная одышка. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы. Тоны сердца глухие. АД -75/55 мм рт.ст. пульс 130/мин. Живот несколько напряжен, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка пальпируются по краю реберной дуги. Менингеальной симптоматики нет. Из эпидемиологического анамнеза со слов родственников, сопровождающих больного: больной ездил с друзьями на охоту на границе с Тувой, вернулся 4 дня назад.

1. О каком заболевании следует думать в первую очередь?
2. С каким заболеванием следует дифференцировать в первую очередь?
3. Какова тактика врача приемного покоя.
4. Назначьте лечение.
5. Каковы срочные противоэпидемические мероприятия при данном заболевании?

Задача 2. К дежурному терапевту приемного отделения многопрофильной больницы «скорой помощью» доставлен больной Ч., 36 лет., с диагнозом: Пневмония, алкогольный делирий? Болен 3-ий день, высоко лихорадит до 40- 41°C, жалуется на головную боль, боли в грудной клетке, кашель с мокротой, в которой отмечались прожилки крови. При осмотре: больной возбужден, неадекватен - периодически возникает психомоторное возбуждение. На кожных покровах определяются множественные мелкие кровоизлияния. Лицо гиперемировано, склеры и конъюнктивы инъекцированы. Одышка до 38/мин. В легких дыхание жесткое, обильные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, тахикардия до 150/мин., АД - 80/50 мм рт.ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было. Мочится редко, скудно. Менингеальной симптоматики нет. Со слов жены, 4 дня назад

вернулся из экспедиции по Алтайскому краю. Один из геологов перед отъездом внезапно умер в местной больнице.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова должна быть тактика врача? Каковы профилактические меры в отношении предупреждения заболевания врача?
3. Возможно ли было избежать заболевания данному пациенту?
4. Каков прогноз в отношении данного пациента?
5. Как произошло заражение?

Задача 3. Больной В., 40 лет, заболел остро 4 дня назад с познанием, повышения температуры тела до 38°C, появления болезненности и плотного образования в правой подмышечной области. Принимал анальгин, делал компрессы на правую подмышечную область - без эффекта. Состояние ухудшилось: усилилась лихорадка до 40°C, по вечерам сохранялись ознобы, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что и заставило больного обратиться к врачу. Из эпидемиологического анамнеза: перед заболеванием ездил в Астраханскую область, помогал по хозяйству, участвовал в сельскохозяйственных работах. При осмотре: на правой кисти имеется рана, покрытая гнойной коркой с гиперемией, с цианотичным оттенком вокруг нее. В правой подмышечной области определяется резко болезненное образование размером 5,0*6,0 см, плотное, нечетко контурирующееся, с размягчением в центре; кожа над ним ярко гиперемирована, вокруг отмечается небольшая отечность. Пульс - 100/мин., АД - 120/70 мм рт.ст. Больной вялый, адинамичный. Яркий румянец на щеках. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С каким заболеванием приходится дифференцировать данный случай в первую очередь?
3. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз. Укажите правила забора материала для исследования при данном заболевании.
4. Назначьте этиотропную терапию.
5. Каков прогноз в данном случае?

Задача 4. Больной И., 40 лет, геолог, в течение 2х месяцев, предшествующих заболеванию, находился в Забайкалье. Заболел остро на 6-й день после возвращения домой самолетом: повысилась температура тела до 40°C, появились головная боль, рвота, озноб. На 2-3-й день озноб повторился, сохранялась высокая лихорадка до 41°C, нарастала слабость. На 5-ый день болезни у больного появились боль в грудной клетке, кровохарканье, вызван врач на дом. При осмотре: состояние тяжелое, больной беспокоен, речь невнятная. Кожные покровы бледные, множественные точечные кровоизлияния. Тоны сердца глухие, пульс - 110/мин., АД - 80/60 мм рт.ст. Одышка до 40/мин., в легких жесткое дыхание, выслушиваются разнокалиберные хрипы. Кашель с отхождением обильной кровавой мокроты. Язык обложен густым белым налетом - меловой язык. На коже правой голени резко болезненная язва размером 2,0-3,0 см, покрытая темным струпом с красно-багровым воспалительным валом вокруг. Из-под струпа проступают скудные гнойно-серозные выделения. В правой паховой области резкая болезненность на месте увеличенного до размера 3,0*4,0 см лимфатического узла.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Чем обусловлено развитие данной формы заболевания?
3. Назначьте этиотропную терапию в данном клиническом случае.
4. Тактика врача в данном случае.
5. Спрогнозируйте исход заболевания в данном случае

Задача 5. Больной П., 50 лет, чабан, почувствовал озноб, головную боль, болезненность в подмышечной области справа, повысилась температура тела до 38°C. Ночью состояние ухудшилось: появилась резкая слабость, усилилась головная боль. На следующий день к больному был вызван врач из участковой больницы. При осмотре: состояние больного тяжелое, температура тела 40°C, психомоторное возбуждение. В правой подмышечной области болезненное 27 уплотнение 4,0*5,0 см с нечеткими контурами, кожа гиперемирована с цианотичным оттенком, кровоизлияния.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы экстренные профилактические мероприятия в отношении контактных лиц?
3. Назначьте лечение данному пациенту.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный процесс?
5. Каким возбудителем вызвано заболевание?

Задача 6. Акушерку, работающую на ФАПе, вызвали к женщине на дом. Больная жалуется на сильную головную боль, повышение температуры до 39°C, нарушение координации при ходьбе, нечеткость речи. При осмотре: резко гиперемированное лицо и склеры, язык густо обложен белым налетом, на предплечье язва, в подмышечной области пальпируется резко болезненный лимфатический узел, увеличенный до размеров куриного яйца. Больная ночевала в степи, где наблюдался падеж грызунов.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Укажите показания и место госпитализации.
3. Проведите необходимые исследования для подтверждения диагноза.
4. Установите срок наблюдения за контактными лицами.
5. Определите характер ограничительных мероприятий в отношении контактных лиц.

Раздел 8. Болезни кожи, инфекции, передающиеся половым путем в общей врачебной практике.

Тема 1. Анатомия, гистология и физиология кожи. Основные кожные синдромы.

Обследование больных с заболеваниями кожи. Принципы и методы наружного лечения.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Строение эпидермиса, собственно дермы, подкожно-жировой клетчатки.
- Объективные симптомы – высыпания на коже;
- первичные морфологические элементы кожи;
- вторичные морфологические элементы кожи;
- характеристика сыпи;
- этиотропное лечение (антибиотики, противогрибковые, противовирусные препараты);
- патогенетическое лечение (десенсибилизирующая, стимулирующая терапия, витамины, иммуномодуляторы, гормонотерапия);
- симптоматическая терапия;
- принципы местной терапии в дерматологии;
- применение примочек, болтушек, паст, мазей, кремов;
- характер действия лекарственных средств;
- основы физиотерапии в дерматологии.
- Защитная функция кожи: механический, биофизический, биохимический, микро- и иммунобиологический механизмы.
- Основные патологические процессы в коже.
- Специальные методы обследования дерматологического больного: осмотр, пальпация, поскабливание, витропрессия, йодная проба Бальцера, изоморфная реакция Кёбнера, симптом Никольского, исследование чувствительности, кожные пробы и др.
- Общая терапия заболеваний кожи: антибактериальная, противогрибковая, противовирусная, противовоспалительная (антигистаминные средства, глюкокортикостероидные препараты, цитостатики и иммуно-депрессанты) терапия, системные и наружные ретиноиды.
- Основы местной терапии. Основные лекарственные формы
- Основные кожные синдромы.
- Общая гистопатология кожных болезней.
- Наружная терапия (лекарственные формы и способы их применения).
- Противовирусная терапия.

Тема 2. Дерматит. Простой, контактный, аллергический. Токсидермия. Экзема. Профессиональные болезни кожи.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Аллергические дерматозы: Дерматиты и токсидермии.
- Зудящие дерматозы.
- Атопический дерматит. Роль наследственности. Значение среды. Роль возраста в клинической картине и характере течения.
- Дерматозы полиэтиологической природы.
- Дерматит артерициальный. Клиника, лечение, профилактика.
- Дерматит аллергический. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- Экзема (этиология, патогенез, стадия развития, клинические разновидности), клиника, патогенез.
- Токсидермия. Причины, варианты, клиника, лечение.
- Атопический дерматит раннего детского возраста. Причины, клиника, лечение, диспансеризация.
- Атопический дерматит подростков и взрослых. Причины, клиника, лечение, диспансеризация.
- Общее лечение и принципы наружного лечения атопического дерматита.
- Дифференциальная диагностика и осложнения экземоподобных заболеваний и атопического дерматита
- Экзема, роль наследственности, условия внешней среды, реактивности.

Тестовый контроль:

1. Диффузный нейродермит следует дифференцировать с:

- а. лимфомой кожи
- +б. генерализованным кожным зудом
- в. чесоткой
- г. крапивницей

2. Для атопического дерматита характерно:

- а. зуд
- б. атопия в анамнезе
- +в. начало в детском возрасте
- г. быстрая десиминация процесса

3. Что следует назначить при эритематозном дерматите?

- А. Мази, пластыри, аэрозоли.
- Б. Примочки, влажные повязки, спиртовые растворы.
- В. Пасты, гели, мази.
- +Г. Пудры, болтушки, пасты.
- Д. Компрессы, лаки, аэрозоли.

4. У больного после употребления в пищу винограда на коже появилась зудящая сыпь. Какой диагноз?

- А. Простой дерматит.
- Б. Аллергический дерматит.
- +В. Токсидермия.

Г. Фитодерматит.

Д. Кожный зуд.

5. Какая оказывается медицинская помощь при токсидермических реакциях средней и легкой степени?

- А. Форсированный диурез, наркотические средства, сердечно-сосудистые препараты.
- Б. Десенсибилизирующие препараты, кортикостероиды, мочегонные.
- В. Анальгетики, антигистаминные препараты, десенсибилизирующие препараты.
- Г. Наркотические средства, сердечно-сосудистые препараты, слабительные.
- +Д. Слабительные, мочегонные, антигистаминные препараты.

6. Какая экстренная помощь при синдроме Лайелла?

А. Антигистаминные препараты, слабительные, мочегонные.

Б. Форсированный диурез, наркотические средства, сердечно-сосудистые препараты.

+В. Дезинтоксикационная терапия, форсированный диурез, кортикостероиды.

Г. Кортикостероиды, антибиотики, антигистаминные препараты.

Д. Антибиотики, препараты кальция, дезинтоксикационная терапия.

7. В какой строке указаны только клинические формы экземы, включенные в современную классификацию?

А. Микробная, герпетическая, эритематозная.

Б. Себорейная, истинная, буллезная.

В. Пруригинозная, профессиональная, нумулярная.

+Г. Профессиональная, детская, истинная.

Д. Истинная, микробная, дисгидротическая.

8. Выберите строку, в которой указаны первичные элементы сыпи, характерные для экземы:

А. Воспалительное пятно, пузырь, узелок.

Б. Узелок, пузырек, бугорок.

В. Бугорок, узел, пузырек.

+Г. Пузырек, воспалительное пятно, узелок.

Д. Волдырь, узелок, пузырек.

9. Какой механизм лежит в основе образования пузырьков при экземе?

А. Акантолиз.

Б. Баллонизирующая дегенерация.

В. Эпидермолиз.

Г. Спонгиоз.

+Д. Гранулез.

10. Для какого возрастного периода характерна детская экзема?

А. От рождения до 6 месяцев.

+Б. В возрасте до 2 лет.

В. От 3 до 7 лет.

Г. От 7 до 14 лет.

Д. Любой детский возраст.

11. Найдите строку, в которой перечислены препараты, используемые для лечения экземы:

А. Димедрол, кларитин, аскорутин.

Б. Индометацин, супрастин, кортикостероиды.

+В. Кортикостероиды, тавегил, препараты кальция.

Г. Препараты кальция, парацетамол, кортикостероиды.

Д. Препараты железа, кортикостероиды, мочегонные средства.

12. Что применяют при наружном лечении острой стадии экземы?

А. Мази.

Б. Пасты.

В. Взбалтываемые смеси, пудры.

+Г. Примочки, влажные повязки.

Д. Компрессы.

13. Выберите из нижеперечисленного строку, в которой приведены только профессиональные стигмы:

А. Омозолелость, аллергический дерматит, солнечный дерматит.

Б. Термический ожог, простой дерматит, ограниченный гиперкератоз.

+В. Профессиональная пигментация, оомозолелость, краснота щек и носа.

Г. Профессиональные дерматиты, профессиональные фолликулиты, электротравма.

Д. Эризипеллоид, профессиональные онихии и паронихии, кандидоз.

14. Какие профессиональные дерматозы вызываются химическими факторами?

А. Токсическая меланодермия, ограниченный гиперкератоз, термический ожог.

- Б. Профессиональные паронихии, профессиональные фолликулиты, эризипелоид.
 +В. Аллергический дерматит, химический ожог, дерматокозиоз.
- Г. Лучевой дерматит, узелки доильщиц, простой дерматит.
- Д. Ограниченный гиперкератоз, эпидермит, ознобление.
15. Физические факторы являются причиной каких профессиональных дерматозов?
 А. Микоз стоп, травматические повреждения кожи, фотодерматит.
 +Б. Ознобление, электротравма, хронический лучевой дерматит.
 В. Солнечный дерматит, дерматокозиоз, профессиональные фолликулиты.
 Г. Токсидермия, эпидермит, простой дерматит.
 Д. Электротравма кожи, фотодерматит, оmozолелость.
16. Назовите профдерматозы инфекционно-паразитарной этиологии:
 А. Фитодерматит, профессиональные фолликулиты, туберкулез кожи.
 Б. Дерматокозиоз, зерновая чесотка, кандидоз.
 +В. Зерновая чесотка, узелки доильщиц, инфильтративно-нагноительная трихофития
 Г. Эризипелоид, сеп, профессиональные онихии и паронихии.
 Д. Профессиональные фолликулиты, рубромикоз, токсическая меланодермия.
17. Профессиональный фотодерматит является следствием:
 А. Лучевого ожога.
 +Б. Фотосенсибилизации.
 В. Воздействия ионизирующей радиации.
 Г. Работы с радиоизотопами.
 Д. Работы с источниками искусственного освещения.
18. Какой дерматоз считается профессиональным?
 А. Если течение имевшегося ранее дерматоза ухудшается или обостряется под действием производственных факторов.
 Б. Если обострения кожного процесса связаны с погрешностями в питании на производстве.
 +В. Если причиной возникновения и развития дерматоза являются производственные факторы.
 Г. Если обострения заболевания на производстве имеют сезонный характер.
 Д. Если имеются подобные профессиональные заболевания кожи у родственников.

Ситуационные задачи:

Задача 1. В стационар поступил больной 25 лет с жалобами на высыпания на руках, ногах, туловище. Болен 5 лет. Заболевание обостряется осенью и весной. Последнее обострение возникло месяц назад после психо-эмоциональной нагрузки. На коже волосистой части головы, туловища, разгибательных поверхностях рук, ног милиарные, лентиккулярные, монетовидные папулы розово-красного цвета. На папулах чеиуйки располагаются в центре, по их периферии виден красный ободок. На коленях и локтях бляшки. На месте эритемы от УФО свежие точечные узелковые высыпания.

1. Какие дополнительные феномены надо получить для уточнения диагноза?
2. Ваш диагноз.
3. Какая стадия болезни?
4. Лечение.

Задача 2. Больная С., 56 лет, оператор получения непрерывного стекловолокна в ОАО «Стеклолит», стаж – 24 года. Производственный контакт со стекловолокном, замасливателями № 76, 78, 80, обладающими раздражающим, токсическим и канцерогенным действиями в условиях нагревающего микроклимата $t - 50^{\circ}\text{C}$. Анамнез morbi: Через 14 лет после начала работы оператором в 1996 г. на коже рук появились множественные «бородавчатые» образования. В клинике Уфимского НИИ МГ и ЭЧ установлен диагноз: профессиональный ограниченный гиперкератоз кистей и предплечий. Через 15 лет в 2011 г. на средней трети левого предплечья появилось уплотнение кожи 1,5 см в диаметре с воспалительным валиком по периферии и длительно незаживающей язвой в центре,

сопровождающейся болезненностью. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак кожи.

1. Диагноз.

2. Лечение.

3. Экспертиза трудоспособности.

Задача 3. Больная Б., 50 лет, врач, акушер-гинеколог в Центральной районной больнице, стаж – 25 лет. Контакт – медикаменты (антибиотики, витамины, анальгетики), дезсредства, медицинские перчатки. Жалобы на высыпания на коже рук, зуд. Болеет 6 лет. Status localis morbi: на тыльной поверхности кистей, на пальцах – эритема, инфильтрация, папулы, везикулы, трещины, корочки, шелушение. Дополнительные иммунологические исследования – выявлена сенсibilизация к латексу.

1. Диагноз.

2. Экспертиза трудоспособности.

Задача 4. Больной Ф., 48 лет, оператор в ОАО Новоуфимский нефтеперерабатывающий завод, стаж – 12 лет. Контакт с углеводородами, полученными из нефти. На коже лица, плеч, верхней спины выраженная пигментация без четких границ с аспидным оттенком. В центре очагов дисхромия с сосудистыми пятнами и телеангиэктазиями, фолликулярный гиперкератоз, шелушение.

1. Диагноз.

2. Экспертиза трудоспособности.

Задача 5. Больной А., 57 лет, тракторист СПК, стаж - 35 лет. Жалобы на высыпания, зуд, на руках. Болен около 10 лет. Контакт с горюче-смазочными веществами (дизельное топливо, соляровое масло, технические масла). Status localis morbi: На коже кистей, пальцах, плече, нижней трети предплечий – эритема, инфильтрация кожи, папулы, везикулы, корочки, трещины.

1. Диагноз.

2. Экспертиза трудоспособности.

Задача 6. Больная Ф., 43 года, составитель фанер на фанерно-плитном комбинате, стаж - 10 лет. Контакт с эпоксидной смолой. Жалобы на высыпания на лице, руках. Болеет 2 года. Клиническая картина: на открытых участках кожи - лицо, шея, кисти, предплечья – ярко-розовая эритема, отек, папулы, шелушение, чешуйки. Дополнительные исследования: кожные аллергические капельные пробы – положительна через 24 и 48 часов с эпоксидной смолой.

1. Диагноз.

2. Экспертиза трудоспособности.

Тема 3. Атопический дерматит. Печесуха. Кожный зуд. Крапивница. Отек Квинке. Пиодермия. Вирусные дерматозы. Дерматозоонозы. Грибковые поражения кожи и ногтей.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация крапивницы.
- Клиническая картина острой формы крапивницы. Острый ограниченный отек Квинке.
- Узловатая печесуха Гайда.
- Диагноз и дифференциальная диагностика клинических форм печесухи.
- Этиопатогенез и классификация глубоких пиодермий.
- Отличие клинической картины поверхностных и глубоких пиодермий.
- Глубокие стафилодермии (фурункул, карбункул, фурункулез, псевдофурункулез, гидраденит). -
- Клиника, диагностика, лечение.
- Признаки злокачественного течения, осложнений фурункула и карбункула, тактика лечения.
- Глубокие стрептодермии (эктима вульгарная, целлюлит). Клиника, диагностика, лечение.
- Клиническая картина хронических пиодермий (глубокая язвенно-вегетирующая, гангренозная, вегетирующая Аллопо).
- Определение кожного зуда, этиология и патогенез.

- Классификация, клиническая картина кожного зуда (ограниченный и генерализованный зуд), диагностика, лечение.
- Определение почесухи, этиология, патогенез.
- Классификация почесух (по формам, по типу, по клиническим проявлениям).
- Клиническая картина, методы диагностики, лечение почесух.
- Дифференциальная диагностика заболеваний.
- Определение крапивницы, этиология и патогенез.
- Классификация крапивницы.
- Клиническая картина различных форм крапивницы. Диагностика, провокационные тесты, оценка активности.
- Клиническая картина ангионевротического отека Квинке. Диагностика и алгоритм действий при развитии отека Квинке.
- Дифференциальная диагностика заболеваний.
- Лечение крапивницы.
- Определение атопического дерматита. Этиология, патогенез.
- Возрастные особенности клинической картины заболевания, стадии болезни.
- Клиническая картина различных форм атопического дерматита (экссудативная, эритематозно-сквамозная, эритематозно-сквамозная с лихенификацией, лихеноидная, пруригинозная).
- Осложненные формы атопического дерматита.
- Методы диагностики. Диагностические критерии атопического дерматита. Оценка тяжести по шкале SCORAD.
- Дифференциальная диагностика заболеваний.

Тестовый контроль:

1. Для почесухи характерны:

+а. сильный зуд

б. красный дермографизм

в. эозинофилия

г. локализация на разгибателях конечностей

2. Какими высыпаниями проявляется крапивница:

а. папулами

+б. волдырями

в. пузырьками

г. пузырями

3. Различают следующие формы споротрихоза

а) поверхностная

б) локализованная подкожная

в) диссеминированная кожная

г) висцеральная

+д) все перечисленные

4. Подмышечный трихомикоз вызывается

а) стрептококками

б) грибами

в) стафилококками

+г) коринебактериями д) вирусами

5. К противокандидозным средствам для лечения кожи относятся все перечисленные, кроме

а) мазей нистатиновой, амфотерициновой, декаминовой 0.5-1%

б) 0.25% спиртового или водного раствора анилиновых красителей

в) левориновой взвеси (2 г леворина, 20 мл 95% этилового спирта, 1000 мл дистиллированной воды)

+г) бонафтоновой, оксолиновой или теброфеновой мазей

д) клотримазола

6. Хронический кандидоз слизистых связан с

а) гипотиреозом

б) гипопаратиреозом

в) гипокортицизмом

г) понижением секреторной функции половых желез

+д) со всем перечисленным

7. К побочным действиям нистатина относятся все перечисленные, кроме

а) тошноты

б) рвоты

в) жидкого стула

г) повышения температуры

+д) дерматитов

8. Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме

а) сахарного диабета

б) длительного лечения антибиотиками

в) потливости, мацерации кожи

г) иммунодефицита

+д) гипертонической болезни

9. Плесневые грибы поражают все перечисленное, кроме

а) кожи

б) слизистых

в) ногтей

г) внутренних органов

+д) волос

10. При тяжелых распространенных пиодермиях показано все перечисленное, кроме

а) стафилококкового г-глобулина

б) гипериммунной плазмы

в) стафилококковой вакцины

г) Т-активина

д) декариса

11. При псевдофурункулузе в воспалительный процесс вовлекаются

а) эккринные потовые железы

б) апокринные потовые железы

+в) волосяные фолликулы

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

12. Для стафилококковых пиодермий характерно

+а) гнойнички плоские, дряблые

б) гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы

в) поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

13. При стрептококковой опрелости больному назначаются

а) ежедневные ванны

б) антибиотики

+в) повязки с анилиновыми красителями

г) мази с антибиотиками

д) все перечисленное, кроме а) и б)

14. Симптомами стрептококковых пиодермий являются

+а) гнойнички плоские, дряблые

б) гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы

в) поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

15. При шаровидных угрях назначаются

а) местно анилиновые красители

б) местно чистый ихтиол

в) вскрытие очага поражения

г) антибиотики

+д) правильно в) и г)

16. Ограниченное использование противовирусных антибиотиков при лечении герпетической инфекции связано

+а) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами

б) с отсутствием противовирусных антибиотиков

в) с плохим проникновением препаратов в кожу

г) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии

д) правильного ответа нет

17. Использование в лечении герпетической инфекции интерферона и индукторов интерферона

+а) защищает неинфицированные вирусом клетки (ткани)

б) подавляет репродукцию вируса

в) стимулирует специфический иммунитет

г) стимулирует неспецифический иммунитет

д) предупреждает пиогенизацию очагов

18. К противовирусным препаратам, применяемым при простом и опоясывающем лишае, относится

а) интерферон

б) бонафтон и метисазон

в) герпетическая вакцина

г) дезоксирибонуклеаза

+д) все перечисленное

19. В комплексное лечение опоясывающего лишая включается

а) противовирусные антибиотики

б) г-глобулин

в) интерферон

г) витамины группы В

+д) все перечисленное

20. К противовирусным препаратам относятся все перечисленные, кроме

+а) триоксазина

б) метисазона

в) оксолина

г) госсипола

д) бонафтона

21. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится

а) интерфероном

+б) поливалентной герпетической вакциной

в) пирогеналом

г) иммуноглобулином

д) левамизолом

Тема 4. Заболевания, передающиеся половым путем.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Формы выживания бледной трепонемы: цисты, L-формы.

- Методы обнаружения бледной трепонемы: темнопольная микроскопия, серебрение

- *Общее течение сифилиса. Длительность и общая характеристика периодов.*
- *Инкубационный период сифилиса. Причины его укорочения и удлинения*
- *Этиология гонореи. Пути заражения. Классификация гонореи.*
- *Клиника и диагностика гонореи у мужчин, гонореи подростков (мальчиков). Осложнения гонореи у мужчин, гонореи подростков (мальчиков)*
- *Клиника и диагностика гонореи у женщин. Осложнения гонореи у женщин.*
- *Особенности течения гонореи у девочек. Лечение и профилактика гонореи.*
- *Клиника и диагностика трихомониаза. Осложнения. Современные методы лечения.*
- *Клиника и диагностика хламидиоза. Осложнения. Современные методы лечения.*
- *Клиника и диагностика уреаплазмоза. Осложнения. Современные методы лечения.*
- *Клиника и диагностика урогенитального кандидоза. Осложнения.*
- *Современные методы лечения.*
- *Клиника и диагностика герпетической и цитомегаловирусной инфекции половых органов. Осложнения. Современные методы лечения.*

Тестовый контроль:

1. Профилактика врожденного сифилиса включает:

- а. своевременное выявление и лечение больных сифилисом женщин
- +б. трехкратное исследование крови на RW во время беременности
- в. профилактическое лечение
- 4. прерывание беременности

2. Возбудитель мягкого шанкра:

- а. *Treponema pallidum*
- +б. *Streptobacillus Dacrei*
- в. *Chlamidia trachomatis*
- г. *Gardnerella vaginalis*

3. Какие характеристики типичны для бледной трепонемы?

- а. спиралевидная форма
- б. неравномерная ширина завитков
- +в. равномерное закругление завитков
- г. заострение завитков
- д. количество оборотов спирали 8—12
- 4. Для каких целей предназначен комплекс классических серологических реакций?

- а. диагностика сифилиса
- б. установления критерия излеченности
- в. оценка эффективности противосифилитической терапии
- г. диагностика сифилиса у беременных
- +д. диагностика врожденного сифилиса

5. Укажите продолжительность инкубационного периода при сифилисе

- +а. 4 недели
- б. 3 недели
- в. 2 недели
- г. 5 недель
- д. 6 недель

6. Укажите препараты, которые губительно действуют на патогенную бледную трепонему:

- а. Раствор ртути дихлорида
- б. Изотоксический раствор натрия хлорида
- +в. Растворы едкой щелочи
- г. Дистиллированная вода
- д. Растворы уксусной кислоты

7. Через какой промежуток времени с момента заражения развивается первичный период сифилиса?

- +а. Через 3 недели*
 - б. Через месяц*
 - в. Через 1,5 месяца*
 - г. Через 3 месяца*
 - д. Через 2,5 месяца*
- 8. Какие методы лабораторной диагностики позволяют подтвердить диагноз первичного сифилиса?*
- а. RPR*
 - б. Бактериологический*
- +в. КСР*
- г. Микроскопия препарата, окрашенного по Граму*
 - д. Микроскопия в темном поле*
- 9. При проведении дифференциального диагноза первичного сифилиса с генитальным герпесом следует учитывать, что для последнего характерны:*
- а. Зуд, жжение*
 - б. Локализация на половых органах*
 - в. Эволюционный полиморфизм высыпаний*
 - г. Наличие эрозий*
- +д. Хроническое рецидивирующее течение*
- 10. Укажите клинические симптомы, характерные для твердого шанкра красной каймы губ:*
- а. Эрозивный шанкр*
 - б. Одиночный*
 - в. Покрыт плотной коркой*
 - г. Расположен на нижней губе*
- +д. Увеличение подчелюстных лимфатических узлов*
- 11. С каким заболеванием следует дифференцировать розеолезный сифилид?*
- а. Отрубевидным лишаем*
 - б. Розовым лишаем*
 - в. Токсикодермией*
 - г. Корью*
- +д. Сыпным тифом*
- 12. Какой морфологический элемент представляет собой гумма?*
- +а. Узел*
 - б. Папула*
 - в. Бугорок*
 - г. Эктима*
 - д. Рупия*
- 13. Какие органы и системы могут вовлекаться в процесс при третичном сифилисе?*
- а. Кожа*
 - б. Слизистые оболочки*
 - в. Сердечно-сосудистая система*
 - г. Печень*
- +д. Опорно-двигательный аппарат*
- 14. Укажите признаки, характерные для склеротического глоссита:*
- а. Наличие диффузного инфильтрата*
 - б. Цвет инфильтрата насыщенно-красный*
- +в. Язык значительно увеличен в размерах*
- г. Наклонность к быстрому изъязвлению инфильтрата*
 - д. Язык имеет деревянистую плотность*
- 15. Укажите признаки, характерные для сифилитического аортита:*
- а. Уплотнение стенок аорты*
 - б. Колбообразное расширение выходной части аорты*

- в. Преимущественное поражение средней оболочки аорты
г. Поражение клапанов аорты
+д. Сужение устьев коронарных сосудов
16. Какие осложнения не могут возникать у мужчин при гонорее:
а. простатит
+б. водянка яичка
в. орхоэпидидимит
г. баланопостит
17. Экстрагенитальные осложнения гонореи у мужчин кроме:
+а. перитонит
б. артрит (гонит)
в. эндокардит
г. фарингит
18. Трихомоноз у мужчин не проявляется:
а. простатитом
+б. эпидидимитом
в. аденомой предстательной железы
г. уретритом
19. Укажите возбудителя микоплазменной инфекции:
+а. *Mycoplasma hominis*
б. *Trichomonas vaginalis*
в. *Trichophyton rubrum*
г. *Microsporium canis*
20. Какие лабораторные методы применяются для диагностики микоплазмоза:
а. бактериологический метод
+б. ПЦР
в. серологический метод
г. исследование спинномозговой жидкости
21. Какие осложнения не может вызвать микоплазменная инфекция у мужчин:
а. простатит
б. орхоэпидидимит
+в. сепсис
г. бесплодие
22. Какие формы хламидий являются инфекционными:
а. ретикулярные тельца
+б. элементарные тельца
в. промежуточные (переходные) тельца
г. хламидийные включения
23. Какой материал берут для исследования методом ПЦР на хламидий:
а. выделения из уретры, шейки матки
+б. соскоб из уретры, шейки матки
в. кровь
г. выделения из влагалища
24. Пути заражения ВИЧ-инфекцией:
+а. парентеральный
б. трансплацентарный
в. половой
г. трансмиссивный
25. Симптомы, подозрительные на ВИЧ-инфекцию:
а. длительная лихорадка и диарея
б. генерализованная лимфаденопатия
в. саркома Капоши у молодых лиц

г. кандидозное поражение слизистых и кожи

+д. все верно

26. Группы риска при ВИЧ-инфекции, кроме:

а. наркоманы

б. больные гемофилией

в. секс-работники

+г. студенты

27. Препаратом базисной терапии при ВИЧ-инфекции является:

+а. азидотимидин

б. Макропен

в. орунгал

г. плаквенил

Раздел 9. Профессиональные болезни в ОВП.

Тема 1. Общие вопросы профессиональной патологии. Организация и проведение предварительных и периодических медицинских осмотров.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Значение национального Перечня профессиональных заболеваний в диагностике профессиональной патологии

- Законодательные и нормативные документы по профпатологии и медицинскому обслуживанию работников

- Диспансеризация и диспансерное наблюдение определенных групп взрослого населения. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация

- Оптимизация профпатологической службы в нормативных и законодательных документах

- Принципы доказательной медицины в экспертизе связи заболевания с профессией

- Оценка и управление профессиональными рисками.

- Виды медицинских осмотров. Основные принципы медосмотров работников вредных и опасных производств

- Выявление начальных форм профессиональных заболеваний у работников вредных производств

55. Актуальные проблемы профпатологии и медицины труда в вопросах медицинских осмотров и освидетельствований работников

- Законодательное и правовое регулирование в области профпатологии и медицинского обслуживания работников в современных условиях

- Вопросы охраны здоровья работающего населения России

- Значение своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий

- Значение своевременного выявления и предупреждения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний

- Современные меры по предупреждению несчастных случаев на производстве

- Проблемы и возможности выявления начальных форм профессиональных заболеваний в процессе медосмотра работников вредных производств

- Группы риска по развитию профессиональных заболеваний от воздействия химических производственных факторов

- Группы риска по развитию профессиональных заболеваний от воздействия физических производственных факторов

- Группы риска по развитию профессиональных заболеваний от воздействия биологических производственных факторов

- Группы риска по развитию профессиональных заболеваний от воздействия физического перенапряжения

- Новые факторы психосоциальных рисков на рабочем месте

- Онконастороженность и ранняя диагностика профессиональных онкологических заболеваний.

Тематика рефератов:

- «Биологическое действие условий труда на формирование профессиональных заболеваний и производственно обусловленных заболеваний».
- «Развития профессиональных заболеваний периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата от физического перенапряжения».
- «Профессиональный стресс и выгорание на рабочем месте».
- «Сменная работа и нарушение здоровья».
- «Работа и старение. Ранняя диагностика производственно обусловленных заболеваний и обеспечение профессионального долголетия».

Тема 2. Профессиональные заболевания органов дыхания от воздействия промышленных аэрозолей.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Какие аллергены чаще всего являются причиной формирования профессиональной бронхиальной астмы?
- Какие обстоятельства типичны для профессиональной бронхиальной астмы?
- Какие компоненты сварочной газо-аэрозолевой смеси могут вызвать возникновение у больных пневмокониозом сварщиков профессиональной бронхиальной астмы?
- Какие профессиональные заболевания относятся к пневмокониозам от смешанной пыли?
- Какие рентгенологические изменения в легких не типичны для хронического бериллиоза?
- Какие рентгенологические сдвиги в легких типичны для металлокониоза — сидероза?
- К какому типу пневмокониозов относится бериллиоз?
- Вдыхание пыли каких из перечисленных ниже минералов может привести к возникновению пневмокониоза - силикатоза?
- Какие рентгенологические признаки могут свидетельствовать о переходе силикоза в силикотуберкулез?
- Какие осложнения типичны для силикоза?
- Где в легких формируются силикотические узелки?
- Вдыхание какой пыли вызывает формирование металл кониозов?
- Вдыхание какой пыли вызывает формирование карбокониоза?
- Какие заболевания вызываются вдыханием производственной пыли?

Ситуационные задачи:

Задача 1. Во время периодического медицинского осмотра шлифовщик 40 лет, («пылевой» стаж - 4 года, концентрация пыли на рабочем месте превышает ПДК в 2-3 раза), предъявляет жалобы на кашель со слизисто- гнойной мокротой, быструю утомляемость, потливость, повышение температуры тела до 37,2 — 37,3 °С. Считает себя больным в течение года, начало заболевания связывает с повышением температуры, сопровождавшейся мучительным сухим кашлем, насморком, головной болью. Курит 15-20 сигарет в день. Объективно: жесткое дыхание, единичные жужжащие, а в межлопаточном пространстве - крупнопузырчатые, хрипы. Флюорограмма без отклонений от нормы. Функция внешнего дыхания без отклонений от нормы. Исследование крови: лейкоциты - 9,0- 109/л, СОЭ - 20 мм/ч, в остальном без отклонений от нормы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Укажите, какие дополнительные сведения необходимы для уточнения диагноза?
3. Как должен решаться вопрос профпригодности в соответствии с нормативными документами по медосмотрам?

Задача 2. Больной Л., 43 года, в течение 16 лет работает формовщиком литейного производства. В последние три года стал ощущать колющие боли в области лопаток,

периодически беспокоит сухой кашель, при больших физических нагрузках появляется одышка. При внешнем осмотре объективных изменений не отмечается. В нижнебоковых отделах грудной клетки перкуторный звук с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких не изменена. В легких прослушиваются сухие хрипы в большом количестве. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы. Показатели функции внешнего дыхания снижены по обструктивному и рестриктивному типу. На рентгенограмме отмечаются усиление и деформация легочного рисунка, преимущественно в средних и нижних отделах легких, видны немногочисленные узелковые тени размером 2-3 мм, округлой формы. Корни легких несколько расширены и уплотнены. Прозрачность базальных отделов легких повышена.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Задача 3. Больной К., 46 лет, на протяжении 10 лет работает в производстве кремниевых сплавов. Других контактов с неблагоприятными производственными факторами не имел. Жалуется на сухой кашель, периодически боль в грудной клетке, повышенную утомляемость. Перкуторный звук над легкими не изменен, при аускультации дыхание везикулярное. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено. Функция внешнего дыхания не нарушена. Анализы крови и мочи в норме. На рентгенограмме прозрачность легочных полей не изменена, легочный рисунок умеренно усилен и деформирован с обеих сторон. В верхней доле правого легкого определяются полиморфные очаговые тени. Небольшие плевродиафрагмальные спайки справа.

1. Установите и обоснуйте диагноз.

2. Назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Задача 4. Больной Д., 51 год, в течение 6 лет работает по размолу кварцевого песка. Основными жалобами являются кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, боли в грудной клетке, одышка при небольших физических нагрузках, боли в суставах рук и ног. Объективно: пониженного питания, кожа сухая, слегка шелушится; атрофия мышц кистей; межфаланговые суставы кистей деформированы; пальцы в состоянии ладонной флексии; контуры лучезапястных суставов сглажены, движение в них ограничено. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно на всем протяжении коробочный звук. Аускультативно – ослабленное дыхание, выслушиваются единичные сухие хрипы, под левой лопаткой – мелкопузырчатые влажные хрипы. БК в мокроте не найдены, реакция Манту отрицательная. Нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивному типу. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля в базальных отделах эмфизематозны. Легочный рисунок диффузно усилен и деформирован; на фоне него имеются множественные мелкие плотные очаги, местами сливающиеся. Корни легких расширены, уплотнены. Рентгенография кистей: на левой кисти отмечаются остеопороз всех костей, костный анкилоз лучевой кости и костей запястья, ногтевые и средние фаланги III и IV пальцев в состоянии ладонной флексии, подвывихи.

1. Установите и обоснуйте диагноз.

2. Назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Задача 5. Больной Ж., 39 лет, имеет "пылевой" стаж работы формовщиком 17 лет. Концентрация пыли на его рабочем месте превышает ПДК в 11,5 раз. Во время периодического медицинского осмотра предъявлял жалобы на кашель, преимущественно сухой, изредка с небольшим количеством слизистой мокроты, беспокоящий его в течение последних 3 лет. Объективно: перкуторный звук в нижних отделах с коробочным оттенком, подвижность нижних краев легких не изменена, дыхание жесткое, прослушиваются непостоянные рассеянные сухие хрипы. Флюорограммы легких без отклонений от нормы. Функция внешнего дыхания нарушена по рестриктивному типу.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?

2. Укажите, какие дополнительные сведения необходимы для уточнения диагноза?

Задача 6. Больной Д. 38 лет, поступил в клинику для связи заболевания с профессией. Профanamнез: работает с 22 лет формовщиком литейного цеха. Имеет производственный

контакт с пылью, содержащей высокий процент свободной двуокиси кремния, в концентрациях до 12 мг/м. Работает в условиях загазованности, резких колебаний температуры. Поступил с жалобами на сухой кашель, одышку при значительной физической нагрузке. В детстве перенес левостороннюю пневмонию (в течение месяца лечился стационарно с хорошим эффектом). При рентгенологическом исследовании заподозрено профессиональное заболевание. Кашель и одышка появились у больного около двух лет назад. Объективно: патологических изменений со стороны легких и других органов не выявлено. Лабораторные, биохимические, функциональные показатели также в норме. Рентгенограмма легких: легочные поля в нижних отделах пониженной прозрачности за счет груботяжистых, местами пятнистых интерстициальных изменений. Корни легких бесструктурны. Справа имеются плеврадиафрагмальные спайки.

1. Сформулируйте диагноз.

Тема 3. Профессиональные бронхиты и хроническая обструктивная болезнь легких пылевой и токсико-пылевой этиологии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Рассказать клиническую картину острого токсического бронхита с преимущественным поражением крупных бронхов и острого токсического бронхоолита.
- Чем отличается синяя гипоксемия от серой протоксического отека лёгких.
- Рассказать клиническую картину токсического отека лёгких по стадиям.
- Лечение поражений верхних дыхательных путей, бронхитов и бронхоолитов.
- Профессиональные бронхиты и хроническая обструктивная болезнь легких пылевой и токсикопылевой этиологии. Этиологические факторы. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
- МСЭ. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе, профилактика, диспансеризация, реабилитация
- Экспертиза связи хронического бронхита и ХОБЛ с профессией. Анализ профмаршрута, санитарногигиенической характеристики условий труда, данных медицинской карты амбулаторного больного и периодических медицинских осмотров.
- Диспансеризация больных

Тестовый контроль:

1. Экспертиза трудоспособности больного с профессиональной бронхиальной астмой (атопической):

- +а) нуждается в трудоустройстве, переводе на "свежую" струю, т.е. вне контакта с производственным фактором
- б) трудоспособен в своей профессии при динамическом наблюдении профпатолога
- в) нуждается в определении группы инвалидности

2. К местам возможного депонирования бериллия относятся: а) легкие; б) печень; в) кости; г) волосы; д) мозговая ткань. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) а, в
- б) б, г, д
- +в) а, б, в
- г) г, д
- д) д

3. Наиболее информативными методами диагностики пылевого бронхита являются: а) анализ мокроты; б) бронхоскопия; в) кожные пробы; г) исследование функции внешнего дыхания; д) рентгенография легких. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) а, в
- +б) б, г
- в) б, д
- г) а, в, д
- д) б, г, д

4. Наиболее информативными для диагностики профессиональной бронхиальной астмы по типу атопической являются: а) симптомы экспозиции; б) неотягощенный аллергологический анамнез; в) симптомы элиминации; г) выраженная дыхательная недостаточность; д) положительные результаты провокационной ингаляционной пробы. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) а, в, д

б) а, б, д

+в) а, б, в, д

г) а, в, г

д) б, г, д

5. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика альвеолитов: а) диссеминированный туберкулез; б) саркоидоз; в) пневмония; г) сепсис. Выберите правильное сочетание.

а) а, б, в, г

б) б, в, г

+в) а, б, в

г) а, в, г

6. Укажите правильное решение ВТЭ при обнаружении ПБА:

а) оставить на прежней работе под диспансерным наблюдением

+б) перевести на другую работу, не связанную с аллергенами

в) оставить на прежней работе и одновременно проводить лечение

7. Укажите клинично-инструментальные признаки альвеолита: а) выраженная одышка в покое; б) выслушивание нежной крепитации по всем отделам легких; в) выраженная инфильтрация в нижних отделах легких при рентгенографии; г) очаговые тени по всем полям легких при рентгенографии. Выберите правильное сочетание.

а) б, в

+б) а, б, г

в) а, б, в

г) б, в, г

8. Что такое симптом элиминации?

+а) выведение работника с признаками ПБА на другую работу

б) пробное лечение антигистаминными препаратами работника с признаками ПБА

в) введение предполагаемого антигена работнику с признаками ПБА с целью специфической десенсибилизации

9. Что понимается под профессиональной бронхиальной астмой?

а) возникновение болезни в возрасте старше 50 лет

+б) развитие первых признаков болезни во время работы

в) появление болезни через 3-10 лет после прекращения контакта

г) развитие первых признаков болезни у работника средними факторами после перенесенного ОРЗ

д) бронхиальная астма с развитием буллезной эмфиземы

10. При воздействии какой пыли, вызывающей ХПБ, имеется высокий риск развития рака легкого?

+а) асбестовой

б) цементной

в) угольной

г) тальковой

д) диоксида кремния

11. Исходом каких заболеваний может быть выраженная дыхательная недостаточность: а) ХПБ, б) альвеолиты, в) ПБА, г) сидероз, д) аллюминоз. Выберите правильное сочетание.

а) а, г, д

б) а, б, в

- в) б, г
- г) в, д
- +д) б, в

12. Укажите производства с опасностью возникновения альвеолита: а) холодильные производства, связанные с амиаком; б) производства беррилия; в) рудообогатительные; г) проходка туннелей; д) производства с использованием в технологии хлора. Выберите правильное сочетание.

- а) а, д
- +б) а, б, д
- в) б, г, д
- г) в, д

13. Укажите производства с опасностью возникновения ХПБ: а) добыча и обработка руд; б); чугунолитейное; в) бензол и его соединения; г) проходка туннелей; д) дорожные работы. Выберите правильное сочетание.

- +а) а, б, г
- б) а., в, д
- в) б, в, г
- г) в, г

14. Укажите клиническо-инструментальные признаки ХПБ: а) постоянный кашель; б) симметричные узелковые образования на рентгенограммах легких; в) гиперпигментация кожи; г) атрофия слизистой бронхов при бронхоскопии; д) повышенная утомляемость. Выберите правильное сочетание:

- а) а, б
- б) б, в, г
- +в) а, г, д
- г) б, г

15. К группе профессиональных заболеваний относятся:

а. любые заболевания, развившиеся у работника, контактирующего с вредными условиями труда.

+б. только заболевания, перечисленные в национальном Перечне профессиональных заболеваний

в. заболевания, развившиеся у лиц, проживающих вблизи промышленных предприятий, загрязняющих атмосферный воздух.

г. заболевания, развившиеся по пути на работу или с работы.

17. Требования к состоянию здоровья поступающего на работу:

а. на порядок выше, чем к здоровью высокостажированного работника.

б. на порядок ниже, чем к здоровью высокостажированного работника.

+в. не отличаются от требований к состоянию здоровья высокостажированного работника.

г. исключено неблагоприятное воздействие на организм работающего.

18. При каком стаже работы может развиваться пылевой бронхит?

- а) 2 – 5 лет,
- б) через 10 лет после ухода с предприятия,
- +в) 7 – 10 лет,
- г) 20 лет и более.

19. Для пылевого бронхита характерна следующая эндоскопическая картина:

- а) гипертрофические изменения;
- +б) катаральные изменения;
- в) гиперпластические изменения;
- г) атрофические и субатрофические изменения.

Тема 4. Заболевания органов дыхания токсико-химической этиологии. Профессиональные аллергозы органов дыхания.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Гигиеническая и токсикологическая характеристика химических факторов, вызывающих поражение органов дыхания
- Основные клинические синдромы при остром поражении органов дыхания
- Диагностика острых поражений органов дыхания
- Исходы и прогноз острых поражений органов дыхания
- Терапия острых токсических поражений органов дыхания
- Основные клинические формы при хроническом поражении органов дыхания
- Осложнения. Диагностика хронических поражений органов дыхания
- Терапия при хронических поражениях органов дыхания
- МЭ и реабилитация больных и инвалидов при токсических поражениях органов дыхания
- Профилактика токсических поражений органов дыхания
- Интоксикация хлором и его соединениями
- Интоксикация сернистым газом
- Интоксикация сероводородом
- Интоксикация окислами азота
- Интоксикация фтором и его соединениями
- Интоксикация хромом и его соединениями

Тестовый контроль:

1. Заболевания органов дыхания могут развиваться при воздействии солей бериллия, кроме?

- а) острые поражения верхних дыхательных путей
- б) острый токсический бронхо-бронхиолит
- в) токсический отек легких
- г) бериллиоз
- +д) литейная лихорадка

2. Каким видам пневмокониозов свойственно обратное развитие процесса при прекращении контакта?

- а) пневмокониоз сварщика
- +б) гиперчувствительный пневмонит
- в) антракосиликоз
- г) сидероз
- д) сидеросиликоз

3. Какие периоды не отмечаются в развитии токсического отека легких?

- а) начальные явления (рефлекторная стадия)
- б) скрытый период
- +в) период нарастания отека
- г) период завершеного отека
- д) обратное развитие отека

4. Приступ удушья при профессиональной бронхиальной астме

- +а) появляется во время контакта с вредностью
- б) исчезает днем на работе
- в) появляется при повышении температуры
- г) появляется после психической травмы

5. Подтверждением профессиональной этиологии бронхиальной астмы у медицинского работника является

- а) рентгенография грудной клетки
- б) эозинофилия крови
- +в) контакт с производственными аллергенами

6. В какие сроки должны расследоваться случаи хронического профессионального заболевания

- а) 1 сутки
- +б) 10 дней

в) 10 месяцев

7. К профзаболеваниям химической этиологии с поражением системы крови относятся

+а) интоксикации ароматическими углеводородами

б) аллергозы

в) интоксикации соединениями хлора

8. Специфическими лекарственными средствами для лечения профессиональных интоксикаций являются

а) антибиотики

б) витамины

+в) комплексоны

г) ганглиоблокаторы

9. Более интенсивное поступление химических токсинов через кожу

+а) характерно для женщин и связано с анатомо-физиологическими особенностями женского организма

б) характерно для мужчин и связано с анатомо-физиологическими особенностями мужского организма

в) одинаково для женщин и мужчин

10. При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров медицинских работников, контактирующих с веществами, отмеченных знаками «А», «К», «Р» к обязательному объему обследования дополнительно

а) проводятся углубленное обследование в Центре профпатологии

+б) привлекаются необходимые для проведения осмотра врачи-специалисты, осуществляются дополнительные лабораторные и функциональные исследования и учитываются дополнительные медицинские противопоказания, указанные для соответствующего класса веществ

в) заключение дается после углубленного обследования в онкологическом, аллергологическом, гинекологическом отделении (Центре)

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной Б., 36 лет, слесарь по ремонту оборудования, во время аварии в цехе в течение нескольких минут находился в атмосфере, загазованной окислами азота. После ликвидации аварии был осмотрен фельдшером на здравпункте. Жалоб не предъявлял, изменений при объективном исследовании не отмечалось. Спустя 4 часа появился нарастающий кашель с пенистой мокротой, чувство нехватки воздуха. Машиной «скорой помощи» больной был доставлен в больницу. При поступлении состояние тяжелое. Выраженная одышка до 36 в 1 мин. Цианоз лица и пальцев рук, с постепенным изменением цвета кожи до бледно-серого оттенка. Дыхание клочковатое, слышимое на расстоянии. В легких прослушивалось значительное количество влажных мелко- и среднепузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены. Тахикардия до 100 ударов в 1 мин. Пульс слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм.рт. ст. В анализе крови лейкоцитоз 10×10^9 /л, палочкоядерный сдвиг до 18%. СОЭ – 2 мм/ч. При рентгенологическом исследовании на фоне нечеткого легочного рисунка определялись множественные пятнистые тени с нечеткими контурами. Корни расширены, инфильтрированы. Больному сразу была начата активная терапия: внутривенно вводились преднизолон, лазикс, коргликон, эуфиллин, внутримышечно кордиамин, кофеин, антибиотики, получал ингаляции кислорода и карбогена. Самочувствие стало постепенно улучшаться. К концу третьих суток оставался небольшой кашель, дыхание стало свободным. В легких исчезли влажные хрипы. Отмечалась положительная рентгенологическая динамика. Однако на 4-й день наблюдения к вечеру стал опять усиливаться кашель, появилась боль в правой половине груди, повысилась температура до 38°C.

1) Сформулируйте клинический диагноз на момент поступления в клинику.

2) Оцените действия фельдшера здравпункта.

3) Какое осложнение можно заподозрить при ухудшении самочувствия на 4-й день интоксикации?

Задача 2. Больной Я., 44 года, электролизник со стажем работы 24 года, поступил в клинику с жалобами на сухой кашель приступообразного характера. Иногда после пароксизма кашля выделялись комочки слизистой мокроты. При выполнении незначительной физической работы наблюдалась одышка. Кашель появился после 10 лет работы в электролизном цехе. Приступы удушьевого кашля возникли после 15 лет работы. В последнее время отмечал 3 – 4 обострения в год. До поступления на работу не болел. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Клиническое обследование: при перкуссии легких – коробочный оттенок перкуторного звука на протяжении нижних легочных полей. Нижние границы легких опущены, подвижность легочного края по лопаточной линии 3 см, дыхание жесткое, удлинен выдох, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Частота дыхания 21 в минуту. Сердце в размерах не увеличено, тоны приглушены. Пульс 66 в мин. АД 120/80 мм.рт. ст. Рентгенологически установлено усиление бронхосудистого рисунка, корни структурны. Пневматизация в нижних отделах повышена. Сердце и крупные сосуды без особенностей. Бронхография: выявляется обеднение бронхиального дерева мелкими веточками, их трубкообразная деформация. Фибробронхоскопия: слизистая трахеи и бронхов бледная, истончена. Хрящевые кольца значительно контурируют в просвет, межхрящевые промежутки расширены. Карина трахеи и шпоры бронхов утончены, белесоваты. Исследование ФВД: ЖЕЛ – 53%, МВЛ – 74%, ОФВ1 – 59,3%, ОФВ1/ЖЕЛ – 63,6%, МОС 25% – 32%, МОС 50% – 27%, МОС 75% – 26%.

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте его.

2. Решите вопрос о трудоспособности пациента.

Задача 3. Больной С. был доставлен в профцентр бригадой скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди и нехватки воздуха, кашель с отхождением большого количества пенистой мокроты. При сборе анамнеза было выяснено, что больной работал на предприятии по производству пластиковых окон и других изделий из полимеров. В день поступления на предприятие в цехе, где работал пациент, произошло возгорание продукции и исходных полимерных компонентов. С. подвергся в течение получаса воздействию продуктов горения (термической деструкции полимеров). После ингаляции продуктов горения почувствовал жжение в полости носа, носоглотке, за грудиной. Самочувствие было удовлетворительным, и больной активно участвовал в ликвидации последствий аварии. Через 4 часа появилась одышка, сухой кашель. В течение часа состояние значительно ухудшилось, и больной был доставлен в стационар. При осмотре больной возбужден, акроцианоз, число дыхательных движений 30 в минуту. При аускультации на фоне ослабленного дыхания выслушиваются в большом количестве мелко- и среднепузырчатые хрипы. В пенистой мокроте – примесь крови, дыхание клокочущее. На рентгенограммах грудной клетки виден нечеткий размытый легочный рисунок, на фоне которого определяются мелкие неинтенсивные пятнистые тени, расположенные в нижних и средних отделах легких (хлопья тающего снега).

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз,

2. Перечислите необходимые неотложные мероприятия.

3. Каковы могут быть отдаленные последствия данного патологического процесса?

Задача 4. Больной Г., 40 лет, был доставлен в пульмонологическое отделение с жалобами на интенсивный кашель с отхождением слизистой мокроты с примесью крови, одышку смешанного характера, жжение в полости носа, глотке, за грудиной, слезотечение, осиплость голоса. Из анамнеза стало известно, что больной работал слесарем по хлорированию воды в бассейне. В этот день вытекающая в бассейн вода имела зеленый цвет и резкий запах хлора. При объективном обследовании обнаружены: температура тела 37,40С, гиперемия слизистой оболочки глаз, полости носа, глотки, голосовых связок, отечность языка. В легких выслушивалось жесткое везикулярное дыхание, небольшое количество рассеянных сухих хрипов. При спирометрическом исследовании патологии не выявлено. На рентгенограмме органов грудной клетки – небольшое расширение корней легких и незначительное усиление легочного рисунка.

1. Сформулируйте диагноз, назначьте лечение. Каковы перспективы выздоровления у данного пациента?

2. Решите вопросы экспертизы трудоспособности.

Задача 5. Больной С., 39 лет, был направлен в отделение профпатологии областной больницы с жалобами на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты в небольшом количестве, слабость, потливость, периодически повышение температуры до субфебрильных цифр, увеличение количества мокроты. Из анамнеза известно, что кашель стал беспокоить больного около 4 лет назад. Кашель сначала был сухим, затем два года назад появилось небольшое количество слизисто-гнойной мокроты. Одышка усиливалась постепенно в течение четырех лет. С двадцатилетнего возраста работал на машиностроительном заводе в гальваническом цехе в условиях воздействия кислот и щелочей, окислов азота. Не курит. Частые простудные заболевания отрицает. Периодические осмотры проходил ежегодно, жалоб до настоящего времени не предъявлял (боялся потерять работу). При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отеков нет, грудная клетка эмфизематозна, межреберные промежутки расширены, число дыхательных движений – 18 в минуту. При перкуссии звук легочный с коробочным оттенком; при аускультации дыхание везикулярное диффузно ослаблено, на вдохе и выдохе рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца несколько ослаблены, ритм правильный, число сердечных сокращений – 82 в минуту, артериальное давление – 130/80 мм.рт. ст. При проведении спирометрии выявлены умеренные изменения функции внешнего дыхания по смешанному типу, генерализованная обструкция, жизненная ёмкость лёгких снижена умеренно.

1. Установите предварительный диагноз;

2. Какие документы необходимы для решения вопроса о связи заболевания с профессией;

3. Составьте план дополнительного обследования.

Тема 5. Профессиональные заболевания от воздействия химических веществ.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Вопросы патогенеза хронической свинцовой интоксикации.

- Клиническая картина свинцовой интоксикации: поражение нервной системы, системы крови, желудочнокишечного тракта.

- Классификация свинцовой интоксикации.

- Диагностика свинцовой интоксикации.

- Лечение и профилактика свинцовой интоксикации

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больная Г., 38 лет. В течение 19 лет работала прядильщицей химического волокна в контакте с сероуглеродом в концентрациях выше ПДК в 3-10 раз. Анамнез неотягощен. Считает себя больной около 5-6 лет. Поступила с жалобами на боли и онемение в руках и ногах, головные боли, головокружение, повышенную утомляемость. В неврологическом статусе: ЧМН - непостоянный горизонтальный нистагмоз в обе стороны. Снижен корнеальный рефлекс. Гипалгезия по полиневритическому типу в виде «перчаток» и «носок». Координация и статика - норма. Сухожильные рефлексы средней живости, патологических знаков нет. Брюшные живые, равномерные, подошвенные не вызываются. Кисти и стопы влажные, прохладные, с мраморным оттенком. Колебания АД от 110/70 до 145/90 мм рт. ст. Эмоционально лабильна.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз /стадия, синдром/.

2. Укажите дополнительные методы обследования в данном случае.

3. Вынесите экспертное заключение о трудоспособности больной.

Задача 2. Больной Д., 22 лет работал цеховым лаборантом на химическом заводе в контакте с карбонил никеля, карбонил лития, хлоридом бериллия, сульфатом бериллия. Через четыре часа от начала работы почувствовал резь в глазах, появились слезотечение, насморк, охриплость голоса, стеснение в груди, сухой кашель, который усилился к концу смены. Дома

самочувствие оставалось прежним. Взывал бригаду «скорой помощи» и был доставлен в профпатологическое отделение. При объективном обследовании: температура – 37,20С; перкуторно легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, небольшое количество рассеянных сухих хрипов. Общий анализ крови без патологии. На рентгенограмме грудной клетки небольшое усиление легочного рисунка. На третий день нахождения в стационаре на фоне проводимого лечения (щелочные и масляные ингаляции, санорин в нос, лазолван в сиропе, ДМВ на корни легких, УВЧ на нос) жалобы прекратились. Но на пятый день госпитализации самочувствие ухудшилось: появились слабость, разбитость, повышение температуры до 38,80С. При аускультации в нижних отделах справа участок влажных хрипов, там же перкуторно притупление звука. На повторной рентгенограмме легких справа в проекции нижней доли – участок инфильтрации. В анализе крови: лейкоциты – 15,9 · 10¹²/л, нейтрофильный сдвиг влево. При расследовании причин заболевания было выяснено и зафиксировано в санитарно-гигиенической характеристике условий труда, что в одном из шкафов лаборатории был разлит карбонил лития с превышением ПДК В 7,6 раза. Подобные симптомы появились у 4 человек. Периодические профилактические осмотры проходил регулярно, к работе допускался.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз;

2. Что было неправильным в тактике лечения данного больного?

Задача 3. Больная Ф., 42 года, в течение 21 года работает лаборантом в химической лаборатории завода, имея постоянный контакт с металлической ртутью. Во время периодического медицинского осмотра предъявляла жалобы на головную боль распространенного характера, нарушение памяти, раздражительность, плаксивость, снижение работоспособности, нарушение сна, дрожание пальцев рук. При осмотре выявлено равномерное оживление сухожильных рефлексов по функциональному типу, тремор век и пальцев вытянутых рук (асимметричный), выраженный красный дермографизм, общий гипергидроз. Пульс 96 уд/мин, ритмичный, АД 150/100 мм рт. ст. В остальном изменений не выявлено.

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. проведите дифференциальную диагностику.

укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза,

3. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Задача 4. У больного Б., 44 года, электромонтера литейного цеха свинцового производства диагностирована свинцовая интоксикация легкой степени. Предполагается полное выздоровление после прекращения контакта с производственной вредностью.

1. Определите вид утраты трудоспособности.

2. Требуется ли больничный лист в данном случае?

3. Кто решает вопросы трудоспособности в данном случае?

Задача 4. При проведении периодического медицинского осмотра у одного из намазчиков свинцовых пластин, работающего на аккумуляторном заводе, обнаружены следующие показатели периферической крови: НЬ 14,8 г/л, число эритроцитов 4,2 · 10¹² /л, цветной показатель 0,98, число лейкоцитов 5,8 · 10⁹ /л, ретикулоцитов 20 ‰, эритроцитов с базофильной зернистостью 38 ‰. В моче обнаружено 0,08 мг/л свинца. Жалоб рабочий не предъявляет, объективно со стороны внутренних органов без особенностей.

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. проведите дифференциальную диагностику, укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза.

Тема 6. Профессиональные заболевания опорно-двигательного аппарата, обусловленные физическими перегрузками.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Охарактеризуйте условия, которые могут быть причиной профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата. Перечислите примерные профессии, в которых они могут возникнуть.
- Каковы причины возникновения профессиональной вегетативной полиневропатии?
- Проведите дифференциальную диагностику профессиональной вегетативной полиневропатии.
- Опишите клинические особенности шейно-плечевой и пояснично-крестцовой радикулопатии.
- Охарактеризуйте клиническую картину плечелопаточного периартрита, методы лечения и медико-социальной экспертизы.
- Каково диагностическое значение рентгенологических исследований при этом заболевании?
- Расскажите о патогенезе эпикондилита, проведите дифференциальную диагностику с артритом и артрозами локтевого сустава.
- Расскажите о клинических симптомах профессиональных миозитов, методах их диагностики. Как решают вопросы трудоспособности?
- Назовите профессии, в которых возможно развитие координаторных неврозов. Каковы их клиническая картина и методы лечения и профилактики?
- Назовите факторы риска формирования асептических остеонекрозов.
- Экспертиза трудоспособности при вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации.
- Профессиональные заболевания у электросварщиков.
- Основные формы профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата, экспертиза трудоспособности.
- Диагностика профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата, лечение и экспертиза трудоспособности.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больная Ф., 36 лет, обратилась в профцентр с жалобами на боли в дистальных отделах рук, побеление концевых фаланг пальцев верхних конечностей, которые появляются при общем охлаждении, особенно в холодное время года. Больна около 2 лет, к врачам не обращалась. Работает полировщицей на наждачных кругах. Объективно со стороны внутренних органов изменений не выявлено. Руки холодные на ощупь, кончики пальцев слегка отечны и цианотичны, отмечается «кружневой рисунок» кистей, положительный симптом «белого пятна»; трофических нарушений нет.

1. сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз;
2. Укажите, какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза.

Задача 2. Больной С., 36 лет, штукатур с 14-летним стажем. При прохождении периодического медосмотра предъявлял жалобы на боли в правом плечевом суставе, особенно в начале работы. Боли усиливаются при подъеме и переноске тяжестей и отведении плеча. Объективно: при одевании и снятии одежды заметно щажение руки. Контуры плечевых суставов не изменены, закладывание руки за спину неосуществимо из-за болей. Пальпация большого бугорка плеча и верхнего края дельтовидной мышцы болезненна. Отмечается хруст при движениях в плечевом суставе. Объективные данные со стороны внутренних органов без отклонений от нормы. Рентгенограмма плечевых составов: склероз площадки большого бугорка правой плечевой кости. Рентгенограмма шейно-грудного отдела позвоночника без патологии. Динамометрия: слева - 40 кг, справа - 15 кг.

1. сформулируйте диагноз.
2. назначьте лечение и оцените медико-социальный прогноз.

Задача 3. В клинику профессиональных болезней поступил тракторист, 38 лет, со стажем работы 14 лет. Жалуется на головные боли, головокружения, боль в поясничной области, иррадирующую в ногу (вплоть до стопы); тошноту и боли в области эпигастрия, снижение аппетита, раздражительность, нарушение сна, снижение слуха. Данные объективного

исследования. Клинический анализ крови: эритроциты - 4,2-10¹², гемоглобин - 141 г/л, лейкоциты - 8,8-10⁹, СОЭ - 12 мм/ч, ретикулоциты - 5 %, сахар - 5,5 ммоль/л. Анализ мочи без патологических изменений. Пульс 85 уд./мин, артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем без особых отклонений от нормы. При пальпации живота болезненность в области эпигастрия. Пальпация паравертебральных точек в области поясничного отдела позвоночника болезненна. Легкое снижение болевой чувствительности на конечностях, асимметрия коленных рефлексов. Отмечается выраженное напряжение паравертебральных мышц, уменьшающееся в положении лежа. Положительные лабиринтные пробы - отолитовая реакция II степени. При рентгеноскопии органов брюшной полости умеренное опущение желудка, нарушение его моторной функции. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника явления остеохондроза. Снижение слуховой чувствительности на высоких частотах (4000-8000 Гц) до 50 дБ.

- 1) установите предварительный диагноз;
- 2) составьте план обследования для уточнения диагноза;
- 3) назначьте лечение;
- 4) дайте рекомендации по реабилитации больного.

Задача 4. Пациент Т., 32 года, работает формовщиком в течение 6 лет. Ранее работал водителем грузового автотранспорта. По данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда, работа формовщика связана со значительным статическим и динамическим физическим напряжением, сочетающимся с часто повторяющимися однообразными движениями рук. Спустя 5 лет от начала работы формовщиком он стал замечать появление тупых болей в правой руке, особенно при физических нагрузках. Вскоре присоединились парестезии в пальцах правой кисти в ночное время. Объективно: мышцы предплечий и плеч развиты хорошо. Справа фасции истончены, пальпируются болезненные уплотнения округлой формы. Наибольшая болезненность отмечается в области прикрепления разгибателей к кости и правого мыщелка плечевой кости. По результатам динамометрии сила правой руки равна 23 кг, левой - 42 кг.

- 1) установите и обоснуйте диагноз;
- 2) назначьте лечение;
- 3) дайте медико-социальный прогноз при данном заболевании;
- 4) определите комплекс реабилитационных мероприятий.

Задача 5. Пациент Н., 37 лет, в течение 10 лет работает в парфюмерно-косметическом объединении. Работа заключается в навинчивании крышек из пластмасс на тюбики для пасты, крема. За смену завинчивает до 11 тыс. крышек. Обратилась к цеховому врачу с жалобами на слабость в правой руке, боли в правом лучезапястном суставе при выполнении производственных операций, особенно при движениях большого пальца. Боли появились около 3 месяцев назад. Дома принимала анальгин, но значительного облегчения не получала. Объективно: патологии со стороны внутренних органов не отмечено; движения в правом лучезапястном суставе болезненны, особенно при ульнарном отведении, имеется припухлость в области шиловидного отростка лучевой кости и сглаженность области «анатомической табакерки».

- 1) поставьте предварительный диагноз;
- 2) составьте план обследования;
- 3) решите вопрос трудоспособности;
- 4) определите объем мероприятий по реабилитации.

Задача 6. Пациентка Н., 40 лет, работает на кожевенном заводе увлажнительницей кож. Стаж в этой профессии - 12 лет. В течение рабочей смены поднимает обеими руками до 4000 тяжелых кусков кожи и правой рукой забрасывает их в специальные клетки, высота которых 1,7 м. Два года назад стала отмечать боли в правом плечевом суставе, особенно при одевании, причесывании. Постепенно усиливалась слабость в правой руке. Объективно: пульс - 74 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД - 125/80 мм.рт.ст. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Язык влажный, зев чистый. Живот при пальпации

безболезненный. Движения в правом плечевом суставе умеренно болезненны, особенно при отведении руки и закладывании за спину. Пальпация большого бугорка правого плеча умеренно болезненна. Мышечная сила слева - 30 кг, справа - 21 кг. Анализ крови: гемоглобин - 180 г/л, эритроциты - 3,5-10¹² клеток/л, цветовой показатель - 1, лейкоциты - 5,5-10⁹ клеток/л, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 38 %, моноциты — 12 %, СОЭ - 14 мм/ч. Анализ мочи без отклонений от нормы. На рентгенограмме шейно-грудного отдела позвоночника костно-деструктивных изменений не выявлено. На рентгенограммах плечевых суставов патологии не имеется.

1) сформулируйте диагноз;

2) назначьте лечение;

3) дайте заключение о дальнейшей трудоспособности больной.

Тема 7. Профессиональные заболевания от воздействия биологических факторов.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Распространенность биологического фактора в промышленности и сельском хозяйстве.

Гигиеническая классификация.

- Профессиональные антропозоозы и их профилактика. Распространенность в отдельных отраслях производства. Меры профилактики.

- Микроорганизмы, продуценты и продукты микробного синтеза, биологическая и гигиеническая характеристика. Гигиеническое нормирование.

- Влияние на иммунный статус организма. Неспецифические изменения в организме.

- Назовите основные биологические факторы, вызывающие развитие профессиональных заболеваний.

- Укажите, в каких профессиях возможно воздействие антибиотиков и продуктов микробиологического синтеза на работающих.

- Каковы особенности технологического процесса при производстве антибиотиков и продуктов микробиологического синтеза, способствующие развитию профессиональных заболеваний?

- Опишите особенности производственной среды у работников птицеводства и животноводства.

- Опишите сущность феноменов элиминации и реэкспозиции при формировании профессиональных аллергозов при воздействии факторов биологической природы.

Раздел 10. Внутренние болезни.

Тема 1. Обследование больных с заболеваниями органов дыхания. Клинические синдромы в пульмонологии. Бронхит острый и хронический.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Какие известны типы патологического дыхания?

- Что представляет собой голосовое дрожание, механизм его возникновения и техника определения?

- Какие разработаны способы перкуссии?

- Каковы цели и задачи сравнительной и топографической перкуссии?

- Каковы особенности сравнительной перкуссии легких спереди, сзади?

- Какой перкуторный звук при повышенной воздушности легких?

- Какой перкуторный звук при уплотнении легких?

- Какой перкуторный звук в легком над полостью в легких?

- Какой перкуторный звук при наличии жидкости в плевральной полости?

Каков перкуторный звук при наличии воздуха в плевральной полости?

- Какова высота стояния верхушек легких спереди и сзади?

- По каким линиям определяется нижняя граница легких слева и справа?

- Какова причина смещения границ легких вниз?

- Какие известны способы аускультации?
- Какие дыхательные шумы относятся к основным?
- Какова характеристика везикулярного дыхания?
- Чем отличается жесткое дыхание от везикулярного?
- Что собой представляет бронхиальное дыхание и в каких местах лучше выслушивается?
- Что собой представляет амфорическое дыхание, механизм его возникновения?
- Что собой представляют побочные дыхательные шумы?
- Что собой представляют сухие хрипы, их разновидности и механизм возникновения?
- Что собой представляют влажные хрипы, их разновидности и механизм возникновения?
- Что собой представляет крепитация, механизм ее возникновения?
- Что собой представляет шум трения плевры, механизм его возникновения?
- Чем влажные хрипы отличаются от крепитации и шума трения плевры?
- Каковы причины появления бронхофонии, техника ее определения?
- Какова аускультативная картина при повышенной воздушности легочной ткани?
- Какова аускультативная картина при уплотнении легочной ткани?
- Какова аускультативная картина при сужении просвета бронхов?
- Какова аускультативная картина при наличии полости в легком?
- Какова аускультативная картина при наличии в бронхах жидкого содержимого?
- Какова аускультативная картина при наличии жидкости или воздуха в плевральной полости?
- Факторы риска хронического бронхита.
- Особенности этиологии при различных формах хронического бронхита.
- Основные патогенетические механизмы развития и прогрессирования хронического бронхита.
- Основные клинические симптомы и синдромы бронхита.
- Тактика лечения больных хроническим бронхитом.
- Основные клинические симптомы и синдромы.
- Определение бронхита.
- Факторы риска хронического бронхита.
- Особенности этиологии при различных формах хронического бронхита.
- Основные патогенетические механизмы развития и прогрессирования хронического бронхита.
- Основные клинические симптомы и синдромы бронхита.
- Методы обследования, применяемые для постановки диагноза

Тестовый контроль:

1. Диагноз острого бронхита основывается

- +а) на клинических данных
- б) на лабораторных данных
- в) на данных биохимических исследований
- г) на исследованиях мокроты
- д) на рентгенологических изменениях в легких

2. Затяжное течение острого бронхита характеризуется сохранением более 2 недель

- +а) сухого кашля, сухих хрипов
- б) кашля с отхождением мокроты
- в) одышки экспираторного типа
- г) все перечисленное

3. Об осложнении острого бронхита бронхопневмонией свидетельствует все перечисленное, кроме

- а) появления гнойной мокроты
- б) появления "второй волны" интоксикации (повышение температуры, лейкоцитов и др.)
- +в) очагового укорочения перкуторного звука
- г) появления локальных мелкопузырчатых хрипов

4. Показаниями к применению антибактериальных средств у больных с острым бронхитом являются все перечисленные, кроме
- а) ослабления и пожилого возраста больного (для профилактики пневмонии)
 - б) интоксикации
 - в) затяжного характера болезни
 - г) гнойной мокроты
 - +д) острой эмфиземы
5. При остром бронхите показано назначение отхаркивающих средств
- +а) рефлекторного действия
 - б) щелочей
 - в) и тех, и других
6. Отхаркивающие средства могут вызывать все перечисленное, кроме
- а) усиления секреции бронхиальных желез
 - б) разжижения мокроты
 - в) усиления моторной функции бронхов
 - г) углубления дыхания
 - +д) учащения дыхания
7. В развитии хронического бронхита главными инфекционными агентами являются все перечисленные, кроме
- а) пневмококков
 - б) гемофильной палочки
 - +в) палочки Фридлендера
8. Хронический бронхит по уровню поражения делится на все перечисленное, кроме
- а) проксимального
 - +б) ограниченного
 - в) дистального
9. В развитии хронического бронхита играют роль
- а) изменения гормонального фона организма
 - б) наследственная предрасположенность
 - +в) наличие очагов инфекции в верхних дыхательных путях
 - г) снижение фагоцитарной деятельности альвеолярных макрофагов
 - д) изменения электролитного состава слизи
10. Подтверждают диагноз активности хронического бронхита
- а) клинические данные
 - б) показатели анализа крови и СОЭ
 - в) определения сиаловых кислот, протеинограммы, серомукоида, С-реактивного протеина
 - +г) цитологическое исследование мокроты
 - д) ангиография легких
11. Хронический бронхит в стадии ремиссии характеризуется
- а) наличием интоксикации
 - +б) отсутствием физикальных изменений в легких
 - в) наличием признаков дыхательной недостаточности
 - г) умеренным кашлем с выделением мокроты
 - д) нарушением работоспособности
12. Чем обусловлено повышение давления в легочной артерии при хроническом бронхите?
- а) гипервентиляцией легких
 - +б) альвеолярной гипоксией
 - в) повышением вязкости крови
 - г) сдвигом реакции крови в сторону ацидоза
 - д) уменьшением насыщения артериальной крови кислородом
13. Признаки необструктивного бронхита в стадии обострения
- а) наличие дыхательной недостаточности

б) появление симптомов легочного сердца

+в) кашель с выделением мокроты

г) сохранение трудоспособности

д) тяжёлая интоксикация

14. В диагностике хронического бронхита имеет значение

а) длительный кашель

б) наличие дыхательной недостаточности

в) инфицирование слизистой оболочки бронхов

г) бронхоспазм

+д) давность заболевания

15. Хронический бронхит - это

а) хроническое двустороннее воспаление слизистой оболочки дыхательных путей

б) хроническое диффузное воспаление слизистой оболочки дыхательных путей, вызываемое неспецифической инфекцией

в) хроническое двустороннее и симметричное прогрессирующее воспаление слизистой оболочки дыхательных путей

+г) хроническое диффузное, но симметричное, прогрессирующее воспалительное заболевание с преимущественным поражением воздухоносных путей и ведущее к их обструкции

16. Вялотекущий хронический бронхит характеризуется

а) отсутствием бронхоспазма в стадии ремиссии

+б) отсутствием бронхоспазма в стадии ремиссии и обострения

в) постоянным бронхоспазмом в стадии ремиссии

г) постоянным бронхоспазмом в стадии обострения

д) постоянным бронхоспазмом в стадии ремиссии и обострения

17. Рентгенологическими признаками хронического бронхита могут быть все перечисленные, кроме

а) повышенной прозрачности легочных полей

б) уплощения купола диафрагмы

в) усиления легочного рисунка

+г) диссеминации

18. Курение способствует развитию хронического бронхита вследствие негативного влияния оксидантов сигаретного дыма

+а) на альвеолярные макрофаги

б) на ингибитор эластазы

в) на альфа1-антитрипсин

г) на аминокислотный состав мокроты

д) на активность гематоксического фактора нейтрофилов

19. Хроническим бронхитом чаще заболевают

а) подростки, девочки

б) молодые люди, мужчины

в) лица среднего возраста, мужчины

+г) лица пожилого возраста, мужчины

20. У молодых людей причиной хронического бронхита чаще бывает

а) врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей

б) рецидивирующая вирусная инфекция дыхательных путей

в) рецидивирующая или хроническая бактериальная инфекция верхних дыхательных путей

+г) курение

д) хроническое раздражение слизистой дыхательных путей поллютантами (аэрозоли промышленных выбросов, табачный дым и т.д.)

21. У лиц старшего возраста причиной хронического бронхита чаще бывает

- а) врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей*
- б) рецидивирующая вирусная инфекция дыхательных путей*
- в) рецидивирующая или хроническая бактериальная инфекция верхних дыхательных путей*
- г) курение*
- +д) хроническое раздражение слизистой дыхательных путей поллютантами (аэрозоли промышленных выбросов, табачный дым и т.д.)*

Практические навыки:

- 1. Владение методами клинического обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания. (сбор анамнеза, анализ жалоб, перкуссия, аускультация, пальпация).*
- 2. Умение выделить клиническую проблему и предложить ее решение.*
- 3. Составление плана обследования и лечения больного.*
- 4. Умение правильно собрать мокроту, провести окраску по Граму, провести анализ результатов.*
- 5. Проводить спирографическое исследование и сделать заключение по результатам.*
- 6. Умение провести кожные пробы с аллергенами, с туберкулином и интерпретация результатов.*
- 7. Уметь провести ЭКГ исследования и интерпретация результатов.*
- 8. Умение оказать неотложную медицинскую помощь: искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.*
- 9. Проведение плевральной пункции и оценка результатов исследования.*
- 10. Проводить методику бронхологического обследования и уметь оценить результаты обследования.*
- 11. Проводить методику рентгенологического обследования и уметь оценить результаты обследования.*
- 12. Провести исследование газового состава крови с анализом результатов исследования.*
- 13. Владеть методами проведения интенсивной терапии при неотложных состояниях в пульмонологии (острая дыхательная недостаточность, анафилактический и инфекционнотоксический шок, кровотечение, гидро- и пневмоторакс и т.д.)*
- 14. Знать методы и уметь провести занятия по лечебной физкультуре и дыхательной гимнастике, постуральному дренажу.*

Тема 2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Эмфизема легких

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение ХОБЛ.*
- Этиология и патогенез ХОБЛ.*
- Особенности этиологии ХОБЛ у женщин.*
- Особенности патогенеза ХОБЛ у пожилых.*
- Современная классификация ХОБЛ.*
- Основные клинические симптомы и синдромы.*
- Особенности течения ХОБЛ у пожилых.*
- Особенности диагностики ХОБЛ у женщин.*
- Осложнения ХОБЛ.*
- Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая.*
- Дифференциальный диагноз.*
- Принципы медикаментозной терапии в зависимости от степени тяжести и стадии заболевания (показания к применению антибиотиков, бронхолитиков, муколитиков, противокашлевых средств, гормональной терапии).*
- Эмфизема легких. Определение понятий Терминологические отличия.*
- Этиология, основные причины развития эмфиземы легких.*
- Патогенез развития эмфиземы легких.*

- Классификация эмфиземы легких.
- Основные клинические проявления эмфиземы легких.
- Лабораторно-инструментальная диагностика заболеваний.
- Основные принципы патогенетической, симптоматической терапии эмфиземы легких.

Тестовый контроль:

1. Для хронической обструктивной болезни легких характерны все признаки, кроме:

- а) коробочный перкуторный звук;
- б) удлиненный выдох;
- в) рассеянные сухие хрипы на выдохе;
- +г) бронхиальное дыхание;
- д) экспираторная одышка.

2. Для хронической обструктивной болезни легких не характерен следующий симптом:

- а) коробочный звук;
- +б) инспираторная одышка;
- в) удлиненный выдох;
- г) сухие хрипы на выдохе;
- д) часто непродуктивный кашель.

3. Признаком бронхообструктивного синдрома при хронической обструктивной болезни легких являются:

- +а) жесткое дыхание;
- б) ослабленное везикулярное дыхание;
- в) удлинение фазы вдоха;
- г) крепитация;
- д) влажные хрипы;

4. Осложнением хронической обструктивной болезни легких является:

- а) митральный стеноз;
- +б) эмфизема легких;
- в) тромбоэмболия ветвей легочной артерии;
- г) аортальный стеноз;
- д) гидроторакс;

5. К необратимым компонентам бронхиальной обструкции при хронической обструктивной болезни легких относят все, кроме:

- а) фибропластические изменения стенок бронхов;
- +б) спазм мускулатуры бронхов;
- в) стеноз и деформация бронхов;
- г) экспираторный коллапс мелких бронхов;
- д) правильного ответа нет.

6. У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких методом пальпации можно выявить:

- +а) ригидность, расширение межреберных промежутков;
- б) бронхофонию над пораженным участком легкого;
- в) крепитацию;
- г) усиление голосового дрожания над пораженным участком легкого;
- д) узкие, запавшие межреберные промежутки.

7. К факторам риска развития хронической обструктивной болезни легких относят все, кроме:

- а) курение;
- б) низкий вес при рождении;
- в) дефицит альфа-1-антитрипсина;
- г) семейный характер заболевания;
- +д) сердечно-сосудистые заболевания с застойными явлениями в малом круге кровообращения.

8. Признаками хронической обструктивной болезни легких является все, кроме:

- а) диффузный характер поражения бронхов;
- +б) очаговое поражение бронхов;
- в) хроническое волнообразное течение заболевания;
- г) основные проявления болезни – кашель, одышка, выделение мокроты;
- д) все ответы правильные.

9. Эмфизема легких – это:

- +а) увеличение воздушных пространств, расположенных дистальнее терминальных бронхиол;
- б) увеличение жизненной емкости легких;
- в) снижение воздушности части альвеол;
- г) воспалительные изменения в нижней части легких;
- д) скопление жидкости между плевральными листками.

10. Синдром повышенной воздушности легких характерен для:

- а) пневмоторакса;
- +б) эмфиземы легких;
- в) полости в легких, связанной с бронхом;
- г) сухого плеврита;
- д) выпотного плеврита.

11. Для синдрома повышенной воздушности легких характерно:

- +а) ослабление голосового дрожания на пораженной стороне;
- б) при аускультации - усиление на пораженной стороне дыхания и бронхофонии;
- в) выбухание пораженной половины грудной клетки;
- г) при перкуссии - притупленный звук на пораженной стороне;
- д) отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания.

12. Основным клиническим симптомом эмфиземы легких:

- а) кашель;
- +б) одышка;
- в) боль в грудной клетке;
- г) кровохарканье;
- д) изжога.

13. Аускультативным признаком необструктивной эмфиземы легких является: Варианты ответа:

- +а) ослабленное везикулярное дыхание;
- б) жесткое дыхание;
- в) усиленное везикулярное дыхание;
- г) бронхофония;
- д) жесткое дыхание с продолжительным выдохом.

14. Наиболее характерными рентгенологическими признаками эмфиземы легких являются все, кроме:

- а) увеличения площади легочных полей;
- +б) мелкоочаговых плотных тканей в нижних долях обоих легких;
- в) горизонтальное положение ребер;
- г) расширение корней легких;
- д) повышение прозрачности легких.

15. Клинико-патогенетическими вариантами необструктивной эмфиземы легких являются:

- а) первичная (наследственный дефект α -1-антитрипсина) эмфизема;
- +б) викарная, старческая;
- в) острая эмфизема при бронхиальной астме;
- г) вторичная эмфизема при хронической обструктивной болезни легких;
- д) правильного ответа нет.

16. Какие препараты следует назначить больному с ХОБЛ клинической группы В:

- а. Беротек;

- б. Атенолол;
- в. Глюкокортикостероиды ингаляционные;
- г. Сердечные гликозиды;
- +д. Тиотропиум бромид

17. У больного, находящегося трое суток на ИВЛ по поводу усугубления ДН на фоне ХОБЛ, через интубационную трубку выделяется большое количество вязкой мокроты. Лечебная тактика?

- а. введение больших доз эуфиллина;
- +б. санационная бронхоскопия;
- в. терапия стероидными гормонами.
- г. Беродуал
- д. Азитромицин

Ситуационные задачи:

Задача 1. Пациент К. 57 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8°C. Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приёмный покой городской больницы. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность нади подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла. Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/л$, Hb -165 г/л, Ht - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88% ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 2. Мужчина 56 лет обратился к врачу-терапевту участковому с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение 10 температуры тела до 37,4°C. Кашель с мокротой отмечает в течение 10 лет. Обострения

заболевания 3-4 раза в год, преимущественно в холодную сырую погоду. Около 2 лет назад появилась одышка при физической нагрузке, мокрота стала отходить с трудом. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день. При осмотре: лицо одутловатое, отмечается теплый цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. Над легочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет. Анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты - $9,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч. Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, легочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднен на периферии, корни легких расширены, выбухание ствола легочной артерии. Инфильтративных изменений не выявлено. ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка. Данные спирографии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Критерии назначения антибактериальной терапии при данном заболевании
5. Определите показания к госпитализации.

Задача 3. Больной М. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение. Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. Одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать за последний год. В течение последнего месяца, после перенесенного ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела желто-зеленый цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат). Объективно: общее состояние средней тяжести. Легкий акроцианоз. Больной пониженного питания, грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких - дыхание ослабленное, в нижних отделах легких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинён. При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. На ЭКГ: рубцовые изменения на боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тифно - 57,2. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза легких. Общий анализ мокроты: лейкоциты - до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз. Определите индекс курильщика у больного.
3. Составьте и обоснуйте план дообследования больного.
4. Какая базисная терапия необходима больному в соответствии с его диагнозом?
5. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте почему.

Задача 4. Больной В. 56 лет поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении (из-за одышки больной не мог выходить из дома), кашель с гнойной мокротой, отеки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенес пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышении температуры до 37-39°C принимал антибиотики и сульфаниламиды. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния наступило в последние 4 месяца, когда после простуды и повышения температуры (до 38°C) впервые появились отеки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. Анамнез

жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает на вредном производстве – в литейном цехе. Туберкулезом ранее не болел, контакт с больными туберкулезом отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей. Состояние тяжелое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь теплые, отеки голеней, бедер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. При перкуссии над легкими - коробочный звук и опущение нижних границ легких. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД - 36 в минуту. Границы сердца в норме. Эпигастральная пульсация, тоны сердца глухие, акцент II тона на легочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД - 100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объеме из-за асцита. Печень выступает из-под реберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации. Рентгенограмма – диффузное усиление легочного рисунка, горизонтальный ход ребер, признаки эмфиземы легких, уплощение купола диафрагмы и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях. ЭКГ: синусовая тахикардия, правограмма. Признаки перегрузки правого предсердия и правого желудочка. Смещение переходной зоны влево до V4. Анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель - 1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты - 3%, лейкоциты - $12,5 \times 10^9 /л$, базофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты – $33 \times 10^9 /л$, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч. 17

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Задача 5. Больной Г. 55 лет поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с желтой вязкой мокротой до 150 мл\сутки, сердцебиение, слабость, потливость. В течение 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500 метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает Эуфиллин внутрь. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты. Работает водителем. Курит. Индекс курения - 120 пачко-лет. Алкоголь употребляет 2 раза в месяц понемногу. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Состояние тяжелое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - 36,8°C. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на легочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края 18 реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - $10,6 \times 10^9 /л$; эозинофилы - 0%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты - 20%; моноциты - 5%. СОЭ - 22 мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Легочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол легочной артерии. Спирограмма: индекс Тиффно – 65; ОФВ1 после БДТ - 29%. КЩС - pO_2 , 46 мм рт. ст., SaO_2 - 78%.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы вы бы рекомендовали в качестве неотложной помощи и в качестве базисной терапии для лечения ХОБЛ? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии пациент бросил курить, отметил уменьшение одышки, купированы отеки. При осмотре гепатомегалия не определяется. ЧД – 24 в минуту. В легких при аускультации единичные сухие хрипы. ОФВ1 – 32% от должной величины, индекс Тиффно – 64%. Пиковая скорость выдоха – 35% от должной величины. КЩС - рО₂, 70 мм рт. ст., SaO₂ – 90. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Тема 3. Пневмония.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Что такое пневмония?
- На чем основана классификация пневмоний?
- Какова этиология пневмоний?
- Каковы факторы риска развития пневмоний?
- Каковы основные клинические проявления пневмоний?
- Каковы особенности отдельных пневмоний в зависимости от этиологии?
- Какие осложнения пневмоний известны?
- Как определяют критерии тяжести пневмонии?
- В чем заключаются принципы лечения пневмоний?
- Каков выбор антибактериальных препаратов при внебольничных пневмониях?
- Какие антибактериальные препараты применяют при внутрибольничных пневмониях?
- В чем заключается выбор антибактериальных препаратов при лечении пневмонии в зависимости от этиологии?
- Что входит в комплексное лечение пневмоний наряду с антибактериальной терапией?
- Крупозная пневмония: определение, синонимы, этиология, патогенез, стадии течения и их морфологическая характеристика. Легочные и внелегочные осложнения и их морфологическая характеристика. Патоморфоз.
- Бронхопневмония: определение, этиология, патогенез, морфологические особенности очаговых пневмоний в зависимости от возбудителя. Легочные осложнения.
- Межуточная пневмония: определение, синоним, этиология, патогенез, формы и их морфологическая характеристика, осложнения, исход в зависимости от течения.
- Острые респираторные вирусные инфекции (грипп, парагрипп и респираторно-синцициальная инфекция).

Ситуационные задачи:

Задача 1. Пациент А. 45 лет, инженер, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39° С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное

дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочевыделение свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9 /л$, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.

5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - $11 \times 10^9 /л$, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 2. Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°С в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенес ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

Задача 3. Мужчина 47 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С градусов, кашель с трудноотделяемой мокротой «ржавого» цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение. Из анамнеза известно, что пациент заболел 3 дня назад – после переохлаждения повысилась температура тела, появился кашель. Лечился самостоятельно (Аспирин, Парацетамол), но состояние ухудшалось: появились вышеперечисленные жалобы. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, цианоз губ, кончиков пальцев. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в IV-V межреберье по среднеключичной линии справа. При аускультации в том же отделе дыхание бронхиальное, крепитация. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 85/50 мм рт. ст. Сатурация – 80%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В общем анализе крови: лейкоциты – $22 \times 10^9 /л$, юные формы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы –

23%, сегментоядерные нейтрофилы - 30% , эозинофилы - 2%, лимфоциты - 30%, моноциты - 5%. СРБ – 125 мг/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова тактика лечения данного пациента, назовите препараты «стартовой» терапии и препараты резерва?
5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента после выписки из стационара?

Задача 4. Больной Р. 38 лет по профессии подсобный рабочий, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,0°C, кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, головную боль, слабость, в конечностях, потливость. Заболел остро после переохлаждения. Вредные привычки: курит более 15 лет по 20 сигарет в день; сопутствующих заболеваний нет. В последние несколько лет из Москвы не выезжал. Объективные данные: кожные покровы бледноватые, влажные. Обращает внимание повышенная потливость больного. Небные миндалины покрыты беловатым налетом, гиперемированы. В легких дыхание ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧД в покое до 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений. Лабораторные и инструментальные методы обследования. Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты $4,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11 \times 10^9 /л$, палочкоядерные – 28%, сегментоядерные – 57%; СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,99 г/л, гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: АЛТ – 58 ед/л; АСТ – 100 ед/л; креатинин – 115 мкмоль/л; фибриноген – 8 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Очаговых изменений миокарда, гипертрофии миокарда нет. Рентгенография органов грудной клетки: очаговая инфильтрация в базальных отделах правого легкого, деформация корня правого легкого.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска.
5. Через 3 дня терапии температура тела нормализовалась – 36,8°C, уменьшилась интоксикация (снижение слабости, потливости, улучшение аппетита), уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 5. Больной Р. 65 лет, пенсионер, при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, небольшую мокроту слизистого характера, головную боль, одышку, сердцебиение и слабость в конечностях. Заболел остро после переохлаждения. Больной страдает ИБС, хронической сердечной недостаточностью; принимает постоянную терапию (Периндоприл 2,5 мг 2 раза, Гидрохлортиазид 12,5 мг, Верошпирон 50 мг, Симвастатин 20 мг). Контакт с больными туберкулезом и инфекционными болезнями не было. В последние несколько лет из Москвы не выезжал. Объективно при осмотре: кожные покровы бледноватые, влажные, цианоз губ. Температура тела 37,8 °С. Язык обложен беловатым налетом. В легких дыхание ослабленное везикулярное, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются в нижнем отделе левого легкого. ЧД в покое до 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Дизурических явлений нет. Голени пастозны. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений. Клинический анализ крови: гемоглобин – 126 г/л; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $10,9 \times 10^9 /л$; палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 77%; СОЭ – 30 мм/час. Общий анализ мочи: относительная

плотность – 1012, белок – 0,33 г/л, в осадке лейкоциты – 2–4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: АЛТ – 38 ед/л; АСТ – 35 ед/л; мочевины – 9 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Признаки гипертрофии левого желудочка. Очаговых изменений миокарда нет. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка в базальных отделах левого легкого. ЭХО-КГ: умеренно расширены полости левого желудочка, гипертрофия задней стенки левого желудочка, фракция выброса – 45%.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 3 дня терапии температура нормализовалась – 36,6 °С, самочувствие улучшилось (одышки нет). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 6. В приемный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над легкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого легкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отеков нет. Анализ крови: лейкоциты - 21×10^9 /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час. АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: РН - 7,5; P CO₂ - 20; P O₂ - 50; ВЕ - 10.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Практические навыки:

1. Методы обследования больных (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
2. Сформулировать и обосновать предварительный диагноз.
3. Составить план исследования больного.
4. Сформулировать полный диагноз, провести необходимую дифференциальную диагностику.
5. «Чтение» и интерпретация рентгенограмм и томограмм органов грудной клетки
7. Проведение спирометрии и интерпретация результатов
8. Проведение проб с бронходилататорами
9. Проведение мониторинга бронхиальной проходимости с помощью пикфлоуметра
10. Катетеризация бронхов через нос и рот
11. Введение лекарств в бронхи
12. Работа с аэрозольными препаратами (небулайзерами)
13. Проведение постурального и позиционного дренажа бронхов
14. Оценка кислотно-основного состояния крови
15. Оценка результатов нагрузочных тестов

16. Оценка данных ангиопульмонографии
17. Радионуклеидная диагностика органов дыхания и оценка результатов.
18. Проведение лечебных и диагностических процедур.
19. Оказание первой врачебной помощи при неотложных состояниях:

Тема 4. Нагноительные заболевания легких. Болезни плевры.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Что такое гангрена легкого.
- Какова этиология абсцесса легкого.
- Каковы критерии классификации абсцесса легких по длительности.
- Какими возбудителями чаще вызывается абсцесс легких.
- Врожденные заболевания легких: гипоплазии, поликистоз, кисты легких, сосудистые аномалии. Диагностика и дифференциальная диагностика.
- Острый абсцесс. Классификация. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.
- Хронический абсцесс. Клиника, диагностика, лечение. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Хирургическое лечение.
- Гангрена легкого. Причины, клиника, диагностика. Принципы лечения.
- Бронхоэктатическая болезнь. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиника. - Диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению. Виды операций.
- Острый гнойный плеврит (эмпиема). Классификация. Клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Показания к дренированию плевральной полости.
- Хроническая эмпиема плевры. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Открытые, закрытые методы лечения.

Тестовый контроль:

1. Бронхи 1-2 порядка от других бронхиальных ветвей отличаются:

- а) наличием фиброзно-хрящевого слоя
- +б) внелегочной их локализацией
- в) отсутствием фиброзно-хрящевого слоя и заменой его мышечным
- г) внутрилегочной локализацией

2. Перфузия каких зон легких понижена?

- а) нижних
- б) латеральных
- +в) верхних
- г) средних
- д) медиальных

3. Иммунную систему составляют клетки:

- а) лимфоциты
- б) нейтрофилы
- в) макрофаги
- г) дендритные клетки селезенки
- д) эпителиальные клетки селезенки
- е) эпителиальные клетки тимуса и лимфатических узлов
- +ж) все перечисленные клетки

4. Органом иммунной системы, в котором происходит созревание и дифференцировка Т-лимфоцитов, является:

- а) костный мозг
- +б) вилочковая железа
- в) селезенка
- г) лимфатические узлы

5. Основным органом дифференцировки и онтогенеза В-лимфоцитов является:

- +а) костный мозг

- б) селезенка
в) вилочковая железа
г) лимфатические узлы
6. Синдром уплотнения легочной ткани характеризуется:
а) локальные изменения - притупление перкуторного тона, усиление голосового дрожания, жесткое дыхание с влажными мелкопузырчатые хрипы
+б) локальные изменения - притупление перкуторного тона, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными мелкопузырчатые хрипы
в) локальные изменения - коробочный перкуторный тон, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными разнокалиберными хрипами
7. Цианоз появляется при P_{aO_2} :
а) 80 мм рт. ст.
б) 70 мм рт. ст.
+в) 60 мм рт. ст.
г) 50 мм рт. ст.
8. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:
а) электролитов потовой жидкости
б) разности носовых потенциалов
в) молекулярно-генетическое исследование
+г) все перечисленное
9. При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции:
а) дыхательный объем
б) остаточный объем легких
+в) жизненная емкость легких
г) общая емкость легких
д) функциональная остаточная емкость легких
10. О наличие бронхоспазма свидетельствует прирост ОФВ1 от исходного после бронходилатационного теста более:
а) 10%;
б) 5%;
в) 1%;
г) 15%;
+д) 12%
11. Какие изменения спирометрии характерны для II стадии ХОБЛ
а) ОФВ1 более 80%
б) прирост ОФВ1 после бронхолитика более 20%
в) ОФВ1 менее 30%
+г) проба Тиффно менее 70%, ОФВ1 от 50%до 80%
д) проба Тиффно более 70%, ОФВ1 от 50%до 80%
12. Какой антибиотик не относится к группе макролидов:
а) кларитромицин
б) азитромицин
в) спирамицин
+г) гентамицин
13. К пролонгированным формам метилксантинов относят только:
+а) теотард;
б) беродуал;
в) нифекард;
г) эуфиллин;
д) симбикорт
14. Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких –

- а) нагноительный процесс в брюшной полости
- б) контаминация
- в) септическое состояние
- +г) аспирация

15. Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения:

- а) внебольничная
- +б) крупозная
- в) нозокомиальная
- г) аспирационная
- д) пневмония у лиц с иммунодефицитом

18. Какое лечение используют при кровохарканье:

- а) гепарин
- +б) этамзилат
- в) аскорил
- г) АЦЦ

19. В каком случае можно говорить о ложном кровохарканье

- +а) кровотечение из ЛОР органов
- б) кровотечение из БЭ
- в) кровохарканье из абсцесса
- г) кровохарканье при ТЭЛА

20. Характерными признаками легочного кровотечения являются

- +а) ярко-красный цвет крови
- б) цвета кофейной гущи
- в) темная кровь в виде сгустков
- г) наличие примеси пищи

Тема 5. Бронхиальная астма.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Что входит в определение понятия "бронхиальная астма".
- Какова классификация бронхиальной астмы.
- Каково значение эндокринных механизмов в развитии бронхиальной астмы.
- В чем состоит роль изменений нервной системы в патогенезе бронхиальной астмы.
- Этиология бронхиальной астмы, факторы риска.
- Каков механизм приступа удушья при бронхиальной астме?
- Физикальные данные у больного с бронхиальной астмой (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Данные дополнительных методов исследования (общий анализ крови, мокроты, рентгенологическая картина) у больных с бронхиальной астмой.
- Значение исследования функции внешнего дыхания у больных с бронхиальной астмой.

Тестовый контроль:

1. Оценить активность воспалительного процесса у больных БА позволяет все, за исключением:

- а) бронхоальвеолярного лаважа
- +б) спирометрического исследования
- в) биопсии слизистой бронхов
- г) цитологического исследования мокроты

2. Какое из нижеперечисленных исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы а) клинический анализ крови

- +б) степень изменений ОФВ1
- в) рентгенография органов грудной клетки

г) анализ мокроты

3. Факторами риска развития ХОБЛ являются все, кроме:

а) генетическая предрасположенность

+б) питание;

в) табачный дым

г) профессиональные пыли (органические и неорганические)

д) загрязнение воздуха в помещениях, загрязнение атмосферного воздуха

4. Комбинированными препаратами для лечения БА и ХОБЛ являются:

а) сальбутамол, сальметерол, формотерол.

б) будесонид, фликсотид,

в) Спирива, атровент

+г) Симбикорт, серетид, фостер

5. Ингаляционные глюкокортикоиды показаны для базисной терапии астмы при:

а) неэффективности препаратов кромогликата и недокромила натрия

б) легком персистирующем течении (II ступень терапии)

в) средней тяжести персистирующем течении (III ступень терапии)

+г) тяжелом персистирующем течении (IV ступень терапии) д) все перечисленное

6. Клиническая картина бронхиальной астмы включает все, кроме:

а) удушье

+б) кровохарканье

в) свистящие хрипы в грудной клетке

г) дистантные хрипы

д) приступообразный сухой кашель

7. Инспираторная одышка встречается при:

а) Бронхиальная астма

+б) Альвеолит

в) С-м Чардж-Штрасса

г) Острый бронхит

8. Боль в грудной клетке при дыхании связана с:

+а) поражением плевры

б) поражением бронхов

в) поражением ЖКТ

г) поражением сердца

9. Факторами, предрасполагающими к развитию астматического статуса, являются все кроме

а) обострение хронического бронхита

б) проведение диагностических скарификационных проб

+в) злоупотребление эуфиллином

г) отмена гормональной терапии

д) острая респираторная вирусная инфекция

10. Для развития астматического статуса характерно

+а) нарастающее по интенсивности удушье и исчезновение хрипов и дыхательных шумов над легкими

б) хороший эффект бета-2-адреностимуляторов

в) продуктивный кашель

г) притупление перкуторного тона

11. Какое из перечисленных сочетаний терапевтических мероприятий целесообразно использовать в лечении астматического статуса

а - рифампицин + но-шпа + постоянная кислородотерапия

б - стрептокиназа + реланиум + эуфиллин

+в - гидрокортизон + ингаляция закиси азота

г - гидрокортизон + эуфиллин + гепарин

д - беротек + адреналин + эуфиллин

12. При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции:

- а) дыхательный объем
- б) остаточный объем легких
- +в) жизненная емкость легких
- г) общая емкость легких
- д) функциональная остаточная емкость легких

13. Какие изменения спирометрии характерны для II стадии ХОБЛ

- а) ОФВ1 более 80%
- б) прирост ОФВ1 после бронхолитика более 20%
- в) ОФВ1 менее 30%
- +г) проба Тиффно менее 70%, ОФВ1 от 50% до 80%
- д) проба Тиффно более 70%, ОФВ1 от 50% до 80%

14. Каким инструментальным методом можно дифференцировать бронхиальную обструкцию при БА и ХОБЛ:

- +а) спирограмма
- б) рентгенограмма
- в) диффузионная способность легких
- г) УЗИ д) КТ грудной клетки

15. По каким параметрам можно дифференцировать с-м бронхообструкцию при БА и ХОБЛ:

- а) на спирограмме по обратимости обструкции и проявлению бронхоспазма
- б) признаков эмфиземы по КТ
- в) индексу курения в анамнезе > 10 пачек/лет
- г) аллергоанамнезу
- д) цитологии мокроты
- +е) все выше перечисленное

16. О наличии бронхоспазма свидетельствует прирост ОФВ1 от исходного после бронходилатационного теста более:

- а) 10%;
- б) 5%;
- в) 1%;
- г) 15%;
- +д) 12%

Ситуационные задачи:

Задача 1. Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжелой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В легких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%;

СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность легочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Легочный рисунок усилен. Корни легких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

Задача 2. Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учатившиеся в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе аллергический ринит. Ухудшение состояния связывает с переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Периферические отеки отсутствуют. Над легкими дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - $4,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна. Рентгенограмма легких. Инфильтративных теней в легких не определяется. Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей. Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.
2. Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Имеются ли показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов в данном случае?

Задача 3. Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затрудненное дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого - несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал Преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад Преднизолона. Аллергоанамнез - спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. Объективно: состояние тяжелое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бедрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбужден. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук по всем легочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс -

120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO₂ - 85%. В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?
3. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?
4. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния?
5. Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному?

Задача 4. Больной 25 лет, водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного легкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост - 175 см, вес - 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД - 18 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации - дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурических явлений нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Обоснуйте проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

Задача 5. Больному 52 лет поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения стабильная, ФК II». С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает Серетид ингаляционно. Приступы астмы купируются Сальбутамолом. По поводу ИБС начал получать Метопролол по 25 мг 2 раза в день. На второй день начала приема Метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объемной скорости выдоха.

1. Предположите причину учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха.
2. Предположите альтернативные антиангинальные препараты в данной ситуации.
3. Какие нежелательные эффекты может вызвать Верапамил?
4. При ЭХО-кардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Верапамил отменен. Предложите антиангинальную терапию.
5. Бисопролол также обладает отрицательным инотропным действием, будет ли латентная сердечная недостаточность противопоказанием к применению Бисопролола?

Задача 6. Вызов на дом врача-терапевта участкового к больной 33 лет. Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека,

таблетками Теофиллина. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы стали повторяться по 5–6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6–8 раз в день. Объективно: состояние тяжелое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выход удлинен, на выходе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД – 26 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 120 уд/мин., ритмичный. Артериальное давление (АД) – 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Госпитализирована в стационар.

1. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Тема 6. Дыхательная недостаточность. Легочное сердце. ТЭЛА.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Клиника, диагностика, особенности интенсивной терапии тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).
- Дыхательная недостаточность. Этиология, патогенез. Лабораторная и функциональная диагностика, классификация. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ
- Патогенез, клиника, принципы интенсивной терапии отека легких.
- Клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).
- Определение ОДН. Классификация Клиника и диагностика ОДН.
- Методы интенсивной терапии ОДН.
- Методика проведения оксигенотерапии и показания к ней.
- Методы обеспечения проходимости дыхательных путей.
- Легочная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Степени тяжести. Диагностика.
- Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома и ТЭЛА.
- Легочное сердце острое и хроническое, этиология, патогенез, классификация, проявления и стадии течения. Дополнительные методы исследования.
- Гипертония малого круга кровообращения. Понятие о первичной (идиопатической) легочной гипертензии и тромбоэмболии легочной артерии.

Тестовый контроль:

1. Синдром дыхательной недостаточности по рестриктивному типу не вызывает заболевание:
 - а) экссудативный плеврит;
 - б) очаговая пневмония;
 - +в) хроническая обструктивная болезнь легких;
 - г) крупозная пневмония;
 - д) сухой плеврит.
2. Синдром дыхательной недостаточности по обструктивному типу возникает при заболевании:
 - а) экссудативный плеврит;
 - б) очаговая пневмония;
 - в) сухой плеврит;
 - +г) бронхиальная астма;
 - д) крупозная пневмония.

3. Основные клинические признаки дыхательной недостаточности I стадии:

- а) артериальная гипоксемия в виде цианоза;
- б) гипертрофия вспомогательных мышц шеи и брюшного пресса;
- +в) одышка при доступных ранее усилиях, отклонение от нормы показателей функции внешнего дыхания;
- г) резкие отклонения от нормы показателей функции внешнего дыхания;
- д) одышка в покое.

4. Основные клинические признаки дыхательной недостаточности II стадии:

- а) артериальная гипоксемия в виде цианоза;
- б) гипертрофия вспомогательных мышц шеи и брюшного пресса;
- +в) одышка при незначительной физической нагрузке, умеренные отклонения от нормы показателей функции внешнего дыхания;
- г) одышка в покое;
- д) незначительные отклонения от нормы показателей функции внешнего дыхания.

5. Основные клинические признаки дыхательной недостаточности III стадии:

- а) артериальная гипоксемия в виде цианоза;
- б) гипертрофия вспомогательных мышц шеи и брюшного пресса;
- в) отклонение от нормы показателей функции внешнего дыхания;
- г) одышка в покое;
- +д) все ответы верны.

6. Причинами рестриктивного типа дыхательной недостаточности являются все, кроме:

Варианты ответа:

- а) кифосколиоза;
- б) асцита;
- в) выпотного плеврита;
- +г) тромбоза ветвей легочной артерии;
- д) альвеолит.

7. Для рестриктивного типа дыхательной недостаточности не характерно:

- а) снижение ЖЕЛ;
- б) частое поверхностное дыхание;
- +в) снижение индекса Тиффно;
- г) правильно А, В;
- д) правильного ответа нет.

8. Укажите вариант вентиляционной дыхательной недостаточности:

- +а) обструктивная;
- б) рестриктивная;
- в) диффузионная;
- г) перфузионная;
- д) гемическая.

9. Укажите признаки II стадии хронической дыхательной недостаточности:

- а) одышка в покое, ОФВ1 70-60%;
- +б) одышка при обычных «бытовых» физических нагрузках, ЖЕЛ 50-30%;;
- в) одышка при нагрузке, ЖЕЛ 70-80%;
- г) одышка в покое, ЖЕЛ 50-30%;
- д) одышка при нагрузках, ОФВ1 70-60%.

10. Для I стадии хронической дыхательной недостаточности не характерно:

- +а) одышка при обычных «бытовых» физических нагрузках, цианоз в покое;
- б) протекает без гипоксемии;
- в) одышка незначительная, возникает только при выраженной физической нагрузке;
- г) цианоз возникает лишь на высоте нагрузки; при отдыхе одышка и цианоз исчезают за несколько минут;
- д) частота дыхания в покое не более 20 в 1 минуту.

11. Признаками рестриктивного типа дыхательной недостаточности, выявляемыми при проведении спирографии, являются:

- а) индекс Тиффно менее 70 %;
- +б) ЖЕЛ менее 80% должной величины, МВЛ менее 60%;
- в) ОФВ1 менее 80% ЖЕЛ, МВЛ более 60%;
- г) МВЛ менее 60%;
- д) индекс Тиффно более 70%.

12. Причиной развития хронического легочного сердца не может быть:

- а) ХОБЛ
- б) ТЭЛА рецидивирующего течения
- в) болезнь Бехтерева
- г) первичная легочная гипертензия
- +д) митральный стеноз

13. В развитии хронического легочного сердца верны следующие механизмы, кроме:

- а) генерализованная гипоксическая вазоконстрикция в легких вследствие альвеолярной гиповентиляции (генерализованный рефлекс Эйлера-Лильестранда)
- б) повышение выработки вазодилатирующих субстанций (простаглицлин, эндотелиальный расслабляющий фактор и др.)
- в) увеличение минутного объема кровообращения вследствие гиперкатехоламинемии, вызванной гипоксемией
- г) увеличение вязкости крови вследствие эритроцитоза, развивающегося в ответ на хроническую гипоксемию
- +д) активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

14. Не характерные для хронического легочного сердца изменения на ЭКГ:

- а) увеличение амплитуды зубца R, наиболее выраженные в отведениях II, III, aVF (Р-пульмонале)
- б) отклонение электрической оси сердца (ЭОС) вправо
- в) признаки блокады правой ножки пучка Гиса
- +г) $S_{V1}R_{V5, V6} > 35$ мм
- д) $R_{V1}S_{V5, V6} \geq 10,5$ мм

15. Рентгенологическими признаками легочной гипертензии могут служить все, кроме:

- +а) повышение воздушности легочной ткани
- б) расширение правой нисходящей ветви легочной артерии
- в) усиление пульсации сосудов в корне легкого и ослабление – на периферии
- г) увеличение правых отделов сердца
- д) выбухание конуса легочной артерии

16. Для уменьшения выраженности легочной гипертензии при лечении больных легочным сердцем не применяют:

- а) оксигенотерапию
- +б) сердечные гликозиды
- в) антагонисты кальция
- г) простагландины и антагонисты рецепторов эндотелина
- д) ингибиторы фосфодиэстеразы типа А

17. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- а) пневмония;
- б) астматическое состояние;
- +в) тромбоэмболия легочной артерии;
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

18. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- а) пневмония;

- б) астматическое состояние;
- +в) тромбоэмболия легочной артерии;
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) обострение хронического обструктивного бронхита.

19. Главным в формировании легочного сердца у больных ХОБЛ является:

- а) пассивная, посткапиллярная легочная гипертензия
- б) активная, прекапиллярная легочная гипертензия
- +в) облитерация капилляров малого круга кровообращения
- г) ремоделирование средних и крупных бронхов
- д) рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

20. Лечение и профилактика послеоперационных и послеродовых тромбозов и эмболий включает: 1. раннюю физическую активизацию в послеоперационном и послеродовом периодах; 2. профилактику респираторного дистресс-синдрома; 3. рациональную антибиотикотерапию при септических осложнениях; 4. длительный постельный режим.

- +а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Тема 7. Методы обследования кардиологических больных. Атеросклероз.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Атеросклероз. Общие представления об этиологии и патогенезе.
- Понятие об ИБС и атеросклерозе коронарных артерий как основной причине ИБС.
- Данные лабораторных и инструментальных методах исследования при стенокардии.
- Принципы лечения и профилактики ИБС.
- Дислипидемии. Классификация дислипидемий. Гиполипидемические препараты.
- Порядок и стандарты оказания помощи пациентам кардиологического профиля.
- Атеросклероз: этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные)
- Клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургические методы).
- Данные общего осмотра при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
- Верхушечный толчок и его характеристики, диагностическое значение.
- Сердечный толчок и его характеристики, диагностическое значение.
- Диагностическое значение грудного дрожания («кошачье мурлыканье»).
- Проекция отделов сердца и крупных сосудов на переднюю грудную стенку.
- Границы относительной сердечной тупости у здорового человека.
- Нормальные границы абсолютной сердечной тупости.
- Изменение границ сердечной тупости при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
- Конфигурация сердца.
- Атеросклероз, профилактика первичная и вторичная.

Тестовый контроль:

1. Сосуды какого типа поражаются при атеросклерозе?

- а) вены
- б) мелкие артерии
- в) артериолы
- г) артерии эластического типа
- + д) артерии мышечно-эластического типа

2. Каковы взаимоотношения между атеросклерозом и артериосклерозом?

- + а) атеросклероз - разновидность артериосклероза.
- б) артериосклероз - разновидность атеросклероза.
- + в) атеросклероз – метаболический артериосклероз.
- г) атеросклероз – старческий артериосклероз.
- д) атеросклероз – аллергический артериосклероз.

3. Назовите разновидности артериосклероза, кроме:

- а) атеросклероз.
- +б) врожденная аневризма аорты.
- в) болезнь Менкеберга.
- г) артериолосклероз.
- д) болезнь Рейно.

4. Морфогенез атеросклероза включает следующие стадии:

- а) жировые бляшки
- + б) жировые пятна и полосы
- в) пристеночный тромб
- г) фиброзные бляшки
- д) осложненные поражения

5. Назовите клинико-анатомические формы атеросклероза:

- + а) атеросклероз аорты
- б) атеросклероз почечных артерий
- в) атеросклероз артерий желудка
- г) атеросклероз артерий головного мозга
- д) атеросклероз легочной артерии

6. Укажите механизм развития кальциноза в атеросклеротической бляшке:

- а) метаболический
- + б) дистрофический
- в) метастатический
- г) первичный
- д) вторичный

7. Укажите природу пенистых клеток в атеросклеротической бляшке:

- а) плазматические клетки
- + б) макрофаги
- в) лимфоциты
- г) гранулоциты
- д) гладкомышечные клетки

8. Где преимущественно локализуются изменения при атеросклерозе аорты?

- а) в области дуги аорты
- б) в области восходящей части аорты
- + в) в брюшном отделе аорты
- г) в левой подключичной артерии
- д) в органных артериях

9. При атеросклерозе обычно не поражаются:

- а) артерии сердца
- +б) артерии верхних конечностей
- в) артерии виллизиева круга
- г) подколенные артерии
- д) брыжеечные артерии

10. Ведущим звеном в патогенезе атеросклероза является:

- а) нарушение обмена липопротеинов
- + б) повреждение эндотелия
- в) накопление пенистых клеток
- г) экспрессия молекул адгезии на эндотелиоцитах

д) повреждение рецепторов макрофагов

11. Виды осложненных макроскопических изменений интимы артерий при атеросклерозе, кроме:

а) изъязвление

+ б) фиброз

в) пристеночный тромбоз

г) разрывы стенки артерии

д) интрамуральные кровоизлияния

12. Назовите основные компоненты атеросклеротической бляшки:

а) клеточный

б) белковый

в) волокнистый

г) углеводный

+ д) липидный

13. Назовите важные и наиболее часто встречающиеся последствия атеросклероза, обусловленные острым или хроническим нарушением артериального кровоснабжения тканей:

+ а) инфаркт миокарда

б) тромбоэмболия легочной артерии

в) инфаркт головного мозга

г) аневризма аорты

д) ДВС - синдром

14. Дайте макроскопическую характеристику почек при атеросклеротическом нефросклерозе:

+ а) асимметрично уменьшены в размерах

б) симметрично уменьшены в размерах

в) поверхность мелкозернистая

г) поверхность крупнобугристая

д) расширение лоханки и чашечек

15. Назовите современную теорию патогенеза атеросклероза:

а) психоэмоциональная

б) тромбогенная

в) алиментарная

+ г) рецепторная

д) метаболическая

16. Дайте макроскопическую характеристику жировых пятен и полосок при атеросклерозе:

а) возвышаются над интимой

+ б) не возвышаются над интимой

в) локализируются в средней оболочке

г) локализируются в адвенции

д) придают интиме бугристый вид

17. Дайте макроскопическую характеристику фиброзных бляшек при атеросклерозе, кроме:

а) бело-желтые образования в интиме

б) возвышаются над интимой

+ в) не возвышаются над интимой

г) придают интиме бугристый вид

д) придают интиме вид шагреновой кожи

18. Назовите авторов рецепторной теории патогенеза атеросклероза:

а) Альфред Дьюгед

б) Николай Аничков

+ в) Иосиф Гольдштейн

г) Майкл Браун

д) Николай Мясников

19. Укажите характерные изменения почек при атеросклерозе:

- а) артериолосклеротический нефросклероз
- + б) атеросклеротический нефросклероз
- а) гидронефроз
- г) инфаркты почек
- д) гангрена почек

20. Назовите микроскопическую стадию сосудистых поражений при атеросклерозе:

- а) гиалиноз
- + б) липоидоз
- в) дистрофическая
- г) метаболическая
- д) атрофическая

21. Укажите причину гангрены кишечника при атеросклерозе, кроме:

- а) венозный тромбоз
- б) тромбоз мезентериальных артерий
- в) тромбоемболия мезентериальных артерий
- +г) спазм мезентериальных артерий
- д) спазм артерий нижних конечностей

Тема 8. Ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Собеседование по контрольным вопросам:

- Стенокардия и ее виды. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке.
- Осложнения инфаркта миокарда. Неотложная терапия.
- Инфаркт миокарда. Современная классификация. Осложнения инфаркта миокарда.
- Современные принципы терапии ИБС. Хирургические методы лечения больных ИБС.
- Каковы основные факторы патогенеза ИБС?
- Классификация ИБС.
- Перечислите функциональные классы стенокардии напряжения.
- Какова клиническая картина, характерная для ИБС?
- Диагностика ИБС (перечислите основные методы и результаты исследований)?
- Основные ЭКГ критерии острой ишемии миокарда при подъеме сегмента ST
- Основные ЭКГ критерии острой ишемии миокарда при депрессии сегмента ST
- ЭКГ признаки ТЭЛА, имитирующие наличие ИБС. Дифференциальный диагноз
- ЭКГ признаки перикардита, имитирующие наличие ИБС. Дифференциальный диагноз
- Варианты изменения зубца T при ишемии
- ЭКГ признаки стенокардии Принцметала
- ЭКГ при приступе стенокардии и в межприступный период
- ЭКГ признаки ишемии, повреждения, некроза

Тестовый контроль:

1. Назовите формы стенокардии:

- а) стенокардия покоя, стабильная форма
- б) нестабильная форма, стенокардия напряжения
- +в) оба варианта верны
- г) нет верного ответа

2. Морфологические эквиваленты хронической ИБС:

- а) очаговый постинфарктный кардиосклероз, хроническая аневризма сердца
- б) диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, диффузный атеросклеротический кардиосклероз
- +в) оба варианта верны
- г) нет верного ответа

3. Операция аорто-коронарного шунтирования у больных ИБС:

- а) Улучшает качество жизни.

- б) Улучшает прогноз заболевания.
+в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.
4. Основным из перечисленных показаний к хирургическому лечению стенокардии является:
+а) Отсутствие эффекта от медикаментозной терапии при тяжелом клиническом течении ИБС.
б) Молодой возраст больных.
в) Наличие в анамнезе 2 - х и более инфарктов миокарда.
г) Все перечисленное.
5. Современная классификация ИБС включает следующие клинические формы, кроме:
а) Стенокардии.
б) Инфаркта миокарда.
в) Постинфарктного кардиосклероза.
+г) Атеросклеротического кардиосклероза
6. Потребность миокарда в кислороде определяет:
а) Частота сердечных сокращений.
б) Контрактильность миокарда.
в) Напряжение стенки левого желудочка.
+г) Все перечисленное.
7. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при:
а) Стабильной стенокардии напряжения.
б) Спонтанной стенокардии.
в) Прогрессирующей стенокардии напряжения.
+г) Любых вариантах стенокардии.
8. Гемодинамически значимым считается сужение коронарной артерии:
а) Не менее 25% просвета.
б) Не менее 40% просвета.
+в) Не менее 50-75% просвета.
г) Не менее 90% просвета.
9. Для субэндокардиальной ишемии миокарда характерны:
+а) Депрессия сегмента ST.
б) Подъем сегмента ST.
в) Как депрессия, так и подъем сегмента ST.
г) Все перечисленное.
10. Проба с физической нагрузкой расценивается как положительная в случае:
+а) Развития депрессии сегмента ST ишемического типа.
б) Развития инверсии зубца "Т".
в) Появления частых экстрасистол высоких градаций.
г) Во всех вышеперечисленных случаях.
11. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:
а) Проба с физической нагрузкой.
б) Проба с введением изопроterenолом.
в) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
+г) Холтеровское мониторирование ЭКГ.
д) Дипиридамоловая проба.
12. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:
а) Проба с физической нагрузкой.
б) Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
в) Проба с изопроterenолом.

+2) Проба с эргоновином.

13. Для диагностики ИБС могут быть использованы:

а) Радионуклидная вентрикулография.

б) Перфузионная сцинтиграфия миокарда в условиях физической нагрузки.

в) Регистрация ЭКГ в условиях физической нагрузки, чреспищеводной электрокардиостимуляции, Холтеровское мониторирование ЭКГ.

+2) Все перечисленное.

14. Показания для добутаминовой пробы при диагностике ИБС: А. Наличие противопоказаний для физической нагрузки; Б. Отсутствие возможности выполнить нагрузку необходимой мощности; В. "Ложноположительные результаты теста на ВЭМ у лиц без симптомов ИБС; Г. Обструктивный бронхит; Д. Внутрижелудочковые блокады; Е. Тяжелая форма АГ; Ж. Клапанные стенозы; З. Гипертрофическая кардиомиопатия; И. Желудочковая тахикардия.

а) верно Е, И

б) верно Г, Ж

в) верно Д, З

+2) верно А, Б, В

15. К немедикаментозным методам лечения ИБС относятся:

а) отказ от курения

б) Нормализация ИМТ

в) Увеличение двигательной активности

+2) Все ответы

16. Возникновение депрессии сегмента ST может быть следствием:

а) Ишемии миокарда.

б) Мелкоочагового инфаркта миокарда.

в) Реципрокных изменений при крупноочаговом инфаркте.

+2) Всего перечисленного.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной В., 58 лет, инженер, 2 ч назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л – преобладают липопротеиды низкой плотности). Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии. АД – 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях – частый, аритмичный, частота – 102 уд./мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС – 112 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Результаты дополнительного обследования: 1. ЭКГ – прилагается. 2. ЭХО-КС – небольшое расширение полостей левого предсердия (-3,8 см). Кровь на холестерин – 7,6 ммоль/л, АСТ – 5 ед/л, АЛТ – 4 ед/л, СРБ – 0, ПТИ – 102%, свертываемость – 8 мин. 3. Глазное дно – атеросклероз сосудов сетчатки. 4. Общий анализ мочи – уд. вес – 1020, белка нет, сахара нет, л. – 1–2 в п/зр. 5. Анализ крови на сахар – глюкоза крови – 4,5 ммоль/л. 6. Анализ крови общий: Нв – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. – $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 6 мм/ч.

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дообследования больного.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

Задача 2. Пациент М.В.Е., 1948 года рождения, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на жгучие, давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие при

ходьбе быстрым шагом, при подъеме на 2 этаж, купирующиеся приемом нитроглицерина, головные боли давящего, пульсирующего характера, возникающие при повышении АД. В анамнезе: инфарктов не было. В течение последних 6 280 лет при измерении АД фиксируются цифры 150 и 90 мм рт. ст., однако регулярного гипотензивного лечения не получает. Заключение эхокардиографии : Аорта уплотнена, не расширена (3,5 см). Гипокинезия верхушечно-перегородочного, базального, средне-заднего и средне-бокового сегментов. Проведение стресс-теста у пациента М.В.Е. документировало наличие ишемии миокарда в боковой стенке ЛЖ и наличие III функционального класса (ФК) стенокардии. При коронароангиографическом исследовании выявлены следующие изменения в системе левой коронарной артерии: стеноз 75% в устье огибающей артерии и 70% в устье передней межжелудочковой артерии.

1. Предложите план обследования и возможные варианты лечения.

Задача 3. Пациент М., 47 лет поступил с жалобами на давящие боли за грудиной возникающие при ходьбе быстрым шагом, при подъеме на 2 этаж, купирующиеся приемом нитроглицерина. В анамнезе: 3 года назад перенес не-Q-инфаркт миокарда передней стенки ЛЖ. В течение последних 5 лет при измерении АД фиксируются цифры 150 и 90 мм рт. ст., однако регулярного гипотензивного лечения не получает. После перенесенного ИМ была проведена коронароангиография с выявлением стеноза ПМЖВ более 55%, однако ангиопластики, стентирования или иной манипуляции выполнено не было. Уровень ХС крови достигает 6,2 ммоль/л. При осмотре: Кожные покровы обычной окраски, чистые, отеков н/к нет ИМТ 26, окружность на уровне пупка 95 см Перкуторно границы сердца не изменены АД 154/92 мм рт. ст. Пульс хорошего наполнения, ритм правильный Максимальная достигнутая физическая нагрузка – 100 Вт. Динамика ЭКГ – на 4 ступени физической нагрузки на 10 минуте отмечена горизонтальная депрессия STв грудных отведениях на 0,15 мВ, сопровождаемая появлением болей в грудной клетке. Заключение: Толерантность к физической нагрузке низкая. Проба на ИБС положительная

1. Предложите план обследования и возможные варианты лечения.

Задача 4. Больную 72 лет в последние полгода беспокоят боли в левой половине грудной клетки при незначительной физической нагрузке с иррадиацией в левую руку. Боли купируются приёмом нитратов.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какое дополнительное исследование показано больной?

3. По результатам обследования может ли быть больной предложено хирургическое вмешательство?

4. Если «да», то какое?

Задача 5. Больной 47 лет 2 месяца назад перенёс инфаркт миокарда. Его беспокоят боли в левой половине грудной клетки сжимающего характера при физической нагрузке, одышка. Объективно: состояние средней степени тяжести, АД 140 и 90 мм рт. ст. Пульс 86 ударов в минуту. Тона сердца приглушены. Отмечается пастозность ног. На ЭКГ – рубцовые изменения миокарда левого желудочка.

1. В чём причина симптомов, имеющих у больного?

2. Какие методы обследования нужно выполнить?

3. Нужно ли больному реваскуляризирующее хирургическое вмешательство на коронарных артериях?

4. Если «да», то каков его предпочтительный характер?

Тема 9. Внезапная коронарная смерть, острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия – НС).

Собеседование по контрольным вопросам:

- Что такое острый коронарный синдром?

- Критерии диагностики острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST?

- Алгоритм оказания неотложной помощи при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе?
- Особенности применения антиангинальных препаратов (бетаблокаторов, нитратов, антагонистов кальция) и ингибиторов АПФ при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST?
- Какая в настоящее время используются реперфузионная терапия на догоспитальном и госпитальном этапе?
- Тактика врача общей практики - острый коронарный синдром.
- Клиника и диагностика острого коронарного синдрома.
- Диагностика острого коронарного синдрома.
- Лечение острого коронарного синдрома.
- Перечислите лекарственные препараты, применяемые для профилактики ВСС, показания к их применению и противопоказания.
- Перечислите устройства и инвазивные вмешательства, применяемые для профилактики ВСС, показания к их применению.
- Составьте алгоритм действий при сердечно-легочной реанимации в случае фибрилляции желудочков/желудочковой тахикардии.
- Составьте алгоритм действий при сердечно-легочной реанимации в случае асистолии/электро-механической диссоциации.

Тестовый контроль:

1. Показанием к применению атропина в качестве средства неотложной помощи является

- +а) атрио-вентрикулярная блокада
- б) анафилактический шок
- в) передозировка периферических миорелаксантов
- г) гипогликемическая кома

2. Причиной внезапной остановки кровообращения в 70-80% случаев является:

- +а) асистолия
- б) фибрилляция желудочков (желудочковая тахикардия без пульса)
- в) электро-механическая диссоциация
- г) первичная остановка дыхания

3. При проведении ТЛТ из препаратов, препятствующих тромбообразованию, дополнительно нужно назначить:

- А. Аспирин или клопидогрел
- Б. Аспирин и клопидогрел
- В. Аспирин и тикагрелор
- +Г. Аспирин, клопидогрел и гепарин
- Д. Аспирин и гепарин

4. Препарат первого выбора при артериальной гипертензии у больных с ОКС:

- А. Нифедипин
- Б. Фуросемид
- В. Клонидин
- +Г. Нитроглицерин
- Д. Магния сульфат

5. Какие лекарственные средства относятся к тромболитикам II поколения:

- А. Урокиназа
- Б. Стрептокиназа
- +В. Актилиза
- Г. Метализа
- Д. Клопидогрель

6. У больного с инфарктом миокарда развился пароксизм трепетания предсердий. Следует:

- +А. Провести кардиоверсию.

Б. Ввести строфантин 0.05%-1.0 с панангином 10мл в вену капельно.

В. Не следует купировать аритмию.

7. Противопоказаниями к лечению бета-блокаторами больного с острым инфарктом миокарда являются:

+А. Р-Q интервал >0,24 сек.

Б. Застойные хрипы в легких.

В. Бронхообструктивный синдром.

Г. ЧСС

8. Что из перечисленного не характерно для стенокардии I функционального класса:

а) депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе;

+б) возникновение болей при подъеме до 1-го этажа;

в) отсутствие изменений ЭКГ в покое;

г) иррадиация болей в левое плечо;

д) давящий характер болей.

9. Какие изменения на ЭКГ достоверно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ-пробы:

а) реверсия негативного зубца T;

б) удлинение интервала PQ;

+в) депрессия сегмента ST более 2 мм;

г) появление предсердной экстрасистолии;

д) переходящая блокада правой ножки пучка Гиса.

10. Какие признаки не характерны для вариантной стенокардии:

а) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ;

б) при коронарографии в 10% случаев выявляются малоизмененные или непораженные коронарные артерии;

в) приступы возникают чаще ночью;

г) наиболее эффективны антагонисты кальция;

+д) физическая нагрузка переносится плохо.

11. 57-летний больной жалуется, что в течение года 1–2 раза в месяц под утро возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под левую лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина. При холтеровском мониторинге: в момент приступа подъем ST в отведениях V2-V5 8 мм. На следующий день — ST на изолинии. Какая патология у больного:

а) стабильная стенокардия IV функционального класса;

б) инфаркт миокарда;

в) ишемическая дистрофия миокарда;

+г) вариантная стенокардия;

д) прогрессирующая стенокардия.

12. Какой из нижеперечисленных вариантов стенокардии является показанием к госпитализации:

а) стенокардия Принцметала;

б) впервые возникшая стенокардия напряжения;

в) быстропрогрессирующая стенокардия;

г) частая стенокардия напряжения и покоя;

+д) все вышеперечисленное.

13. При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с:

- а) зондирования желудка;
- б) рентгеноскопии ЖКТ;
- +в) ЭКГ;
- г) гастродуоденоскопии;
- д) исследования мочи на уробилин.

14. Следующие суждения относительно безболевого ишемии миокарда верны, кроме:

- +а) наиболее часто выявляется у лиц с установленным диагнозом ИБС;
- б) принципы лечения те же, что и типичной стенокардии;
- в) прогноз тот же, что и при болевой форме ИБС;
- г) основой диагноза являются изменения ЭКГ;
- д) важна мониторная ЭКГ.

15. Больной 46 лет, ночью стали возникать приступы загрудинных болей, во время которых на ЭКГ регистрировался переходящий подъем сегмента ST. Вероятный диагноз:

- +а) стенокардия Принцметала;
- б) повторный инфаркт миокарда;
- в) развитие постинфарктной аневризмы;
- г) приступы не имеют отношения к основному заболеванию;
- д) тромбоэмболия ветвей легочной артерии.

Практические навыки:

1. Проводить полное общее и специальное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);

2. Установить диагноз и провести необходимое лечение при следующих заболеваниях: ишемическая болезнь сердца: инфаркт миокарда; стенокардия; нестабильная стенокардия; Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST;

3. Провести неотложные мероприятия в кардиологии: диагностика и терапия неотложных состояний (кардиогенный шок, отек легких, разрыв межжелудочковой перегородки, тахикардии, брадикардии), реанимация в кардиологии;

4. Анализировать данные лабораторных и биохимических методов исследования; данные эхокардиографии, данные радиоизотопных методов исследования; данные коронарографии;

5. Оформления историй болезни, амбулаторных карт больных, больничных листов; выполнения общего и специальных методов обследования и манипуляций в кардиологии: реанимационными навыками; снять и расшифровать электрокардиограмму; суточное мониторирование ЭКГ.

Тема 10. Инфаркт миокарда.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология, патогенез инфаркта миокарда.
- Клиника и диагностика инфаркта миокарда.
- Лечение неосложненного инфаркта миокарда и диагностика и лечение ИМ.
- Профилактика рецидивов и повторных ИМ, реабилитация больных ИМ.
- Классификация очаговых поражений миокарда.
- Варианты монофазной кривой.
- Последовательность возникновения изменений ЭКГ при ОИМ.
- Определение инфаркта миокарда;
- Этиологические факторы и основные механизмы развития инфаркта миокарда;

- Основные клинические проявления стенокардии;
- Основные клинические формы инфаркта миокарда;
- Дифференциальная диагностика инфаркта миокарда;
- Диагностические критерии инфаркта миокарда;
- Диагностические критерии при ЭКГ-диагностике инфаркта миокарда;
- Алгоритм оказания неотложной помощи при инфаркте миокарда на догоспитальном этапе.
- ЭКГ при ИМ передней стенки левого желудочка.
- ЭКГ при переднеперегородочном ИМ.
- ЭКГ при ИМ верхушки передней стенки.
- ЭКГ при передне-боковом ИМ.
- ЭКГ при распространенном переднем ИМ.

Тестовый контроль:

1. Основным ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является появление:

- а) Инверсии зубцов Т.
- б) Подъема сегмента ST.
- в) Депрессии сегмента ST.
- +г) Патологического зубца Q.

2. У больных мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- а) Может не быть изменения ЭКГ.
- б) Может отмечаться инверсия зубцов Т.
- в) Может отмечаться депрессия сегмента ST.
- +г) Возможны все перечисленные варианты.

3. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичной является регистрация на ЭКГ:

- а) Инверсии зубцов Т.
- б) Подъема сегмента ST.
- +в) Сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и отрицательного зубца Т.
- г) Увеличения амплитуды зубца Т.

4. При передне-перегородочном инфаркте миокарда характерные изменения ЭКГ отмечаются:

- а) В отведениях I и aVL.
- б) В отведениях II, III, aVF.
- +в) В отведениях V1-V4.
- г) В отведениях V3-V4.

5. При инфаркте миокарда нижней локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях:

- а) I и II.
- +б) II, III, aVF.
- в) V1-V2.
- г) V5-V6.

6. При инфаркте миокарда боковой локализации характерные изменения ЭКГ отмечаются в отведениях:

- а) II, III, aVF.
- б) V1-V4.
- +в) I, aVL, V5-6.
- г) V1-2.

7. При инфаркте миокарда задней стенки (задне-базальный инфаркт) на ЭКГ отмечается:

- а) Появление патологических зубцов Q в отведениях II, III, aVF.
- б) Увеличение высоты зубцов R в отведениях V1-2.
- в) Подъем сегмента ST в отведениях V1-2.
- +г) Правильно 2 и 3.

8. Признаком инфаркта миокарда задней стенки (заднебазальный инфаркт) является:

- а) Увеличение высоты и ширины зубцов R в отведениях V1-2.
 - б) Депрессия сегмента ST в отведениях V1-2.
 - в) Положительные зубцы T в отведениях V1-2.
- +г) Все перечисленное.

9. Регистрация подъема сегмента ST в отведении V1 у больных острым инфарктом миокарда нижней локализации является признаком:

- а) Сопутствующего инфаркта задней стенки (задне-базальных отделов) .
 - +б) Сопутствующего инфаркта правого желудочка.
 - в) Сопутствующего передне-перегородочного инфаркта.
- г) Всего перечисленного.

10. Регистрация депрессии сегмента ST в отведениях V1-V3 у больных острым инфарктом миокарда нижней локализации может быть признаком:

- а) Так называемых реципрокных изменений.
 - б) Вовлечения задней стенки (задне-базальных отделов) .
 - в) Сопутствующего мелкоочагового инфаркта миокарда передней стенки.
- +г) Всего перечисленного.

11. Операция аорто-коронарного шунтирования увеличивает продолжительность жизни:

- а) У всех больных ИБС.
 - б) У больных с поражением огибающей ветви левой коронарной артерии.
 - +в) У больных с "трехсосудистым" поражением коронарных артерий, особенно при умеренно сниженной фракции выброса.
- г) Продолжительность жизни после аорто-коронарного шунтирования не увеличивается.

12. Операция аорто-коронарного шунтирования увеличивает продолжительность жизни:

- а) У всех категорий больных ИБС.
 - +б) У больных с поражением ствола левой коронарной артерии.
 - в) У больных с поражением правой коронарной артерии.
- г) Продолжительность жизни после аорто-коронарного шунтирования не увеличивается.

13. К немедикаментозным методам лечения относятся:

- А) отказ от курения
 - Б) Нормализация ИМТ
 - В) Увеличение двигательной активности
- +Г) Все ответы

14. При выраженном аортальном стенозе, сопровождающимся появлением клинических симптомов:

- а) Абсолютно показано хирургическое лечение.
 - б) Возможна стабилизация состояния с помощью назначения диуретиков и вазодилататоров.
 - в) Фармакологическое лечение почти всегда не эффективно и может привести к ухудшению состояния.
- +г) Правильно 1 и 3.

15. При хирургическом лечении желудочковой тахикардии у больных с постинфарктным кардиосклерозом используют:

- а) Аневризмэктомию (или удаление постинфарктного рубца) .
 - б) Циркулярную (окружающую) венстрикулотомию.
 - в) Эндокардиальную резекцию по данным эндокардиального картирования.
- +г) Все перечисленное.

16. Появление комплексов QS наиболее характерно для инфаркта миокарда:

- +а) Передне-перегородочной локализации.
- б) Нижней локализации.
- в) Боковой локализации.
- г) Задней стенки.

17. У больных с блокадой левой ножки п. Гиса появление зубцов Q в отведениях aVL, I, V1-3 является признаком инфаркта миокарда:

+а) Передне-перегородочной локализации.

б) Нижней локализации.

в) Боковой локализации.

г) Задней стенки.

18. У больных с блокадой левой ножки п. Гиса появление зубцов Q в отведениях aVL, I, V5-6 является признаком инфаркта миокарда:

а) Передне-перегородочной локализации.

б) Нижней локализации.

+в) Боковой локализации.

г) Задней стенки.

19. Возникновение депрессии сегмента ST может быть следствием:

а) Ишемии миокарда.

б) Мелкоочагового инфаркта миокарда.

в) Реципрокных изменений при крупноочаговом инфаркте.

+г) Всего перечисленного.

20. Причины смерти больных инфарктом миокарда:

а) кардиогенный шок, фибрилляция желудочков

б) разрыв сердца, острая сердечная недостаточность

+в) оба варианта верны

г) нет верного ответа

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см наружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Результаты дополнительного обследования: ЭКГ: картина острого инфаркта миокарда. 1. Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$, лейкоциты – $10,5 \times 10^9$, э. – 0, п. – 6, сегм. – 65, л. – 22, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч. 2. Свертываемость крови – 3 мин. 3. ПТИ – 100%. 4. СРБ+, КФК – 2,4 ммоль/г, АСТ – 26 Е/л, АЛТ – 18 Е/л.

1. Поставить диагноз.

2. Провести дифференциальную диагностику.

3. Наметить план обследования.

4. Наметить план лечения.

Задача 2. Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд./мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$, п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.

Результаты дополнительного обследования: 1. ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы. 2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/л, АСТ – 24 Е/л, АЛТ – 16 Е/л. 3. Свертываемость крови – 3 мин. 4. ПТИ – 100%. 5. Общий анализ крови на 6-й день после госпитализации: лейкоциты – $6,0 \times 10^9$, э. – 1, п. – 2, сегм. – 64, л. – 24, м. – 9, СОЭ – 24 мм/ч. 1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Наметьте план дообследования.

4. Назначьте лечение.

Задача 3. Больной К., 61 года страдает ИБС. Стенокардией в течение 10 лет. Сегодня доставлен машиной СМП в приемное отделение. Жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной, возникшие около часа назад в покое, иррадирующие в левую лопатку, не купирующиеся приемом нитропрепаратов, одышку, слабость. Объективно: состояние тяжелое. В сознании. Кожные покровы бледные, холодные, покрыты липким потом. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент 2 тона на легочной артерии. ЧСС 96 в мин. Пульс 96 в мин, слабого наполнения, ритмичный. АД 75 и 40 мм рт. ст. В легких дыхание жесткое, сухие хрипы по всем полям. ЧДД 28 в мин, одышка смешанная. Живот мягкий, безболезненный.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Основные направления терапии у данного пациента

3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести для установления окончательного диагноза?

Задача 4. Пациент 52 лет доставлен в ОРИТ в состоянии со слов сопровождающих, около 2 часов назад возник приступ резких, за грудиных болей, без эффекта от приема нитроглицерина. Объективно: состояние пациента тяжелое. кожный покров бледный, влажный, холодный, цианотичный. тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 ударов в минуту, артериальное давление 60/30 мм рт. ст. живот мягкий, безболезненный.

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. Патологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда.

3. Необходимые исследования.

4. Что ожидается на ЭКГ?

5. Какое лечение показано?

Задача 5. Пациент 48 лет доставлен в отделение с жалобами на резкую боль за грудиной, иррадирующую в обе руки, под левую лопатку, не купирующуюся нитроглицерином. в течение последних 10 дней отмечает периодические боли за грудиной меньшей интенсивности и продолжительности. при осмотре: состояние пациента тяжелое, кожный покров бледный, акроцианоз, покрыт холодным потом. Пульс 120 в минуту, аритмичный, артериальное давление 130/80 мм рт. ст. тоны сердца глухие. частота дыхательных движений 28-32 в минуту. в легких влажные хрипы по полям. печень увеличена, периферических отеков нет. дополнительно: ЭКГ в I, II, AVL, V2-V6 отведениях дугообразно смен интервал ST вверх, отрицательный зубец T в этих отведениях.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Патогенетические механизмы развившегося состояния.

3. Тактика ведения данного пациента.

4. Окажите неотложную помощь данному пациенту.

5. Плановая терапия после купирования неотложного состояния

Задача 6. Пациент 57 лет доставлен бригадой «скорой медицинской помощи» по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. боли давящие, сжимающие, за грудиные, иррадирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. в течение 10 лет отмечает повышение артериального давления до 190/110 мм рт. ст. объективно: частота дыхательных движений 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс 80 в минуту, ритмичный, артериальное давление 150/90 мм рт. ст. в остальном без особенностей.

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. Патологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда.
3. Со 2 дня самочувствие удовлетворительное, болей, одышки нет. артериальное давление 160/95 мм рт. ст. Пульс 88-96 в минуту, экстрасистолы 4-6 в минуту. Какое лечение показано?
4. На 20 день появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура тела 37,8°C, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать?
5. Лабораторные маркеры поражения миокарда

Тема 11. Артериальная гипертензия.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Назовите органы-мишени, страдающие при гипертонической болезни.
- Назовите методы исследований при поражении органов мишеней.
- Укажите критерии, позволяющие разделить I, II, III стадии гипертонической болезни.
- Как определяется риск развития сердечнососудистых осложнений при артериальной гипертензии (система SCORE и Фрамингемская модель).
- Какие причины могут привести к развитию симптоматической артериальной гипертензии?
- Какие лабораторно-инструментальные методы исследования используются для выявления поражения почек?
- Проведите дифференциальную диагностику между феохромоцитомой и гипертонической болезнью.
- Определите тактику ведения пациента с впервые выявленным повышением АД.
- Назовите показания для плановой и экстренной госпитализации при артериальной гипертензии
- Артериальная гипертензия: факторы риска, классификация, диагностика, поражение органов-мишеней.

Тестовый контроль:

- 1) 1-й степени артериальной гипертензии соответствует один из ниже перечисленных уровней АД
 - а. 160/100- 179/109 мм.рт.ст.
 - +б. 140/90- 159/99 мм.рт.ст
 - в. более 180/110 мм.рт.ст.
 - г. менее 139/89 мм.рт.ст.
- 2) 2-й степени артериальной гипертензии соответствует один из ниже перечисленных уровней АД
 - +а. 160/100- 179/109 мм.рт.ст.
 - б. 140/90- 159/99 мм.рт.ст
 - в. более 180/110 мм.рт.ст.
 - г. менее 139/89 мм.рт.ст.
- 3) 3-й степени артериальной гипертензии соответствует один из ниже перечисленных уровней АД
 - а. 160/100- 179/109 мм.рт.ст.
 - б. 140/90- 159/99 мм.рт.ст
 - +в. более 180/110 мм.рт.ст.
 - г. менее 139/89 мм.рт.ст.
- 4) Оптимальным уровнем АД считается:
 - +а. менее чем 120/80 мм.рт.ст.
 - б. 140/90- 159/99 мм.рт.ст
 - в. более 180/110 мм.рт.ст.
 - г. 120/80 - 139/89 мм.рт.ст.
- 5) Высокое нормальное АД соответствует уровню:
 - а. менее чем 120/80 мм.рт.ст.

б. 140/90- 159/99 мм.рт.ст

в. более 180/110 мм.рт.ст.

+г. 130/85 - 139/89 мм.рт.ст.

б) Нормальному АД соответствует уровень:

а. менее чем 120/80 мм.рт.ст.

б. 140/90- 159/99 мм.рт.ст

+в. 120/80 -129/84 мм.рт.ст.

г. 130/85 - 139/89 мм.рт.ст.

7) Состояния, не требующие обязательной госпитализации при АГ:

+а. неосложненный гипертонический криз;

б. гипертоническая энцефалопатия,

в. геморрагический или ишемический инсульт,

г. острая левожелудочковая недостаточность;

д. инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия

8) Сосудистые осложнения у больных артериальной гипертонией, связанные с АГ: А). Остро возникшая энцефалопатия; Б). Геморрагический инсульт; В). Желудочковая тахикардия, внезапная смерть; Г). Отек легких у больного с функцией выброса левого желудочка 50%.

+а) верно А,Б,Г

б) верно А

в) верно Б

г) верно все перечисленное

9) Сосудистые осложнения у больных артериальной гипертонией, связанные с атеросклерозом артерий: А). Остро возникшая энцефалопатия; Б). Геморрагический инсульт; В). Желудочковая тахикардия, внезапная смерть; Г). Отек легких у больного с функцией выброса левого желудочка 50%.

а) верно А

б) верно Б

+ в) верно В

г) верно все перечисленное

10) Сосудистые осложнения у больных артериальной гипертонией, связанные только с АГ: А). Мерцательная аритмия; Б). Инфаркт миокарда; В). Ишемический инсульт; Г). Нефросклероз; Д). Перемежающаяся хромота.

а) верно Г,Д

+б) верно Г

в) верно А,Б

г) верно все перечисленное

11) Сосудистые осложнения у больных артериальной гипертонией, связанные с атеросклерозом артерий: А). Мерцательная аритмия; Б). Инфаркт миокарда; В). Ишемический инсульт; Г). Нефросклероз; Д). Перемежающаяся хромота.

+а) верно А, Б,В,Д

б) верно А,Д

в) верно В,Г

г) верно все перечисленное

12) Частота выявления повышенного артериального давления в общей популяции, по причине гипертонической болезни (эссенциальной гипертонии): А). 0,1 - 0,5%; Б). 0,2 - 2%; В). 2 - 5%; Г). 90 - 94%; Д). 20 - 30%; Е). 70 - 80%.

а) верно А

б) верно Б

в) верно Е

+г) верно Г

13) Частота выявления повышенного артериального давления, при хронических заболеваниях почек, в общей популяции: А). 0,1 - 0,5%; Б). 0,2 - 2%; В). 2 - 5%; Г). 90 - 94%; Д). 20 - 30%; Е). 70 - 80%.

- а) верно Е
- б) верно Б
- +в) верно В
- г) верно Г

14) Частота выявления повышенного артериального давления, при эндокринных заболеваниях (первичный альдостеронизм, феохромоцитомы, синдром Кушинга), в общей популяции: А). 0,1 - 0,5%; Б). 0,2 - 2%; В). 2 - 5%; Г). 90 - 94%; Д). 20 - 30%; Е). 70 - 80%.

- а) верно Б
- б) верно Г
- + в) верно А
- г) верно Д

15) Частота выявления повышенного артериального давления, при коарктации аорты, сужении почечных артерий, в общей популяции: А). 0,1 - 0,5%; Б). 0,2 - 2%; В). 2 - 5%; Г). 90 - 94%; Д). 20 - 30%; Е). 70 - 80%.

- а) верно В
- б) верно Е
- +в) верно Б
- г) верно Д

16) Гормоны, используемые для лечения в терапии с побочным гипертензионным действием: А). АКТГ; Б). Синдром Кона, врожденная гиперплазия надпочечников; В). Синдром Кушинга; Г). Опухоль гипофиза, акромегалия; Д). Метил - тестостерон; Е). Глюкокортикоиды, эстрогены; Ж). Симпатомиметики; З). Феохромоцитомы; И). Минералокортикоиды; К).

Гиперпаратиреозидизм.

- +а) верно Е,И
- б) верно Ж,И
- в) верно А,Д
- г) верно Е,Ж

17) Повышение артериального давления, при заболеваниях эндокринных желез: А). АКТГ; Б). Синдром Кона, врожденная гиперплазия надпочечников; В). Синдром Кушинга; Г). Опухоль гипофиза, акромегалия; Д). Метил - тестостерон; Е). Глюкокортикоиды, эстрогены; Ж). Симпатомиметики; З). Феохромоцитомы; И). Минералокортикоиды; К).

Гиперпаратиреозидизм.

- +а) верно Б,В,Г,З, К
- б) верно Г,З
- в) верно К,Б
- г) верно Б,В

18) Причины изолированного повышения систолического артериального давления, как симптома другой болезни: А). Недостаточность аортальных клапанов; Б). Стеноз аортальных клапанов; В). Артерио-венозная фистула; Г). Тиреотоксикоз; Д). Болезнь Педжета; Е). Гипотиреоз; Ж). Систолическая артериальная гипертензия у молодых; З). Систолическая артериальная гипертензия у пожилых.

- а) верно А,Б
- +б) верно А,В,Г,Д
- в) верно В,Г
- г) верно все перечисленное

19) Причины изолированного повышения систолического артериального давления, как самостоятельного заболевания: А). Недостаточность аортальных клапанов; Б). Стеноз аортальных клапанов; В). Артерио-венозная фистула; Г). Тиреотоксикоз; Д). Болезнь

Педжета; Е). Гипотиреоз; Ж). Систолическая артериальная гипертония у молодых; З). Систолическая артериальная гипертония у пожилых.

- а) верно А
- + б) верно З
- в) верно В,Г,Д,Е
- г) верно все перечисленное

20) Заболевания, сопровождающиеся острым подъемом АД: А). Психогенная гипервентиляция; Б). Гипогликемия; В). Ожоги; Г). После операций на сердце; Д). Респираторный ацидоз; Е). Энцефалит; Ж). Ишемический инсульт; З). Мигрень.

- + а) верно А,В,Г,Ж
- б) верно А,В,Г,Д
- в) верно В,Г
- г) верно все перечисленное

21) Состояния, при которых наблюдается острое повышение АД: А). Психогенная гипервентиляция; Б). Гипогликемия; В). Ожоги; Г). После операций на сердце; Д). Респираторный ацидоз; Е). Энцефалит; Ж). Ишемический инсульт; З). Мигрень.

- + а) верно Д,Е,З
- б) верно Е
- в) верно А,Б,В,Г
- г) верно все перечисленное

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «сетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

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

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – прилагается.
2. Глазное дно – сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс – П.
3. Анализ мочи – уд. вес – 1018, белка нет, сахара нет, л. – 1–3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. – $6,0 \times 10^9$ /л, ц.п. – 0,9; э. – 1, п. – 4, с. – 66, л. – 24, м. – 5, СОЭ – 6 мм/ч.
6. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

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

Задача 2. Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

Задача 3. Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гипертенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

Задача 4. Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

Задача 5. Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приемное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

Задача 6. Больной К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжелой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние. Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту. Периферических отеков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Выберите препараты для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите плановое лечение гипертонической болезни у данного больного.

Практические навыки:

1. Собрать анамнез у пациента.
2. Правильного измерения АД по Н.С. Короткову (на руках, ногах).
3. Владеть алгоритмом дифференциальной диагностики артериальной гипертензии от симптоматической артериальной гипертензии;
4. Анализировать данные ЭКГ, ЭХО КГ и суточного мониторирования артериального давления,
5. Определиться с тактикой ведения пациента с артериальной гипертензией с учетом коморбидности;
6. Определить должный объем консультативной помощи;
7. Определить тактику ведения пациента согласно современным национальным рекомендациям;
8. Провести коррекцию лечения согласно результатам дополнительных методов обследования;

Тема 12. Симптоматические артериальные гипертензии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация симптоматических гипертензий.
- Причины вазоренальной гипертензии.
- Современные методы коррекции вазоренальной гипертензии.
- Вторичные артериальные гипертензии. АГ при эндокринных заболеваниях.
- Реноваскулярные АГ.
- Ренопаренхиматозные АГ.
- Классификация опухолей надпочечников.
- Дифференциальная диагностика опухолей надпочечников.
- Гормонально неактивные опухоли надпочечников.
- Общий алгоритм тактики при симптоматической гипертензии.

Тестовый контроль:

1. Для первичного альдостеронизма характерны следующие признаки:

- А. Гипертензия
- Б. Гипокалиемия (ниже 3 мэкв/д)
- В. Гиперальдостеронурия
- Г. Гипоренинемия
- +Д. Все перечисленное

2. Рациональной терапией при вазоренальной гипертензии является применение:

- А. Диуретиков
- Б. Бета-адреноблокаторов
- В. Бессолевой диеты
- +Г. Хирургическое лечение
- Д. Апрессина

3. Патогенез развития артериальной гипертензии при феохромоцитоме связан с:

- А. Выбросом в кровь кортизона
- +Б. Выбросом в кровь катехоламинов
- В. Выбросом в кровь альдостерона
- Г. Задержкой натрия в организме
- Д. Всем перечисленным

4. Причинами вазоренальной гипертензии могут быть:

- А. Атеросклероз почечной артерии
- Б. Пороки развития почечных артерий и почек
- В. Фибромышечная гиперплазия
- Г. Неспецифический аортоартериит
- +Д. Все перечисленное

5. Органами-мишенями при АГ являются все за исключением:

- +а) печени;
- б) почек;
- в) сердца;
- г) головного мозга.

6. Наиболее точным методом выявления гипертрофии миокарда левого желудочка является:

- а) ЭКГ;
- б) перкуссия;
- +в) ЭхоКГ;
- г) рентгенологическое исследование;
- д) компьютерная томография.

7. К признакам ренопаренхиматозной АГ относятся:

- а) изменения в анализах мочи;
- б) высокая концентрация в крови креатинина;
- в) заболевания почек в анамнезе;

- +г) все перечисленное;
д) ничего из перечисленного.
8. СКФ при АГ 2–3-й степеней:
- а) выше, чем выше АД;
+б) ниже, чем выше АД;
в) не изменяется при АГ 2-й степени;
г) не изменяется при АГ 3-й степени;
д) не зависит от уровня АД.
9. Наиболее информативным методом диагностики вазоренальной АГ является:
- а) УЗИ почек;
б) сцинтиграфия почек;
в) УЗИ почечных артерий;
+г) почечная ангиография;
д) показатели биохимического анализа крови.
10. К осложнениям АГ относится все перечисленное, кроме следующего:
- а) левожелудочковая недостаточность;
б) ИБС;
в) нарушение мозгового кровообращения;
г) почечная недостаточность;
+д) печеночная недостаточность.
11. К клиническим проявлениям поражения почек при АГ относится все перечисленное, кроме следующего:
- а) никтурия;
б) снижение концентрационной способности почек;
в) протеинурия;
+г) микрогематурия;
д) лейкоцитурия.
12. Диагноз «АГ 2-й степени» правомочен при следующем уровне АД:
- а) 140/90–150/90 мм рт. ст.;
б) 155/95–180/95 мм рт. ст.;
+в) 160/100–179/109 мм рт. ст.;
г) 180/110–185/115 мм рт. ст.;
д) при любых колебаниях АД выше 150/90 мм рт. ст.
13. Для поражения почек как органа-мишени при АГ характерны:
- +а) протеинурия;
б) бактериурия;
в) повышение концентрации креатинина плазмы (106–177 мкмоль/л);
г) наличие пиелонефрита;
д) наличие поликистоза почек.
14. Для поражения сосудов как органов-мишеней при АГ характерны:
- а) ультразвуковые признаки утолщения стенок артерий;
+б) наличие атеросклеротических бляшек в аорте, сонных, бедренных и подвздошных артериях;
в) варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей;
г) все перечисленное;
д) ничего из перечисленного.
15. Для выраженной гипертонической ретинопатии характерны:
- +а) кровоизлияния или экссудаты;
б) отек соска зрительного нерва;
в) очаговое сужение артерий;
г) явления хронического конъюнктивита;
д) все перечисленное.

16. К поражениям головного мозга при АГ относятся:

- а) ишемический инсульт;
- +б) геморрагический инсульт;
- в) транзиторные ишемические атаки;
- г) менингоэнцефалит;
- д) все перечисленное.

17. Выясните правильную последовательность установления степени тяжести и стратификации риска АГ:

- а) определение факторов риска;
- б) определение степени АГ;
- в) выявление наличия поражения органов-мишеней;
- г) выявление сопутствующих (ассоциированных) клинических состояний.
- +д) все перечисленное

Тема 13. Лечение артериальной гипертензии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Назовите немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии.
- Какие группы антигипертензионных препаратов используются при лечении гипертонической болезни?
- Назовите преимущественные показания для использования антигипертензионных препаратов.
- Какие имеются абсолютные и относительные противопоказания для использования антигипертензионных препаратов?
- Что означает рациональная, возможная и нерациональная комбинация антигипертензионных препаратов?
- Что такое резистентная артериальная гипертензия? Методы ее лечения.
- Тактика лечения гипертонии “белого халата” и маскированной гипертонии.
- Антигипертензивная терапия у больных пожилого и старческого возраста.
- Лечение гипертонических кризов и неотложных состояний.
- Коррекция сопутствующих факторов риска артериальной гипертензии
- Тактика ведения и цели терапии больных АГ. Общие принципы ведения. Модификация образа жизни.
- Медикаментозная терапия больных артериальной гипертензией.
- Выбор антигипертензивного препарата. Комбинированная терапия АГ

Тестовый контроль:

1. Рациональными комбинациями для лечения АГ являются все перечисленные, кроме одной:

- А. Бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция дигидропиридинового ряда
- Б. Бета-адреноблокаторы и диуретики
- В. Ингибиторы АПФ и диуретики
- +Г. Бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция недигидропиридинового ряда
- Д. Антагонисты кальция и диуретики

2. Гипотензивным препаратом, ингибитором ангиотензинпревращающего фермента является:

- А. Клофелин
- Б. Анаприллин
- +В. Каптоприл
- Г. Ариффон
- Д. Коринфар

3. активное действие ангиотензина II определяет следующие эффекты, кроме:

- а. прямой сосудосуживающий на артерии и вены
- б. активация синтеза и секреции альдостерона корой надпочечников

- в. активация синтеза и секреции вазопрессина
г. активация симпатoadренальной системы
+д. прямой сосудорасширяющий эффект на артерии и вены
4. какое положение относительно и-апф неправильно?
а. обладают нефропротекторным действием
+б. в минимальных дозах ухудшают функцию почек и вызывают развитие хпн
в. при длительном применении приводят к регрессии гипертрофии миокарда
г. не повышают содержание мочевой кислоты в плазме крови
д. предотвращают ремоделирование левого желудочка у больных, перенесших им
5. при недостаточном гипотензивном эффекте монотерапии иапф, какой из диуретических препаратов предпочтительнее добавить больному с аг?
а. фуросемид
б. триамтерен
в. верошпирон
г. урегит
+д. гипотиазид
- б. укажите среднюю суточную дозу индапамида у больных с мягкой и умеренной артериальной гипертензией:
а. 10 мг
б. 100 мг
в. 25 мг
+г. 2,5 мг
д. 0,5 мг
7. укажите один из наиболее ранних симптомов, свидетельствующих о передозировке сердечных гликозидов:
+а. тошнота, рвота
б. гинекомастия
в. анорексия
г. характерные изменения на экг
д. нарушение а-в проводимости
8. выберите диуретик – препарат выбора при острой левожелудочковой недостаточности?
а. диакарб
б. маннитол
+в. фуросемид
г. спиронолактон
д. хлорталидон
9. укажите препарат, избирательно действующий на рецепторы ангиотензина ii?
а. каптоприл
б. периндоприл
в. моксонидин
+г. лосартан
д. исрадипин
10. какой из нижеперечисленных препаратов не относится к периферическим вазодилататорам?
+а. пропранолол
б. каптоприл
в. нифедипин
г. молсидомин
д. празозин
11. препараты выбора при неосложненном гипертоническом кризе:
а. бисопролол
б. спиронолактон

+в. каптоприл

г. нифедипин

12. препараты выбора для лечения артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом:

а. бета-адреноблокаторы

б. мочегонные

+в. и-апф

г. центрального действия

д. периферические вазодилататоры

13. какие антигипертензивные препараты противопоказаны при беременности:

а. бета-адреноблокаторы

б. мочегонные

+в. и-апф

г. центрального действия

д. периферические вазодилататоры

14. препараты выбора при лечении артериальной гипертензии у беременных женщин:

+а. метилдопа

б. нифедипин

в. каптоприл

г. фуросемид д. атенолол

15. препарат выбора при осложненном гипертоническом кризе (окс) острым коронарным синдромом:

а. фуросемид

б. фентоламин

+в. нитроглицерин

г. сульфат магния

16. препарат выбора при осложненном гипертоническом кризе при феохромоцитоме:

а. эналаприл

б. бисопролол

в. фуросемид

+г. фентоламин

17. препарат выбора для лечения артериальной гипертензии при нефропатии различного генеза:

+а. эналаприл

б. бисопролол

в. фуросемид

г. фентоламин

д. нитроглицерин

18. антигипертензивный препарат, который может вызывать периферические отеки:

а. фуросемид

б. бисопролол

в. моксонидин

+г. амлодипин

19. антигипертензивные препараты, применяемые при гипертоническом кризе, кроме:

а. фуросемид

б. каптоприл

в. моксонидин

г. карведилол

д. фуросемид

+е. изокет-спрей ж. нифедипин

20. какие из антигипертензивных препаратов не рекомендуют применять при подагре из-за их способности увеличивать урикемию?

+а. тиазидовые диуретики

- б. иапф
- в. периферические вазодилататоры
- г. нитраты
- д. бета-блокаторы

21. при лечении аг ингибиторами апф рекомендуют контролировать все, кроме:

- +а. уровень фосфора крови
- б. уровень калия крови
- в. уровень креатинина крови
- г. уровень ад

Тематика рефератов:

- «Антигипертензивные препараты и межвизитная вариабельность артериального давления».
- «Монотерапия и комбинированная терапия - “За” и “против” двух подходов».
- «Резистентная артериальная гипертензия».
- «Модификация образа жизни больных артериальной гипертензией».
- «Антигипертензивная терапия у больных старческого возраста».

Тема 14. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности.
- Диагностика сердечной недостаточности. Вопросы медико-социальной экспертизы.
- Хроническая сердечная недостаточность, осложнения.
- Принципы лечения сердечной недостаточности.
- Перечислите ЭКГ признаки сердечной недостаточности
- Перечислите основные клинические признаки сердечной недостаточности
- Осложнения, которые возникают при сердечной недостаточности
- Какие аритмии возникают при сердечной недостаточности
- Клинические и ЭКГ признаки АВ блокады при сердечной недостаточности
- О чем может свидетельствовать низкий вольтаж зубцов на ЭКГ у больных с ХСН
- Причины гипертрофии левого желудочка у пациента с ХСН
- Причины желудочковых аритмий у пациентов с ХСН
- Необходимые действия при появлении желудочковых аритмий у пациентов с ХСН

Тестовый контроль:

1. Гемодинамические показатели при хронической сердечной недостаточности характеризуются

- а) уменьшением центрального венозного давления
- +б) уменьшением минутного объема крови
- в) повышением скорости кровотока
- г) повышением мощности сокращения левого желудочка
- д) повышением общего периферического сопротивления сосудов

2. Миокардиальная форма сердечной недостаточности развивается при

- а) гиперволемии;
- б) стенозе клапанных отверстий сердца;
- в) недостаточности клапанов сердца;
- г) первичной артериальной гипертензии;
- +д) ишемической болезни сердца.

3. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности I класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Появляются указанные жалобы только при повышенных нагрузках; В. Указанные жалобы отсутствуют в покое, но появляются при

нагрузке; Г. Указанные жалобы отсутствуют в покое и не появляются при нагрузке; Д. Выполняет нагрузку до 100 W.

+а) верно Г

б) верно Б

в) верно В

г) верно Д

4. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности II класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Появляются указанные жалобы только при повышенных нагрузках; В. Указанные жалобы отсутствуют в покое, но появляются при нагрузке; Г. Указанные жалобы отсутствуют в покое и не появляются при нагрузке; Д. Выполняет нагрузку до 100 W.

а) верно Б

+б) верно Б,В

в) верно В

г) верно Д

5. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности II класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках; Б. Указанные жалобы возникают только при больших нагрузках; В. Может выполнить нагрузку на ВЭМ в пределах 80 W; Г. Указанные жалобы возникают при обычных нагрузках; Д. Указанные жалобы иногда появляются в покое.

а) верно А

б) верно Б

+в) верно Г

г) верно В

6. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца: А. Жалобы на появление одышки, сердцебиения, слабости при небольших нагрузках; Б. Указанные жалобы возникают только при больших нагрузках; В. Может выполнить нагрузку на ВЭМ в пределах 80 W; Г. Указанные жалобы возникают при обычных нагрузках; Д. Указанные жалобы иногда появляются в покое.

а) верно Б

б) верно В

в) верно Г,Д

+г) верно А

7. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца: А. Имеются жалобы на одышку, сердцебиение при обычной нагрузке; Б. Указанные жалобы возникают при малых нагрузках; В. Указанные жалобы иногда возникают в покое; Г. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 80 W; Д. Эпизодически ночью из-за нехватки воздуха больной вынужден присаживаться; Е. Обычные нагрузки переносятся хорошо.

+а) верно Б

б) верно А

в) верно В

г) верно Д

8. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности I класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца: А. Имеются жалобы на одышку, сердцебиение при обычной нагрузке; Б. Указанные жалобы возникают при малых нагрузках; В. Указанные жалобы иногда возникают в покое; Г. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 80 W; Д. Эпизодически ночью из-за нехватки воздуха больной вынужден присаживаться; Е. Обычные нагрузки переносятся хорошо.

а) верно Д

+б) верно Е

в) верно Г

г) верно А

9. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности IV класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца: А. Жалобы на возникновение одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 60 W; В. Указанные в п. А симптомы присутствуют в покое, но уменьшаются при нагрузке; Г. Указанные в п. А симптомы отсутствуют в покое, но возникают при небольших нагрузках; Д. Указанные симптомы имеются в покое и усиливаются даже при малых нагрузках.

+а) верно Д

б) верно Г

в) верно В

г) верно Б

10. Симптомы, характерные для сердечной недостаточности III класса в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца: А. Жалобы на возникновение одышки, сердцебиения, слабости при обычной нагрузке; Б. Больной может выполнить нагрузку на ВЭМ до 60 W; В. Указанные в п. А симптомы присутствуют в покое, но уменьшаются при нагрузке; Г. Указанные в п. А симптомы отсутствуют в покое, но возникают при небольших нагрузках; Д. Указанные симптомы имеются в покое и усиливаются даже при малых нагрузках.

а) верно Б

б) верно А

+в) верно Г

г) верно В

11. Для каких поражений сердца характерно наличие систолической формы сердечной недостаточности: А. Ревматический стеноз клапанов аорты; Б. Двухстворчатый аортальный клапан; В. Аортальная недостаточность; Г. Недостаточность митрального клапана ревматической этиологии; Д. Развитие отека легких во время приступа стенокардии; Е. Развитие отека легких при пароксизме наджелудочковой тахикардии.

а) верно А

б) верно Б

+в) верно В,Г

г) верно Д,Е

12. Для каких поражений сердца характерно наличие диастолической формы сердечной недостаточности: А. Ревматический стеноз клапанов аорты; Б. Двухстворчатый аортальный клапан; В. Аортальная недостаточность; Г. Недостаточность митрального клапана ревматической этиологии; Д. Развитие отека легких во время приступа стенокардии; Е. Развитие отека легких при пароксизме наджелудочковой тахикардии.

а) верно А,Б

б) верно В,Г

в) верно Д,Е

+г) верно А,Б,Д,Е

13. Обязательные методы обследования у больных с сердечной недостаточностью, при наличии таких симптомов как одышка, отеки на голенях и влажные хрипы в легких, на первом этапе обследования: А. Масса тела; Б. Измерение артериального давления; В. Общий и биохимический анализ крови, анализ мочи; Г. ЭКГ покоя; Д. Холтер ЭКГ; Е. Проба с нагрузкой на велоэргометре; Ж. Рентгеновское исследование органов грудной клетки; З. Функция внешнего дыхания.

а) верно А,Б,В,Г

б) верно А,Б,В

в) верно Д,Е,Ж

+г) верно А,Б,В,Г,Ж

14. Необязательные методы обследования у больных с сердечной недостаточностью, при наличии таких симптомов как одышка, отеки на голенях и влажные хрипы в легких, на первом

этапе обследования: А. Масса тела; Б. Измерение артериального давления; В. Общий и биохимический анализ крови, анализ мочи; Г. ЭКГ покоя; Д. Холтер ЭКГ; Е. Проба с нагрузкой на велоэргометре; Ж. Рентгеновское исследование органов грудной клетки; З. Функция внешнего дыхания.

+а) верно Д,Е,З

б) верно А,Б,В,Г,Ж

в) верно А,Б,В

г) верно А,Б,В,Г

15. Гуморальные нарушения у больных сердечной недостаточностью (имеющие значение): А. Суточная экскреция с мочой натрия; Б. Суточная экскреция с мочой норадреналина; В. Уровень содержания в крови альдостерона; Г. Активность ренина крови; Д. Сниженное содержание натрия в крови; Е. Повышенное содержание в крови натрийуретического гормона.

+а) верно Б,В,Д,Е

б) верно А,Г

в) верно Г,В,Д

г) верно А,В,Д

16. Гуморальные нарушения у больных сердечной недостаточностью (не имеющие значения): А. Суточная экскреция с мочой натрия; Б. Суточная экскреция с мочой норадреналина; В. Уровень содержания в крови альдостерона; Г. Активность ренина крови; Д. Сниженное содержание натрия в крови; Е. Повышенное содержание в крови натрийуретического гормона.

+а) верно А,Г

б) верно А,В,Д

в) верно Б,В,Д,Е

г) верно Г,В,Д

17. Факторы, оказывающие большое влияние на прогноз жизни у больных хронической застойной сердечной недостаточностью: А. Функциональный класс; Б. Уровень систолического артериального давления около 100 мм рт ст; В. ИБС, как причина сердечной недостаточности; Г. Повышенное содержание альдостерона в крови; Д. Гипокалиемия; Е. Повышенная активность ренина крови; Ж. Повышенное содержание в крови предсердного натрийуретического пептида.

а) верно Б,Е,Ж

+б) верно А,В,Г,Д,Ж

в) верно А,Б,В,Г

г) верно А,Г,Д

18. Факторы, не оказывающие влияние на прогноз жизни у больных хронической застойной сердечной недостаточностью: А. Функциональный класс; Б. Уровень систолического артериального давления около 100 мм рт ст; В. ИБС, как причина сердечной недостаточности; Г. Повышенное содержание альдостерона в крови; Д. Гипокалиемия; Е. Повышенная активность ренина крови; Ж. Повышенное содержание в крови предсердного натрийуретического пептида.

а) верно А,Б,В,Г

+б) верно Б,Е

в) верно А,Г,Д

г) верно Д,Е

19. Низкая чувствительность показателей (симптомов), на основании которых распознается систолическая форма сердечной недостаточности: А. Синусовая тахикардия; Б. Одышка; В. Ортопноэ; Г. Пастозность (отеки) на голенях; Д. Набухание шейных вен; Е. Кардиоторакальный индекс более 50 %.

а) верно Б

б) верно Г

+в) верно В,Д

г) верно Е

20. Высокая чувствительность показателей (симптомов), на основании которых распознается систолическая форма сердечной недостаточности: А. Синусовая тахикардия; Б. Одышка; В. Ортопноэ; Г. Пастозность (отеки) на голенях; Д. Набухание шейных вен; Е. Кардиоторакальный индекс более 50 %.

а) верно А,Б

б) верно Б,В,Г

+в) верно А,Б,Г,Е

г) верно А,Б,В,Г,Д

21. Проявления при систолической форме сердечной недостаточности: А. Одышка при нагрузке; Б. Отеки на ногах; В. Влажные хрипы в легких; Г. Кардиоторакальный индекс более 50%; Д. Кардиоторакальный индекс менее 50%; Е. Фракция выброса левого желудочка более 40%; Ж. Фракция выброса левого желудочка менее 40%.

а) верно А,Б,В,Д,Е

б) верно А,Б,В,Г

в) верно А,Б,В,Ж

+г) верно А,Б,В,Г,Ж

22. Проявления при диастолической форме сердечной недостаточности: А. Одышка при нагрузке; Б. Отеки на ногах; В. Влажные хрипы в легких; Г. Кардиоторакальный индекс более 50%; Д. Кардиоторакальный индекс менее 50%; Е. Фракция выброса левого желудочка более 40%; Ж. Фракция выброса левого желудочка менее 40%.

а) верно А,Б,В,Г

б) верно А,Б,В,Г,Ж

в) верно А,Б,В,Ж

+г) верно А,Б,В,Д,Е

Ситуационные задачи:

Задача 1. 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. ЭКГ: синусовый ритм, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые экстрасистолы. QRS 0,13 сек. ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента? Что способствовало развитию декомпенсации сердечной недостаточности? Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы препаратов следует назначить больному? Как быть с назначенным ингибитором АПФ фозиноприлом в связи с АД 105/70 мм рт. ст. - отменить, уменьшить или увеличить дозу? Как быть с Карведилолом?

5. Если, несмотря на проведение адекватной терапии, не удастся добиться стойкой компенсации сердечной недостаточности, имеются ли резервы в лечении?

Задача 2. Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см снаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют. Вопросы:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения.
5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

Задача 3. Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 1 сентября по 14 сентября по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 1 сентября. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации. Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт. ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана. При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии. В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак - 4,5. ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ - 48%. Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30 сентября. Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС - 137 ударов в минуту достигнута при нагрузке 100 Вт. Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 минут пройдено 412 метров. 30 сентября явился на прием в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка. Постоянно принимает Аспирин 100 мг/сут, Клопидогрел 75 мг/сут, Аторвастатин 40 мг/сут, Бисопролол 2,5 мг/сут, Лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.
4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.

5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

Задача 4. Больной М. 66 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2013 году), коронаросклероз (коронарография в 2013 г., 2014 г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск ССО 4. ХСН II Б, ФК III». Жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отеки нижних конечностей. При осмотре АД - 120/70 мм рт. ст., PS – 60 ударов в минуту, при аускультации легких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отеки стоп и голеней. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС – 65 ударов в минуту, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка (инфаркт миокарда в анамнезе). ЭХО-КГ: общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%). Биохимия крови: АСАТ – 45 ед/л, АЛАТ – 39 ед/л, креатинин – 98 мкмоль/л, ОХС – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ЛВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, К⁺ – 4,0 ммоль/л. На момент осмотра пациент получает: Верошпирон 25 мг 1 раз в день; Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки; Аторвастатин 40 мг вечером; Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день; Варфарин 5 мг 1 раза в день. Больной госпитализирован.

1. Оцените адекватность выбранной диуретической терапии тяжести состояния пациента.
2. Назовите критерии эффективности диуретической терапии для данного пациента.
3. Укажите комбинацию лекарственных препаратов, сочетание которых усиливает риск брадикардии и АВ-блокады. Перечислите методы контроля безопасности фармакотерапии.
4. Укажите лабораторный показатель и его целевое значение для оценки эффективности и безопасности назначения Варфарина.
5. Изменение каких лабораторных показателей и во сколько раз может свидетельствовать о развитии побочных эффектов на фоне приема статинов?

Задача 5. Больной В. 35 лет, инженер, жалуется на отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе употребление наркотиков. Два года назад стали беспокоить перебои в работе сердца, неоднократно лечился в стационаре. Год назад появилась тяжесть в правом подреберье, эпизодически появлялись отеки на ногах, 3 месяца назад стал увеличиваться живот. Объективно: диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. В течение года субфебрилитет. Температура – 36,9°C. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Пульсация и набухание шейных вен. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритм неправильный, удовлетворительного наполнения, напряжения, средней величины. ЧСС - 72 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, громкие. У основания мечевидного отростка I тон ослаблен, выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот «лягушачий». Симптом флюктуации положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ее ровный, закругленный, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненна. Селезенка пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты – 12×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 23%, моноциты – 2%. СОЭ – 26 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 80%, АСТ – 65 Ед/л, АЛТ – 89 Ед/л, билирубин общий – 32,24 мкмоль/л (прямой – 16,12, непрямой – 12,12).

1. Сформулируйте синдромы и определите ведущий (ведущие).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Сформулируйте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте основные принципы лечения.

Тема 15. Лечение ХСН.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Выбор терапии в зависимости от этиологии сердечной недостаточности
- Группы препаратов увеличивающие продолжительность жизни (ингибиторы АПФ, антагонисты А2 рецепторов, антагонисты альдостерона, кардиоселективные бета-адреноблокаторы)
- Группы препаратов улучшающие качество жизни (сердечные гликозиды, диуретики)
- Основные задачи при лечении ХСН
- Основные пути достижения поставленных целей лечения при ХСН
- Профилактика ХСН
- Немедикаментозные методы лечения ХСН
- Реабилитация больных ХСН
- Принципы медикаментозного лечения ХСН
- Основные препараты для лечения ХСН с низкой ФВ ЛЖ
- Антагонисты минералкортикоидных рецепторов в лечении ХСН
- Антикоагулянты в лечении ХСН
- Основные препараты для лечения ХСН с нормальной ФВ ЛЖ

Тестовый контроль:

1. У больных ХСН дозу бета-блокаторов доводят до средней терапевтической, увеличивая текущую дозу __
 - а) вдвое
 - +б) на величину стартовой дозы
 - в) дня
 - г) недели
2. Диуретическую терапию у компенсированных больных ХСН можно считать адекватной, если вес пациента __ и назначен спиронолактон в дозе __ мг/сутки
 - а) остается стабильным
 - б) ежедневно снижается на 1 кг
 - в) 100
 - +г) 25
3. Максимальные дозы Атенолола у больных сердечной недостаточностью: А. 10мг; Б. 50 мг; В. 150 мг; Г. 200 мг; Д. Не установлено.
 - +а) верно Г
 - б) верно А
 - в) верно Б
 - г) верно Д
4. Максимальные дозы Бисопролола у больных сердечной недостаточностью: А. 10мг; Б. 50 мг; В. 150 мг; Г. 200 мг; Д. Не установлено.
 - а) верно Б
 - б) верно Г
 - в) верно Д
 - +г) верно А
5. Максимальные дозы Карведилола у больных сердечной недостаточностью: А. 10мг; Б. 50 мг; В. 150 мг; Г. 200 мг; Д. Не установлено.
 - а) верно А
 - б) верно В
 - +в) верно Б
 - г) верно Г
6. Максимальные дозы Метопролола у больных сердечной недостаточностью: А. 10мг; Б. 50 мг; В. 150 мг; Г. 200 мг; Д. Не установлено.
 - а) верно Г
 - +б) верно В

в) верно Б

г) верно Д

7. Условия, ограничивающие назначение блокаторов бета-адренорецепторов у больных сердечной недостаточностью: А. Отсутствие базисной терапии другими препаратами; Б. Наличие выраженных отеков; В. Терапия добутамином, допамином; Г. Возникшая гипотония на терапии ингибиторами АПФ; Д. Возникшая брадикардия на терапии гликозидами.

а) верно А

+б) верно А,Б,В

в) верно Б,В

г) верно Д

8. Условия, не ограничивающие назначение блокаторов бета-адренорецепторов у больных сердечной недостаточностью: А. Отсутствие базисной терапии другими препаратами; Б. Наличие выраженных отеков; В. Терапия добутамином, допамином; Г. Возникшая гипотония на терапии ингибиторами АПФ; Д. Возникшая брадикардия на терапии гликозидами.

+а) верно Г,Д

б) верно Г

в) верно А

г) верно Б

9. Доказанная польза применения, блокаторов бета-адренорецепторов, у больных сердечной недостаточностью, таких как: А. Атенолол; Б. Анаприлин; В. Бисопролол; Г. Вискен; Д. Корданум; Е. Карведилол; Ж. Локрен; З. Метопролол.

а) верно В,Е

+б) верно В,Е,З

в) верно А,В

г) верно А,В,З

10. Не доказанная польза применения, блокаторов бета-адренорецепторов, у больных сердечной недостаточностью, таких как: А. Атенолол; Б. Анаприлин; В. Бисопролол; Г. Вискен; Д. Корданум; Е. Карведилол; Ж. Локрен; З. Метопролол.

а) верно А,Б,В

+б) верно А,Б,Г,Д,Ж

в) верно Д,Ж

г) верно Г,Д

11. Первая доза назначения бисопролола, у больных сердечной недостаточностью: А. 1,25 мг; Б. 3,125 мг; В. 5 мг; Г. 10 мг; Д. 12,5 мг; Е. 25 мг; И. Не установлено.

а) верно Б

+б) верно А

в) верно В

г) верно Г

12. Первая доза назначения карведилола, у больных сердечной недостаточностью: А. 1,25 мг; Б. 3,125 мг; В. 5 мг; Г. 10 мг; Д. 12,5 мг; Е. 25 мг; И. Не установлено.

а) верно И

б) верно Г

+в) верно Б

г) верно А

13. Первая доза назначения метопролола, у больных сердечной недостаточностью: А. 1,25 мг; Б. 3,125 мг; В. 5 мг; Г. 10 мг; Д. 12,5 мг; Е. 25 мг; И. Не установлено.

а) верно В

б) верно Г

в) верно Д

+г) верно Д,Е

14. Показания для назначения сердечных гликозидов у больных сердечной недостаточностью: А. Атриовентрикулярная блокада I ст; Б. ЧСС 50 уд в 1 мин; В. Терапия бета-адреноблокаторами у больного III-IV ФК; Г. Гипокалиемия; Д. Гиперкальциемия; Е. Гиперкалиемия; И. Нормокардия в покое у больного III-IV ФК.

а) верно Г

+б) верно В,И

в) верно А,В

г) верно Б,И

15. Противопоказания для назначения сердечных гликозидов у больных сердечной недостаточностью: А. Атриовентрикулярная блокада I ст; Б. ЧСС 50 уд в 1 мин; В. Терапия бета-адреноблокаторами у больного III-IV ФК; Г. Гипокалиемия; Д. Гиперкальциемия; Е. Гиперкалиемия; И. Нормокардия в покое у больного III-IV ФК.

а) верно Г,Д,Е

б) верно Г

в) верно Б

+г) верно Б,Г,Д

16. Факторы, влияющие на выбор лечения сердечной недостаточности дигоксином, изоланидом: А. Функциональный класс I; Б. Функциональный класс II; В. Функциональный класс III-IV; Г. Наличие почечной недостаточности; Д. Старческий возраст; Е. Выраженные нарушения функции печени.

а) верно Г,Д

б) верно В

+в) верно Е

г) верно А,Б

17. Факторы, влияющие на выбор лечения сердечной недостаточности дигитоксином: А. Функциональный класс I; Б. Функциональный класс II; В. Функциональный класс III-IV; Г. Наличие почечной недостаточности; Д. Старческий возраст; Е. Выраженные нарушения функции печени.

а) верно А,Б

б) верно Е

+в) верно Г,Д

г) верно В

18. При развитии алкалоза у больных сердечной недостаточностью, как коррелировать терапию: А. Увеличение дозы диуретика; Б. Комбинация фуросемида с гипотиазидом; В. Верошпирон; Г. Кислые пищевые продукты; Д. Фонурид (диакарб); Е. Внутривенная инфузия калия хлорида; Ж. Аспаркам (панангин 6-8 табл. в день).

а) верно Е

б) верно В

+в) верно Д

г) верно Б

19. При развитии вторичного альдостеронизма у больных сердечной недостаточностью, как коррелировать терапию: А. Увеличение дозы диуретика; Б. Комбинация фуросемида с гипотиазидом; В. Верошпирон; Г. Кислые пищевые продукты; Д. Фонурид (диакарб); Е. Внутривенная инфузия калия хлорида; Ж. Аспаркам (панангин 6-8 табл. в день).

+а) верно В

б) верно Д

в) верно Е

г) верно Ж

20. При развитии синдрома "свободной воды", гипокалиемии у больных сердечной недостаточностью, как коррелировать терапию: А. Увеличение дозы диуретика; Б. Комбинация фуросемида с гипотиазидом; В. Верошпирон; Г. Кислые пищевые продукты; Д.

Фонурид (диакарб); Е. Внутривенная инфузия калия хлорида; Ж. Аспаркам (панангин 6-8 табл. в день).

- а) верно Д
- б) верно Г,Ж
- в) верно В
- +г) верно Е

21. Какие препараты на I-ой ступени выбора, в качестве лекарственной монотерапии систолической формы сердечной недостаточности (при синусовой тахикардии и без симптомов застоя крови), следует предпочесть: А. Дигоксин (при наличии противопоказаний к бета-блокаторам); Б. Фуросемид; В. Ингибиторы АПФ; Г. Бета-адреноблокаторы.

- а) верно В
- б) верно А,Б
- +в) верно Г,А
- г) верно Г

22. Какие препараты на I-ой ступени выбора, в качестве лекарственной монотерапии систолической формы сердечной недостаточности (при наличии умеренных отеков на голенях без тахикардии в покое), следует предпочесть: А. Дигоксин (при наличии противопоказаний к бета-блокаторам); Б. Фуросемид; В. Ингибиторы АПФ; Г. Бета-адреноблокаторы.

- а) верно Б
- +б) верно В
- в) верно А
- г) верно Г

23. Для каких поражений сердца характерно наличие систолической формы сердечной недостаточности: А. Ревматический стеноз клапанов аорты; Б. Двухстворчатый аортальный клапан; В. Аортальная недостаточность; Г. Недостаточность митрального клапана ревматической этиологии; Д. Развитие отека легких во время приступа стенокардии; Е. Развитие отека легких при пароксизме наджелудочковой тахикардии.

- а) верно А
- б) верно Б
- +в) верно В,Г
- г) верно Д,Е

Тема 16. Воспалительные заболевания сердца.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация и морфологическая сущность ревматических эндокардитов.
- Патоморфологическая характеристика ревматического миокардита и перикардита
- Понятие об эндокардитах, миокардитах, перикардитах.
- Назовите причины вызывающие воспалительные заболевания сердца. Приведите примеры.
- Назовите морфологические проявления эндо-, мио- и перикардитов, их осложнения и исходы.
- Перикардиты, этиология, патогенез гемодинамических расстройств.
- Этиология, патогенез и клинические варианты течения инфекционного эндокардита.
- Миокардиты, классификация, клиника, диагностика.
- Дифференциальная диагностика эндокардита митрального клапана.

Тестовый контроль:

1. При инфекционном эндокардите в клапанах сердца наблюдается:

- а. острый бородавчатый эндокардит.
 - б. возвратно-бородавчатый эндокардит.
 - +в. полипозно-язвенный эндокардит.
 - г. фибропластический париетальный эндокардит с эозинофилией.
 - д. диффузный эндокардит
2. Инфекционный эндокардит подразделяют на:

а. стенозирующий и нестенозирующий.

+б. острый и подострый.

в. врожденный и приобретенный.

г. повторный.

д. непрерывно рецидивирующий.

3. Отличительные особенности хронического миокардита: А. Наличие боли в груди; Б. Депрессия сегмента ST в некоторых отведениях; В. Наличие выраженной сердечной недостаточности в сочетании с умеренным увеличением полости левого желудочка (менее 6,5 см); Г. Нормальное содержание ферментов крови (тропонина Т).

+а) верно А,Б,В

б) верно Г

в) верно А,Б

г) верно В,Г

4. Отличительные особенности дилатационной кардиомиопатии: А. Наличие боли в груди; Б. Депрессия сегмента ST в некоторых отведениях; В. Наличие выраженной сердечной недостаточности в сочетании с умеренным увеличением полости левого желудочка (менее 6,5 см); Г. Нормальное содержание ферментов крови (тропонина Т).

а) верно А,Б

б) верно В,Г

+в) верно Г

г) верно А,Б,В

5. Отличительные особенности хронического миокардита: А. Повышенное содержание тропонина в крови; Б. Локальные нарушения сократимости миокарда левого желудочка; В. Отягощенный семейный анамнез в отношении раннего развития сердечной недостаточности.

а) верно В

б) верно А

+в) верно А,Б

г) верно Б

6. Отличительные особенности дилатационной кардиомиопатии: А. Повышенное содержание тропонина в крови; Б. Локальные нарушения сократимости миокарда левого желудочка; В. Отягощенный семейный анамнез в отношении раннего развития сердечной недостаточности.

а) верно А,Б

б) верно А

в) верно Б

+г) верно В

7. Большие критерии диагностики гипертрофической кардиомиопатии у ближайших родственников, не имеющих жалоб: А. Гипертрофия левого желудочка и изменения ST - Т на ЭКГ; Б. Нарушения атриовентрикулярной или внутрижелудочковой проводимости; В. Толщина передней части межжелудочковой перегородки или задней стенки левого желудочка 13 мм и более; Г. Наличие контакта створки митрального клапана с перегородкой; Д. Отрицательный зубец Т (3 мм и более) в I, AVL или V3-V6 отведениях.

а) верно Б

б) верно А,Б,В

в) верно Б,Д

+г) верно А,В,Г,Д

8. Малые критерии диагностики гипертрофической кардиомиопатии у ближайших родственников, не имеющих жалоб: А. Гипертрофия левого желудочка и изменения ST - Т на ЭКГ; Б. Нарушения атриовентрикулярной или внутрижелудочковой проводимости; В. Толщина передней части межжелудочковой перегородки или задней стенки левого желудочка 13 мм и более; Г. Наличие контакта створки митрального клапана с перегородкой; Д. Отрицательный зубец Т (3 мм и более) в I, AVL или V3-V6 отведениях.

а) верно А,В,Г,Д

- +б) верно Б
- в) верно Б,Д
- г) верно А,Б,В

9. Большие критерии диагностики гипертрофической кардиомиопатии у ближайших родственников, не обращавшихся к врачу: А. Наличие патологических зубцов Q в двух сопряженных отведениях; Б. Наличие парадоксального движения створки митрального клапана (без контакта с перегородкой); В. Зубец S в отведении V2 25 мм и более; Г. Небольшие нарушения реполяризации в грудных отведениях; Д. Обмороки в анамнезе, наличие боли в груди, одышки.

- а) верно А,В,Д
- б) верно Б,В
- в) верно Б,В,З,Д
- +г) верно А

10. Малые критерии диагностики гипертрофической кардиомиопатии у ближайших родственников, не обращавшихся к врачу: А. Наличие патологических зубцов Q в двух сопряженных отведениях; Б. Наличие парадоксального движения створки митрального клапана (без контакта с перегородкой); В. Зубец S в отведении V2 25 мм и более; Г. Небольшие нарушения реполяризации в грудных отведениях; Д. Обмороки в анамнезе, наличие боли в груди, одышки.

- +а) верно Б,В,Г,Д
- б) верно А
- в) верно Б,В
- г) верно А,В,Д

11. Обструктивная форма гипертрофической кардиомиопатии: А. Концентрическая гипертрофия миокарда; Б. Апикальная гипертрофия миокарда; В. Гипертрофия межжелудочковой перегородки; Г. Гипертрофия передней стенки левого желудочка; Д. Гипертрофия правого желудочка.

- +а) верно В
- б) верно А,В
- в) верно А,Б,Г,Д
- г) верно Б,Д

12. Необструктивная форма гипертрофической кардиомиопатии: А. Концентрическая гипертрофия миокарда; Б. Апикальная гипертрофия миокарда; В. Гипертрофия межжелудочковой перегородки; Г. Гипертрофия передней стенки левого желудочка; Д. Гипертрофия правого желудочка.

- а) верно А,В
- +б) верно А,Б,Г,Д
- в) верно В
- г) верно Б,Д

13. Нарушения, выявляемые у больных с обструктивной формой гипертрофической кардиомиопатией: А. Наличие диастолической дисфункции левого желудочка; Б. Дилатация левого желудочка; В. Наличие разницы в давлении между левым желудочком и аортой

- а) верно А
- +б) верно А,Б,В
- в) верно Б
- г) верно А,Б

14. Нарушения, выявляемые у больных с необструктивной формой гипертрофической кардиомиопатией: А. Наличие диастолической дисфункции левого желудочка; Б. Дилатация левого желудочка; В. Наличие разницы в давлении между левым желудочком и аортой

- а) верно А,Б,В
- б) верно А
- +в) верно А,Б

г) верно Б

15. Нарушения, выявляемые у больных с обструктивной формой гипертрофической кардиомиопатией: А. Головокружение, обмороки при нагрузке; Б. Наличие систолического шума во II межреберье справа от грудины; В. Фракция выброса левого желудочка более 70%.

+а) верно А,Б,В

б) верно А

в) верно В

г) верно Б

16. Нарушения, выявляемые у больных с необструктивной формой гипертрофической кардиомиопатией: А. Головокружение, обмороки при нагрузке; Б. Наличие систолического шума во II межреберье справа от грудины; В. Фракция выброса левого желудочка более 70%.

а) верно Б

б) верно А

в) верно А,Б,В

+г) верно А,В

17. Анатомические факторы, влияющие на величину градиента давления между левым желудочком и аортой у больных с гипертрофической кардиомиопатией: А. Сужение выносящего тракта левого желудочка; Б. Расширение выносящего тракта левого желудочка; В. Парадоксальное движение створки митрального клапана в систолу и его длительный контакт с межжелудочковой перегородкой; Г. Проба Вальсальвы.

а) верно Б,В

+б) верно А,В

в) верно Г

г) верно А

18. Функциональные факторы, увеличивающие градиент давления между левым желудочком и аортой у больных с гипертрофической кардиомиопатией: А. Сужение выносящего тракта левого желудочка; Б. Расширение выносящего тракта левого желудочка; В. Парадоксальное движение створки митрального клапана в систолу и его длительный контакт с межжелудочковой перегородкой; Г. Проба Вальсальвы.

а) верно А

б) верно Б,В

в) верно А,В

+г) верно Г

19. Анатомические факторы, влияющие на величину градиента давления между левым желудочком и аортой у больных с гипертрофической кардиомиопатией: А. Прием нитроглицерина; Б. Физическая нагрузка; В. Горизонтальное положение и покой; Г. Гиповолемия; Д. Гипертрофия межжелудочковой перегородки; Е. Гипертрофия передней стенки.

+а) верно Д

б) верно А,Б,Г

в) верно Б,В

г) верно Е

20. Функциональные факторы, увеличивающие градиент давления между левым желудочком и аортой у больных с гипертрофической кардиомиопатией: А. Прием нитроглицерина; Б. Физическая нагрузка; В. Горизонтальное положение и покой; Г. Гиповолемия; Д. Гипертрофия межжелудочковой перегородки; Е. Гипертрофия передней стенки.

а) верно А

б) верно Д

+в) верно А,Б,Г

г) верно Б,В

21. Препараты, уменьшающие градиент давления между левым желудочком и аортой: А. Нифедипин; Б. Норваск; В. Атенолол; Г. Ритмилен; Д. Верапамил; Е. Дилтиазем; Ж. Кордарон.

- а) верно А,Б
- +б) верно В,Г
- в) верно В,Е
- г) верно Д,Е

22. Препараты, наиболее значительно уменьшающие выраженность диастолической дисфункции: А. Нифедипин; Б. Норваск; В. Атенолол; Г. Ритмилен; Д. Верапамил; Е. Дилтиазем; Ж. Кордарон.

- а) верно В,Г
- б) верно А,Б
- +в) верно Д,Е
- г) верно В,Е

23. Увеличение градиента давления между левым желудочком и аортой у больных гипертрофической кардиомиопатией и механизм их возникновения: А. Усиление сократимости миокарда; Б. Угнетение сократимости; В. Уменьшение притока крови к сердцу; Г. Увеличение притока крови к сердцу; Д. Уменьшение постнагрузки; Е. Увеличение постнагрузки.

- а) верно А,В
- б) верно Б,Е
- в) верно Б,Г,Д
- +г) верно А,В,Д

24. Уменьшение градиента давления между левым желудочком и аортой у больных гипертрофической кардиомиопатией и механизм их возникновения: А. Усиление сократимости миокарда; Б. Угнетение сократимости; В. Уменьшение притока крови к сердцу; Г. Увеличение притока крови к сердцу; Д. Уменьшение постнагрузки; Е. Увеличение постнагрузки.

- +а) верно Б,Г,Е
- б) верно А,В,Д
- в) верно А,В
- г) верно Б,Е

25. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения, улучшающие прогноз жизни у больных гипертрофической кардиомиопатией: А. Миэктомия; Б. Двухкамерная стимуляция сердца; В. Алкогольная облитерация септальной ветви коронарной артерии; Г. Терапия бета-блокаторами; Д. Терапия верапамилом; Е. Терапия кордароном; Ж. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора реанимированным больным.

- +а) верно Ж
- б) верно А,Е
- в) верно А,Б,В
- г) верно А,Б,В,Г,Д

26. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения, улучшающие качество жизни у больных гипертрофической кардиомиопатией: А. Миэктомия; Б. Двухкамерная стимуляция сердца; В. Алкогольная облитерация септальной ветви коронарной артерии; Г. Терапия бета-блокаторами; Д. Терапия верапамилом; Е. Терапия кордароном; Ж. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора реанимированным больным.

- а) верно А,Б,В
- +б) верно А,Б,В,Г,Д
- в) верно Ж
- г) верно А,Е

Тема 17. Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки сердца.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Митральный стеноз, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
- Аортальная недостаточность, этиология, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.

- Дефект межсердечной перегородки, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
- Дефект межжелудочковой перегородки, патогенез гемодинамических расстройств, клиника, диагностика, лечение.
- Что входит в план обследования больных с подозрением на порок сердца?
- Дифференциальный диагноз митральных пороков сердца.
- Дифференциальный диагноз аортальных пороков сердца.
- Основные принципы ведения больных с пороками сердца.
- Перечислите показания для оперативного лечения пороков сердца.
- Взаимодействие врача общей практик, кардиолога, ревматолога, педиатра, кардиохирурга при выявлении пациента с пороком сердца
- Основные этиологические факторы приобретенных пороков сердца
- Классификация пороков сердца
- Гемодинамика при МС, МН, АС, АО, ТН,ТС, открытом аортальном протоке, ДМПП, ДМЖП, пролапсе митрального клапана, аномалии Эпштейна
- ЭхоКГ картина при МС, МН, АС, АО, ТН,ТС, открытом аортальном протоке, ДМПП, ДМЖП, пролапсе митрального клапана, аномалии Эпштейна
- Клиническая картина при МС, МН, АС, АО, ТН,ТС, открытом аортальном протоке, ДМПП, ДМЖП, пролапсе митрального клапана, аномалии Эпштейна
- Основные подходы к лечению МС, МН, АС, АО, ТН,ТС, открытом аортальном протоке, ДМПП, ДМЖП, пролапсе митрального клапана, аномалии Эпштейна
- Показания для хирургической коррекции МС, МН, АС, АО, ТН,ТС, открытом аортальном протоке, ДМПП, ДМЖП, пролапсе митрального клапана, аномалии Эпштейна
- Диспансерное наблюдение за пациентами с протезированными клапанами
- Программа реабилитации пациентов с протезированными клапанами – роль врача общей практики

Тестовый контроль:

1. В первую группу врожденных пороков сердца (первично – синие пороки, сброс венозной крови в артериальное русло справа налево) не включают:
 - а. Триаду Фалло
 - б. Пентаду Фалло
 - в. Тетраду Фалло
 - г. Атрезию трехстворчатого клапана
 - д. Смещение трехстворчатого клапана
 - +д. Открытый артериальный проток
2. Вторая группа врожденных пороков сердца (первично – белые, сброс артериальной крови слева направо в венозное русло) включает всё, кроме:
 - а. Дефект (незаращение) межпредсердной перегородки
 - б. Дефект межжелудочковой перегородки
 - в. Открытый артериальный проток
 - г. Аортолегочный свищ
 - +д. Тетраду Фалло
3. Причины пороков митрального клапана (недостаточность митрального клапана): А Пролабирование створок митрального клапана; Б. Врожденные изменения створок митрального клапана (расщепление, увеличение размеров створок); В. Инфекционный эндокардит; Г. Системная красная волчанка.
 - а) верно А
 - +б) верно А,Б,В,Г
 - в) верно Б
 - г) верно В

4. Причины пороков митрального клапана (стеноз левого атриовентрикулярного отверстия): А Пролабирование створок митрального клапана; Б Врожденные изменения створок митрального клапана (расщепление, увеличение размеров створок); В Инфекционный эндокардит; Г Системная красная волчанка.

а) верно А

б) верно Б

+в) верно В

г) верно Г

5. Причины поражения клапана при трикуспидальной недостаточности: А Ревматизм; Б Тяжелая легочная гипертензия; В Инфекционный эндокардит; Г Инфаркт правого желудочка; Д Аномалия Эбштейна; Е Кардиомиопатии; Ж Пролабирование створок трикуспидального клапана.

а) верно А,Б

б) верно В,Д

в) верно Б,Г,Е

+г) верно А,В,Д,Ж

6. Причины вторичной (относительной) трикуспидальной недостаточности: А Ревматизм; Б Тяжелая легочная гипертензия; В Инфекционный эндокардит; Г Инфаркт правого желудочка; Д Аномалия Эбштейна; Е Кардиомиопатии; Ж Пролабирование створок трикуспидального клапана.

+а) верно Б,Г,Е

б) верно А,В,Д,Ж

в) верно А,В

г) верно В,Д

7. Клинические проявления митрального стеноза легкой степени: А Возможно бессимптомное течение; Б Одышка при нагрузке (II функц. кл.); В Одышка при нагрузке (II - III функц. кл.); Г Нетяжелая правожелудочковая недостаточность; Д Тяжелая правожелудочковая недостаточность; Е Отсутствие легочной гипертензии; Ж Выраженная легочная гипертензия.

а) верно В,Г

+б) верно А,Б,Е

в) верно Д,Ж

г) верно А

8. Клинические проявления митрального стеноза умеренной степени: А Возможно бессимптомное течение; Б Одышка при нагрузке (II функц. кл.); В Одышка при нагрузке (II - III функц. кл.); Г Нетяжелая правожелудочковая недостаточность; Д Тяжелая правожелудочковая недостаточность; Е Отсутствие легочной гипертензии; Ж Выраженная легочная гипертензия.

а) верно А,Б,Е

б) верно Д,Ж

+в) верно В,Г

г) верно В

9. Клинические проявления митрального стеноза тяжелой степени: А Возможно бессимптомное течение; Б Одышка при нагрузке (II функц. кл.); В Одышка при нагрузке (II - III функц. кл.); Г Нетяжелая правожелудочковая недостаточность; Д Тяжелая правожелудочковая недостаточность; Е Отсутствие легочной гипертензии; Ж Выраженная легочная гипертензия.

а) верно В,Г

б) верно Ж

в) верно А,Б,Е

+г) верно Д,Ж

10. Причины поражения клапанного аппарата при недостаточности митрального клапана: А. Инфаркт миокарда (объем поражения 10 %) с вовлечением папиллярных мышц; Б. Инфаркт миокарда межжелудочковой перегородки; В. Инфаркт миокарда (Объем поражения 30%) и дилатация полости левого желудочка; Г. Ишемия миокарда при нестабильной стенокардии; Д. Дилатационная кардиомиопатия; Е. Инфаркт миокарда (объем поражения 15 %); Ж. Хронический миокардит.

- а) верно Д,Ж
- +б) верно А,В
- в) верно Г,Д
- г) верно Ж

11. Причины поражения миокарда при недостаточности митрального клапана: А. Инфаркт миокарда (объем поражения 10 %) с вовлечением папиллярных мышц; Б. Инфаркт миокарда межжелудочковой перегородки; В. Инфаркт миокарда (Объем поражения 30%) и дилатация полости левого желудочка; Г. Ишемия миокарда при нестабильной стенокардии; Д. Дилатационная кардиомиопатия; Е. Инфаркт миокарда (объем поражения 15 %); Ж. Хронический миокардит.

- а) верно Д,Е
- б) верно Б,В,Г
- +в) верно Д,Ж
- г) верно А,В

12. Критерии тяжести стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, легкой степени: А. Площадь митрального отверстия 5 - 6 см²?; Б. Площадь митрального отверстия не более 4 см²?; В. Площадь митрального отверстия не более 1 см²?; Г. Площадь митрального отверстия менее 1 см²?; Д. Признаки легочной гипертензии в покое; Е. Наличие клинических проявлений; Ж. Нет клинически выраженных нарушений гемодинамики.

- +а) верно Б,Ж
- б) верно А,Ж
- в) верно В,Ж
- г) верно Г,Ж

13. Критерии тяжести стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, критической степени: А. Площадь митрального отверстия 5 - 6 см²?; Б. Площадь митрального отверстия не более 4 см²?; В. Площадь митрального отверстия не более 1 см²?; Г. Площадь митрального отверстия менее 1 см²?; Д. Признаки легочной гипертензии в покое; Е. Наличие клинических проявлений; Ж. Нет клинически выраженных нарушений гемодинамики.

- а) верно А,Е
- +б) верно В,Д,Е
- в) верно Б,Е
- г) верно Г,Е

14. Критерии тяжести стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, тяжелой степени: А. Площадь митрального отверстия 5 - 6 см²?; Б. Площадь митрального отверстия не более 4 см²?; В. Площадь митрального отверстия не более 1 см²?; Г. Площадь митрального отверстия менее 1 см²?; Д. Признаки легочной гипертензии в покое; Е. Наличие клинических проявлений; Ж. Нет клинически выраженных нарушений гемодинамики.

- а) верно А,Е
- б) верно В,Д,Е
- +в) верно Г,Д,Е
- г) верно Б,Е

15. Показания для хирургического вмешательства при митральном стенозе: А. Отсутствие грубой деформации и сохранение подвижности створок; Б. Тромбоз левого предсердия; В. Инфекционный эндокардит, текущий или перенесенный; Г. Тяжелая ИБС.

- а) верно В
- +б) верно Б,В,Г

в) верно А,Б

г) верно Г

16. Показания для баллонной вальвулопластики при митральном стенозе: А. Отсутствие грубой деформации и сохранение подвижности створок; Б. Тромбоз левого предсердия; В. Инфекционный эндокардит, текущий или перенесенный; Г. Тяжелая ИБС.

а) верно Б

+б) верно А

в) верно В

г) верно Г

17. Комиссуротомия (трансторакальная, открытая) показана для лечения больных с митральным стенозом: А. Площадь атриовентрикулярного отверстия < 1,2 см? с наличием симптомов; Б. Тяжелый митральный стеноз с выраженной легочной гипертензией; В. Легкий митральный стеноз с одышкой при физической нагрузке; Г. Умеренный митральный стеноз без выраженных признаков правожелудочковой недостаточности; Д. Митральный стеноз, осложненный правожелудочковой недостаточностью и тяжелой трикуспидальной недостаточностью.

а) верно Д

б) верно А

+в) верно А,Б

г) верно Б

18. Протезирование митрального клапана показано для лечения больных с митральным стенозом: А. Площадь атриовентрикулярного отверстия < 1,2 см? с наличием симптомов; Б. Тяжелый митральный стеноз с выраженной легочной гипертензией; В. Легкий митральный стеноз с одышкой при физической нагрузке; Г. Умеренный митральный стеноз без выраженных признаков правожелудочковой недостаточности; Д. Митральный стеноз, осложненный правожелудочковой недостаточностью и тяжелой трикуспидальной недостаточностью.

а) верно А

б) верно Г

+в) верно Д

г) верно В

19. Медикаментозное лечение показано для лечения больных с митральным стенозом: А. Площадь атриовентрикулярного отверстия < 1,2 см? с наличием симптомов; Б. Тяжелый митральный стеноз с выраженной легочной гипертензией; В. Легкий митральный стеноз с одышкой при физической нагрузке; Г. Умеренный митральный стеноз без выраженных признаков правожелудочковой недостаточности; Д. Митральный стеноз, осложненный правожелудочковой недостаточностью и тяжелой трикуспидальной недостаточностью.

а) верно А

б) верно В

+в) верно В,Г

г) верно Г

20. Показания для планового протезирования аортального клапана при аортальной недостаточности: А. Невозможность стабилизировать состояние больного при медикаментозном лечении; Б. Тяжелая аортальная недостаточность с наличием симптомов без выраженного нарушения функции левого желудочка; В. Расслоение аорты; Г. Травматическое повреждение клапана или корня аорты; Д. Тяжелая аортальная недостаточность с систолической дисфункцией левого желудочка, независимо от симптомов.

+а) верно А,Б,Д

б) верно А

в) верно Б

г) верно Д

21. Показания для экстренного протезирования аортального клапана при аортальной недостаточности: А. Невозможность стабилизировать состояние больного при медикаментозном лечении; Б. Тяжелая аортальная недостаточность с наличием симптомов без выраженного нарушения функции левого желудочка; В. Расслоение аорты; Г. Травматическое повреждение клапана или корня аорты; Д. Тяжелая аортальная недостаточность с систолической дисфункцией левого желудочка, независимо от симптомов.

+а) верно В,Г

б) верно В

в) верно Г

г) верно Б

22. Критерии тяжести аортального стеноза, легкой степени: А. Площадь отверстия аортального клапана 1,2-2,0 см²?; Б. Площадь отверстия аортального клапана 0,75- 1,2 см²?; В. Площадь отверстия аортального клапана < 0,75 см²?; Г. Площадь отверстия аортального клапана 2 — 2,5 см².

а) верно Б

б) верно В

в) верно Г

+г) верно А

23. Критерии тяжести аортального стеноза, умеренной степени: А. Площадь отверстия аортального клапана 1,2-2,0 см²?; Б. Площадь отверстия аортального клапана 0,75- 1,2 см²?; В. Площадь отверстия аортального клапана < 0,75 см²?; Г. Площадь отверстия аортального клапана 2 — 2,5 см².

а) верно А

б) верно Г

в) верно В

+г) верно Б

24. Критерии тяжести аортального стеноза, тяжелой степени: А. Площадь отверстия аортального клапана 1,2-2,0 см²?; Б. Площадь отверстия аортального клапана 0,75- 1,2 см²?; В. Площадь отверстия аортального клапана < 0,75 см²?; Г. Площадь отверстия аортального клапана 2 — 2,5 см².

а) верно Б

б) верно Г

в) верно А

+г) верно В

Практические навыки:

1. Собрать анамнез и определить состояние пациента с приобретенным пороком сердца, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить пациентов на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к специалистам;

2. Интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;

3. Определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение;

4. Разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;

5. Вести медицинскую документацию различного характера в детских стационарных учреждениях;

6. методами обследования детей младшего возраста с ВПС;

7. Ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебнопрофилактических учреждениях системы здравоохранения (приемное отделение и стационар педиатрического профиля);
8. Оценить состояние здоровья детского населения младшей возрастной группы;
9. Интерпретировать результаты лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей;
10. Поставить развернутый клинический диагноз (основного, сопутствующих, осложнений) больным детям с ВПС;
11. Выполнять основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия по оказанию первой врачебной помощи детям при неотложных и угрожающих жизни состояниях (сердечная недостаточность, отек легких);
12. Выполнять адекватные диагностические и лечебные мероприятия при оказании педиатрической помощи больным с ВПС на госпитальном этапе;
13. Выполнять профилактические мероприятия по предупреждению развития ВПС.

Тема 18. Нарушения ритма и проводимости.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Перечислите ЭКГ - признаки, характерные для экстрасистолии и парасистолии
- Дайте характеристику классификации основных клинических форм аритмий
- Назовите ЭКГ-признаки ускоренных эктопических ритмов
- Перечислите признаки замещающих эктопических ритмов на ЭКГ
- Дайте характеристику тахикардий с узкими комплексами QRS
- Классификация тахикардий с широкими комплексами QRS
- Назовите современные алгоритмы дифференциальной диагностики тахикардий
- Дайте определение синдромов предвозбуждения желудочков
- Опишите ЭКГ-признаки ЭКГ-феномена WPW
- Дайте определение синдрома удлинённого интервала QT
- Назовите все нарушения функции проводимости
- Перечислите ЭКГ-признаки сино-атриальных и атрио-вентрикулярных блокад
- Перечислите ЭКГ-признаки блокад ножек пучка Гиса
- Назовите показания к имплантации электрокардиостимулятора
- Дайте характеристику основным режимам стимуляции
- Перечислите основные нарушения в работе электрокардиостимулятора
- Назовите основные параметры эффективной работы ЭКС
- Дайте характеристику нарушениям ритма, характерным для синдромов предвозбуждения желудочков
- Назовите основные нарушения ритма, встречающиеся при синдроме удлинённого интервала QT
- Перечислите современные методы диагностики и лечения тахикардий

Тестовый контроль:

1. Частая желудочковая экстрасистолия и пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии у больных без органического поражения сердца: А). Является фактором риска внезапной смерти. Б). Не влияет на прогноз жизни. В). Могут ухудшать качество жизни.

а) верно А,Б

б) верно Б

+в) верно Б,В

г) верно В

2. Лидокаин является препаратом выбора для купирования указанных нарушений ритма: А). Мономорфная желудочковая тахикардия. Б). Полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт» (при удлинённом интервале QT). В). Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия. Г). Трепетание предсердий.

а) верно А

+б) верно А,Б

в) верно Б

г) верно В

3. Для тахисистолической формы фибрилляции и трепетания предсердий характерно: А. Частота желудочковых сокращений менее 50 в минуту. Б. Частота желудочковых сокращений менее 60 в минуту. В. Частота желудочковых сокращений от 60 до 99 в минуту. Г. Частота желудочковых сокращений 100 и более в минуту.

а) верно А

б) верно А,Б

в) верно В

+г) верно Г

4. Для брадисистолической формы фибрилляции и трепетания предсердий характерно: А. Частота желудочковых сокращений менее 50 в минуту. Б. Частота желудочковых сокращений менее 60 в минуту. В. Частота желудочковых сокращений от 60 до 99 в минуту. Г. Частота желудочковых сокращений 100 и более в минуту.

а) верно А

+б) верно А,Б

в) верно В

г) верно Г

5. Для нормосистолической формы фибрилляции и трепетания предсердий характерно: А. Частота желудочковых сокращений менее 50 в минуту. Б. Частота желудочковых сокращений менее 60 в минуту. В. Частота желудочковых сокращений от 60 до 99 в минуту. Г. Частота желудочковых сокращений 100 и более в минуту.

а) верно А

б) верно А,Б

+в) верно В

г) верно Г

6. Назначение непрямых антикоагулянтов до кардиоверсии в зависимости от продолжительности приступа фибрилляции и трепетания предсердий необходимо: А. 6-12 часов. Б. 12-24 часа. В. 48 часов и более.

а) верно А

б) верно А,Б

в) верно Б,В

+г) верно В

7. Назначение непрямых антикоагулянтов до кардиоверсии в зависимости от продолжительности приступа фибрилляции и трепетания предсердий может не проводиться: А. 6-12 часов. Б. 12-24 часа. В. 48 часов и более.

а) верно А

+б) верно А,Б

в) верно Б,В

г) верно В

8. Рекомендуемая скорость внутривенного введения антиаритмического препарата новокаинамида: А. 1 мг в мин. Б. 15 мг в мин. В. 30-50 мг в мин. Г. 100 мг в мин.

а) верно А

б) верно Б

+в) верно В

г) верно Г

9. Рекомендуемая скорость внутривенного введения антиаритмического препарата амиодарона: А. 1 мг в мин. Б. 15 мг в мин. В. 30-50 мг в мин. Г. 100 мг в мин.

а) верно А

+б) верно Б

в) верно В

г) верно Г

10. Рекомендуемая скорость внутривенного введения антиаритмического препарата пропранолола: А. 1 мг в мин. Б. 15 мг в мин. В. 30-50 мг в мин. Г. 100 мг в мин.

+а) верно А

б) верно Б

в) верно В

г) верно Г

11. Средняя доза антиаритмического препарата лидокаина при внутривенном введении: А. 1-1,5 мг/кг. Б. 5-7 мг/кг. В. 12-15 мг/кг.

+а) верно А

б) верно А,В

в) верно Б

г) верно В

12. Средняя доза антиаритмического препарата амиодарона при внутривенном введении: А. 1-1,5 мг/кг. Б. 5-7 мг/кг. В. 12-15 мг/кг.

а) верно А

б) верно А,В

+в) верно Б

г) верно В

13. Нарушение образования импульса - электрофизиологический механизм развития: А. Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия. Б. Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения. В. Непароксизмальная предсердная тахикардия. Г. Желудочковая тахикардия.

а) верно А

б) верно А,Б

+в) верно В

г) верно Г

14. Повторный вход импульса (re-entry) - электрофизиологический механизм развития: А. Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия. Б. Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения. В. Непароксизмальная предсердная тахикардия. Г. Желудочковая тахикардия.

а) верно А

+б) верно А,Б

в) верно В

г) верно Г

15. Нарушение образования импульса и повторный вход импульса (re-entry) - электрофизиологический механизм развития: А. Атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия. Б. Атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения. В. Непароксизмальная предсердная тахикардия. Г. Желудочковая тахикардия.

а) верно А

б) верно А,Б

в) верно В

+г) верно Г

16. К безопасным аритмиям по клинической классификации желудочковых аритмий T.Bigger относится: А. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с постинфарктным кардиосклерозом. Б. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца. В. Устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса.

а) верно А

+б) верно Б

в) верно Б,В

г) верно В

17. К жизнеопасным аритмиям по клинической классификации желудочковых аритмий T.Bigger относится: А. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с постинфарктным кардиосклерозом. Б. Частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца. В. Устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса.

а) верно А

б) верно Б

в) верно Б,В

+г) верно В

18. Риск тромбоэмболических осложнений при нарушениях ритма сердца увеличивается при: А. Фибрилляции предсердий. Б. Трепетании предсердий. В. Предсердной тахикардии.

+а) верно А,Б

б) верно А,В

в) верно Б

г) верно В

19. Риск тромбоэмболических осложнений при нарушениях ритма сердца не увеличивается при: А. Фибрилляции предсердий. Б. Трепетании предсердий. В. Предсердной тахикардии.

а) верно А,Б

б) верно А,В

в) верно Б

+г) верно В

20. Амiodарон применяется для профилактики рецидивов фибрилляции и трепетания предсердий при: А. Фибрилляция и трепетание предсердий у больных с сердечной недостаточностью. Б. Идиопатическая фибрилляция и трепетание предсердий. В. Фибрилляция и трепетание предсердий у больных с артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка более 1,4 см. Г. Фибрилляция и трепетание предсердий у больных, перенесших инфаркт миокарда.

+а) верно А,Б,В,Г

б) верно Б

в) верно Б,Г

г) верно В

21. Пропафенон применяется для профилактики рецидивов фибрилляции и трепетания предсердий при: А. Фибрилляция и трепетание предсердий у больных с сердечной недостаточностью. Б. Идиопатическая фибрилляция и трепетание предсердий. В. Фибрилляция и трепетание предсердий у больных с артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка более 1,4 см. Г. Фибрилляция и трепетание предсердий у больных, перенесших инфаркт миокарда.

а) верно А,Б,В,Г

+б) верно Б

в) верно Б,Г

г) верно В

Ситуационные задачи:

Задача №1

Больной, 62 года, вызвал СМП по поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад. В течение 30 лет курит по 10 сигарет в день.

Объективно: цианоз губ. В легких в задне-нижних отделах незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 28 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, тоны аритмичные, разной звучности, шумов нет. АД 95/65 мм рт.ст. ЧСС 160 в минуту. Пульс 124 в минуту. Дефицит 36 в минуту. Печень у края реберной дуги.

1) Какое нарушение ритма следует предполагать и почему? Его переносимость?

- 2) Что ожидается на ЭКГ?
- 3) Причины нарушения сердечного ритма и проводимости
- 4) Внешние факторы, замедляющие функцию синусового узла
- 5) Классификация ФП

Задача №2

Больной 28 лет. В течение 2 лет отмечаются приступы пароксизмальной тахикардии на фоне синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта. Приступы купируются рефлексорными способами. В течение последнего месяца приступы участились, их возникновение связывает с эмоциональными перегрузками.

Объективно: состояние удовлетворительное. Границы сердца не расширены, тоны ясные ритмичные. Пульс 72 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст.

- 1) Какой вид пароксизмальной тахикардии предполагается у больного?
- 2) Вероятная причина?
- 3) Дополнительные методы исследования?
- 4) Лечебная тактика в момент приступа?
- 5) Причины нарушения сердечного ритма и проводимости

Задача №3

Больная 35 лет, вызвала СМП на дом в связи с жалобами на сердцебиение. В анамнезе – на протяжении 5 лет 3-4 приступа сердцебиения, продолжительностью до 30 минут, проходившие самостоятельно. К врачу не обращалась.

При осмотре состояние удовлетворительное. Признаков НК нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 150 в минуту. АД 110/60 мм рт.ст. Врачом СМП клинически приступ расценен как пароксизм наджелудочковой тахикардии, начато в/в введение новокаинамида. После введения полной дозы – резкое ухудшение состояния: слабость, бледность, холодный пот, тошнота. ЧСС 300 в минуту. АД 80/40 мм рт.ст.

- 1) Ваше мнение о природе наджелудочковой тахикардии?
- 2) Причина внезапного ухудшения состояния на фоне проводимого лечения?
- 3) Ваши действия?
- 4) Причины нарушения сердечного ритма и проводимости
- 5) Внешние факторы, замедляющие функцию синусового узла

Задача №4

Больная 32 лет вызвала СМП по поводу сердцебиения, головокружения, слабости. Приступ сердцебиения возник впервые, около 2 часов назад, на фоне эмоционального стресса.

При осмотре признаков НК нет. Тремор пальцев рук. Границы сердца не изменены. Тоны сердца громкие. Пульс 200 в минуту, ритмичный. АД 140/90 мм рт.ст. Мочеиспускание частое, б/болезненное.

На ЭКГ: ритм правильный, 200 в минуту, зубец Z во II и III отведениях – отрицателен. Желудочковый комплекс обычной формы.

- 1) Какой вид тахикардии?
- 2) С чего начать купирование приступа?
- 3) Препараты выбора для лечения данного состояния?
- 4) Причины нарушения сердечного ритма и проводимости
- 5) Внешние факторы, замедляющие функцию синусового узла

Практические навыки:

1. Интерпретировать ЭКГ при синусовой тахикардии, синусовой брадикардии, синусовой аритмии.
2. Выявлять на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, трепетания предсердий и желудочков, фибрилляции желудочков.
3. Выявлять на ЭКГ экстрасистолию, различать предсердные, атриовентрикулярные, желудочковые экстрасистолы.
4. Интерпретировать ЭКГ при пароксизмальной тахикардии.

5. Выявлять на ЭКГ признаки нарушения проводимости. Дифференцировать атриовентрикулярные, внутрижелудочковые, синоаурикулярные блокады.
6. Провести анализ ЭКГ больных с нарушениями ритма сердца и проводимости, оформить электрокардиографическое заключение.
7. Владеть навыками регистрации ЭКГ и интерпретации различных нарушений ритма;
8. Владеть методикой представления результатов исследования в виде Записанной электрокардиограммы и подробного заключения;
9. Владеть навыками дифференциальной диагностики суправентрикулярных и желудочковых нарушений ритма;
10. Владеть методикой анализа результатов суточного мониторирования ЭКГ;
12. Владеть навыками оказания помощи при неотложных состояниях, ассоциированных с нарушениями ритма сердца (пароксизмальными и аджелудочковыми тахикардиями, фибрилляцией и трепетанием предсердий, желудочковыми нарушениями ритма высоких градаций тяжести).

Тема 19. Сердечно-сосудистая система и беременность.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Медицинские показания к прерыванию беременности при экстрагенитальной патологии
- Осложнения беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете
- Алгоритм ведения беременных с экстрагенитальной патологией
- Основные ошибки амбулаторного этапа
- Показания к экстренной и плановой госпитализации при беременности высокого риска.
- Степени риска акушерских осложнений при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
- Степени риска акушерских осложнений при заболеваниях почек и печени;
- Степени риска акушерских осложнений при бронхиальной астме;
- Степени риска акушерских осложнений при сахарном диабете;
- Современные стандарты диагностики и ведения гестационного сахарного диабета;
- Показания и способы подавления лактации при экстрагенитальной патологии

Тестовый контроль:

1. Клинические признаки и данные объективного обследования беременных женщин без патологии сердца: А. Утомляемость. Б. Головокружение. В. Одышка. Г. Кровохарканье. Д. Резкое головокружение. Е. Отечность голеней, стоп. Ж. Верхушечный толчок разлитой, длительный, смещен влево. З. Незначительное расширение границ относительной тупости сердца во все стороны. И. Увеличение границ сердца влево и вверх. К. Капиллярный пульс. Л. Пульсация ПЖ в эпигастральной области.

а) верно А,Б,В,Г,Е,Ж,И,К

+б) верно А,Б,В,Д,Е,З,К

в) верно А,Д,З,Л

г) верно Б,Ж,Л

2. Клинические признаки и данные объективного обследования беременных женщин с недостаточностью митрального клапана: А. Утомляемость. Б. Головокружение. В. Одышка. Г. Кровохарканье. Д. Резкое головокружение. Е. Отечность голеней, стоп. Ж. Верхушечный толчок разлитой, длительный, смещен влево. З. Незначительное расширение границ относительной тупости сердца во все стороны. И. Увеличение границ сердца влево и вверх. К. Капиллярный пульс. Л. Пульсация ПЖ в эпигастральной области.

+а) верно А,Б,В,Г,Е,Ж,И,К

б) верно А,Б,В,Д,Е,З,К

в) верно А,Д,З,Л

г) верно Б,Ж,Л

3. Отличительные особенности данных ЭХОКГ обследования у беременных женщин без патологии сердца: А. Признаки нарушения структуры клапана (фиброз, кальциноз). Б. Дилатация левого желудочка. В. Резкое увеличение левого предсердия. Г. Увеличение конечно-систолического объема ЛЖ. Д. Наличие в перикарде незначительного количества жидкости (до 50 мл). Е. Увеличение ФВ ЛЖ. Ж. Наличие выраженной регургитации на митральном клапане. З. Диффузное, незначительное увеличение всех камер сердца. И. Наличие незначительной регургитации на митральном, трикуспидальном клапанах и клапане легочной артерии.

а) верно А,Б,В,Г,Ж

б) верно А,Д,Ж,И

в) верно Б,В,З

+г) верно Б,Д,Е,З,И

4. Отличительные особенности данных ЭХОКГ обследования у беременных женщин с митральной недостаточностью: А. Признаки нарушения структуры клапана (фиброз, кальциноз). Б. Дилатация левого желудочка. В. Резкое увеличение левого предсердия. Г. Увеличение конечно-систолического объема ЛЖ. Д. Наличие в перикарде незначительного количества жидкости (до 50 мл). Е. Увеличение ФВ ЛЖ. Ж. Наличие выраженной регургитации на митральном клапане. З. Диффузное, незначительное увеличение всех камер сердца. И. Наличие незначительной регургитации на митральном, трикуспидальном клапанах и клапане легочной артерии.

+а) верно А,Б,В,Г,Ж

б) верно А,Д,Ж,И

в) верно Б,В,З

г) верно Б,Д,Е,З,И

5. Данные объективного обследования беременных женщин без заболеваний сердца: А. Пульсация шейных вен. Б. Верхушечный толчок разлитой, усиленный, смещен влево. В. Диастолическое дрожание у левого края грудины. Г. Пульс высокий, скорый. Д. Пульсация правого желудочка в эпигастральной области. Е. Мезодиастолический, убывающий шум у левого края грудины. Ж. Систолический мягкий шум. З. Усиление I тона. И. Ослабление I тона. К. Наличие III тона. Л. Увеличение границ сердца влево.

+а) верно А,Б,Ж,З

б) верно А,В,Ж

в) верно А,В,З

г) верно Б,В,Г,Е,И,К,Л

6. Данные объективного обследования беременных женщин с аортальной недостаточностью: А. Пульсация шейных вен. Б. Верхушечный толчок разлитой, усиленный, смещен влево. В. Диастолическое дрожание у левого края грудины. Г. Пульс высокий, скорый. Д. Пульсация правого желудочка в эпигастральной области. Е. Мезодиастолический, убывающий шум у левого края грудины. Ж. Систолический мягкий шум. З. Усиление I тона. И. Ослабление I тона. К. Наличие III тона. Л. Увеличение границ сердца влево.

а) верно А,Б,Ж,З

б) верно А,В,Ж

в) верно А,В,З

+г) верно Б,В,Г,Е,И,К,Л

7. Данные объективного обследования беременных женщин без заболеваний сердца: А. Одышка. Б. Сердцебиение. В. Стенокардия. Г. Головокружение. Д. Периферические отеки. Е. Наличие влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких. Ж. Снижение САД и ДАД. З. САД повышается, а ДАД снижается. И. Акроцианоз.

+а) верно А,Б,Г, Д,Ж

б) верно А,В

в) верно Б,В,И

г) верно Б,З

8. Данные объективного обследования беременных женщин с недостаточностью клапанов аорты: А. Одышка. Б. Сердцебиение. В. Стенокардия. Г. Головокружение. Д. Периферические отеки. Е. Наличие влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах легких. Ж. Снижение САД и ДАД. З. САД повышается, а ДАД снижается. И. Акроцианоз.

а) верно А,Б,Д,Ж

б) верно А,В

+в) верно А, Б,В, Г, Д, Е,З, И

г) верно Б,З

9. Данные ЭХОКГ исследования, характерные для женщин без патологии сердца: А. Изменения строения аортального клапана. Б. Диффузное, незначительное увеличение всех камер сердца. В. Отсутствие нарушений диастолической и систолической функций желудочков. Г. Дилатация аорты. Д. Снижение фракции выброса. Е. Гипертрофия левого желудочка. Ж. Увеличение левого предсердия. З. Значимая регургитация на аортальном клапане. И. Наличие жидкости (до 50 мл) в полости перикарда.

а) верно А,Г,Д,Е,Ж,З

б) верно А,З

+в) верно Б,В,И

г) верно Б,Г,Е

10. Данные ЭХОКГ исследования, характерные для женщин с недостаточностью клапанов аорты: А. Изменения строения аортального клапана. Б. Диффузное, незначительное увеличение всех камер сердца. В. Отсутствие нарушений диастолической и систолической функций желудочков. Г. Дилатация аорты. Д. Снижение фракции выброса. Е. Гипертрофия левого желудочка. Ж. Увеличение левого предсердия. З. Значимая регургитация на аортальном клапане. И. Наличие жидкости (до 50 мл) в полости перикарда.

+а) верно А,Г,Д,Е,Ж,З

б) верно А,З

в) верно Б,В,И

г) верно Б,Г,Е

11. Безопасные методы обследования беременных женщин с патологией сердца: А. УЗИ почек и почечных артерий. Б. ЭХОКГ. В. ЭКГ. Г. Рентгенография грудной клетки. Д. Сцинтиграфия сердца, почек. Е. Компьютерная томография. Ж. Магнитно-резонансная томография.

+а) верно А,Б,В

б) верно А,Б,Г

в) верно Б,Г,Д

г) верно Г,Д,Е

12. Опасные (доказано отрицательное влияние на плод) методы обследования беременных женщин с патологией сердца: А. УЗИ почек и почечных артерий. Б. ЭХОКГ. В. ЭКГ. Г. Рентгенография грудной клетки. Д. Сцинтиграфия сердца, почек. Е. Компьютерная томография. Ж. Магнитно-резонансная томография.

а) верно А,Б,В

б) верно А,Б,Г

в) верно Б,Г,Д

+г) верно Г,Д,Е

13. Методы обследования беременных женщин с патологией сердца, безопасность которых не доказана: А. УЗИ почек и почечных артерий. Б. ЭХОКГ. В. ЭКГ. Г. Рентгенография грудной клетки. Д. Сцинтиграфия сердца, почек. Е. Компьютерная томография. Ж. Магнитно-резонансная томография.

а) верно А

б) верно Б,Г,Д

в) верно Г,Д,Е

+г) верно Ж

14. Основные факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений у беременных женщин с АГ: А. Курение. Б. Избыточная масса тела. В. Уровень содержания в крови общего холестерина. Г. Сахарный диабет. Д. Уровень артериального давления. Е. Прием оральных контрацептивов (в анамнезе). Ж. Развитие инсульта или инфаркта миокарда у родителей в возрасте до 55 лет. З. Развитие преэклампсии в период предшествующей беременности. И. Беременность множественным плодом (двойней, тройней и т.д.).

+а) верно А,В,Г,Д,Ж

б) верно А,В,З

в) верно Б,В,Е

г) верно Б,Е,З

15. Дополнительные факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений у беременных женщин с АГ: А. Курение. Б. Избыточная масса тела. В. Уровень содержания в крови общего холестерина. Г. Сахарный диабет. Д. Уровень артериального давления. Е. Прием оральных контрацептивов (в анамнезе). Ж. Развитие инсульта или инфаркта миокарда у родителей в возрасте до 55 лет. З. Развитие преэклампсии в период предшествующей беременности. И. Беременность множественным плодом (двойней, тройней и т.д.).

а) верно А,В,Г,Д,Ж

б) верно А,В,З

в) верно Б,В,Е

+г) верно Б,Е,З

16. Критерии диагностики гипертонической болезни у беременных женщин: А. Повышение АД более 140/90 мм рт.ст., выявляемое в сроки более 20 недель беременности (если цифры АД до беременности не известны). Б. АД 130-140/80-90 мм рт.ст. в течение всего периода беременности. В. Увеличение систолического АД на 20 мм рт.ст. и диастолического на 10 мм рт.ст. на ранних сроках беременности по сравнению с уровнем АД до нее. Г. Повышение АД, предшествующее беременности и сохраняющееся в течение всего периода беременности. Д. Прирост систолического АД на 25 мм рт.ст. и диастолического на 15 мм рт.ст. в сроки после 20 недель беременности.

а) верно А

б) верно А,Д

в) верно Б,В

+г) верно Г

17. Критерии диагностики гестационной гипертензии у беременных женщин: А. Повышение АД более 140/90 мм рт.ст., выявляемое в сроки более 20 недель беременности (если цифры АД до беременности не известны). Б. АД 130-140/80-90 мм рт.ст. в течение всего периода беременности. В. Увеличение систолического АД на 20 мм рт.ст. и диастолического на 10 мм рт.ст. на ранних сроках беременности по сравнению с уровнем АД до нее. Г. Повышение АД, предшествующее беременности и сохраняющееся в течение всего периода беременности. Д. Прирост систолического АД на 25 мм рт.ст. и диастолического на 15 мм рт.ст. в сроки после 20 недель беременности.

а) верно А

+б) верно А,Д

в) верно Б,В

г) верно Г

18. Клинические симптомы гипертонической болезни без признаков преэклампсии: А. АД более 160/110 мм рт.ст. Б. Нарушение зрения: ограничение полей зрения, снижение его. В. Отеки нижних конечностей, вплоть до середины бедра. Г. Боли в правом подреберье. Д. Одышка, усиливающаяся при незначительных физических нагрузках. Е. Головная боль. Ж. Отеки стоп.

а) верно А,Б,В

+б) верно А,Е,Ж

в) верно Б,В,Г,Д

г) верно В,Г,Ж

19. Клинические симптомы, предполагающие наличие преэклампсии у женщин с гипертонической болезнью: А. АД более 160/110 мм рт.ст. Б. Нарушение зрения: ограничение полей зрения, снижение его. В. Отеки нижних конечностей, вплоть до середины бедра. Г. Боли в правом подреберье. Д. Одышка, усиливающаяся при незначительных физических нагрузках. Е. Головная боль. Ж. Отеки стоп.

а) верно А,Б,В

б) верно А,Е,Ж

+в) верно Б,В,Г,Д

г) верно В,Г,Ж

20. Лабораторные данные, имеющие значение для постановки диагноза гипертонической болезни без преэклампсии у беременных женщин: А. Протеинурия. Б. Повышение уровня холестерина и триглицеридов крови. В. Микроальбуминурия. Г. Гиперурикемия. Д. Тромбоцитопения. Е. Повышение уровня трансаминаз.

а) верно А,В

б) верно А,Г,Д,Е

+в) верно Б,В

г) верно Б,Г,Д

21. Лабораторные данные, имеющие значение для постановки диагноза гипертонической болезни с преэклампсией у беременных женщин: А. Протеинурия. Б. Повышение уровня холестерина и триглицеридов крови. В. Микроальбуминурия. Г. Гиперурикемия. Д. Тромбоцитопения. Е. Повышение уровня трансаминаз.

а) верно А,В

+б) верно А,Г,Д,Е

в) верно Б,В

г) верно Б,Г,Д

Тема 20. Методы обследования больных с ревматическими болезнями. Ревматизм.

Ревматические пороки сердца.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология и патогенез ревматизма.

- Какие фазы патологического процесса в соединительной ткани при ревматизме Вы знаете? Какая фаза обратима?

- Жалобы больных с ревмокардитом.

- Физикальные данные у больных с ревмокардитом (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

- Результаты дополнительных методов исследования у больных ревматизмом (общий анализ крови, СРБ, серомукоид, сиаловые кислоты, общий белок и белковые фракции, фибриноген, титры анistreптолизина О, анistreптогиалуронидазы, анistreптокиназы, рентгенологическая картина со стороны сердца, ЭКГ, ФКГ).

- Внесердечные проявления ревматизма.

- Как нарушается внутрисердечная гемодинамика при митральной недостаточности?

- Как изменяются границы относительной тупости при недостаточности митрального клапана?

- Какой самый важный симптом указывает на митральную недостаточность?

- Как изменяется ЭКГ при митральной недостаточности?

- Рентгенологическая картина при митральной недостаточности.

- Как нарушается внутрисердечная гемодинамика при митральном стенозе?

- Жалобы больных с митральным стенозом.

- Какие симптомы выявляются при общем осмотре и осмотре области сердца у больных с митральным стенозом?

- Каким методом обследования можно определить симптом «кошачьего мурлыканья»? Механизм его образования.

- Какая конфигурация сердца у больного митральным стенозом?
- Расскажите аускультативную картину при митральном стенозе.
- Как изменяется ЭКГ, при митральном стенозе?
- Рентгенологическая картина при митральном стенозе.
- Что можно обнаружить у больного с митральным стенозом при ультразвуковом исследовании сердца?

Тестовый контроль:

1. Этиология ревматизма

- а) бета-гемолитический стрептококк
- б) золотистый стафилококк
- +в) вирусы
- г) риккетсии

2. Ревматизм развивается после ангины через

- а) 1-2 дня
- б) 3-4 дня
- в) 1-3 недели
- +г) 1-3 месяца

3. К развитию ревматизма предрасполагает

- +а) нерациональное питание
- б) гиподинамия
- в) стрессы
- г) очаг хронической инфекции

4. Ревматизмом чаще заболевают лица в возрасте (лет)

- а) 1-2
- б) 5-7
- в) 7-15
- +г) 15-25

5. Основные симптомы ревмокардита:

- +а) головная боль, головокружение, повышение АД
- б) слабость, понижение АД
- в) снижение аппетита, гектическая лихорадка
- г) боль в области сердца, тахикардия, субфебрилитет

6. Потенциальная проблема пациента при ревмокардите

- а) полиартрит
- б) повышение АД
- в) острая сосудистая недостаточность
- +г) хроническая сердечная недостаточность

7. При ревматизме чаще поражается клапан сердца

- а) аортальный
- +б) митральный
- в) пульмональный
- г) трехстворчатый

8. Основные симптомы ревматического полиартрита

- +а) повышение температуры, стойкая деформация суставов
- б) поражение крупных суставов, летучесть и симметричность болей
- в) поражение мелких суставов, скованность
- г) недомогание, моноартрит с деформацией

9. Наиболее частый исход ревматического эндокардита

- а) атеросклероз
- б) гипертоническая болезнь
- +в) порок сердца

г) выздоровление

10. Поражение кожи при ревматизме

+а) диффузный цианоз

б) кольцевидная эритема

в) "сосудистые звездочки"

г) акроцианоз

11. Исход ревматического полиартрита

+а) анкилоз

б) деформация сустава

в) кровоизлияние в полость сустава

г) все явления проходят бесследно

12. При ревматизме в общем клиническом анализе крови определяется:

а) лейкоцитоз, увеличение СОЭ

б) увеличение СОЭ, лейкопения

в) тромбоцитоз, эритроцитоз

+г) тромбоцитопения, лейкопения

13. При лечении ревматизма с этиотропной целью применяется

а) анальгин

б) нитроглицерин

в) пенициллин

+г) фурагин

14. При лечении ревматизма с патогенетической целью применяются

а) анальгетики

+б) нитраты

в) нестероидные противовоспалительные препараты

г) мочегонные

15. Для вторичной профилактики ревматизма применяют

а) анальгин

б) бициллин

в) димедрол

+г) фуросемид

16. Бициллинопрофилактика при ревматизме проводится в течение

а) 8 месяцев

б) 1 года

+в) 4 лет

г) 5 лет

17. Основная причина приобретенных пороков сердца

а) гипертоническая болезнь

б) инфаркт миокарда

+в) стенокардия

г) ревматизм

21. Синюшное окрашивание губ и кончиков пальцев — это

а) гиперемия

б) истеричность

+в) диффузный цианоз

г) акроцианоз

22. Кожные покровы при митральном стенозе

а) бледные

б) желтушные

в) нормальной окраски

+г) цианотичные

Тема 21. Ревматоидный артрит (РА). Анкилозирующий спондилоартрит (АС).

Собеседование по контрольным вопросам:

- Основные клинические формы и варианты течения ревматоидного артрита.
- Диагностика ревматоидного артрита (лабораторная, рентгенологическая, морфологическая). Критерии диагноза и активности РА.
- Определение ревматоидного артрита (РА), классификационные и диагностические критерии
- Валидизированные шкалы оценки активности РА.
- Рентгенологические стадии РА
- Немедикаментозные и медикаментозные средства терапии РА с позиций доказательной медицины.
- Побочные эффекты терапии РА. Терапия побочных эффектов.
- Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при РА. Показания к выдаче больничного листа и направлению на МСЭ.
- Показания к консультации специалистов (ревматолог, нефролог, ортопед) при РА.
- Диспансеризация пациентов с РА: кратность наблюдений и лабораторно-инструментальных исследований.
- Реабилитация пациентов с РА: показания и противопоказания к направлению на СКЛ, лечебная физкультура, методы физиотерапевтического воздействия. Основные курортные факторы.
- Первичная и вторичная профилактика РА.
- Осложнения спондилоартритов, включая передний увеит.
- Рентгенологические и МРТ стадии спондилоартритов.
- Немедикаментозные и медикаментозные средства терапии спондилоартритов с позиций доказательной медицины с учетом существующих национальных и международных рекомендаций.
- Побочные эффекты терапии спондилоартритов. Терапия побочных эффектов.
- Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при спондилоартритах. Показания к выдаче больничного листа и направлению на МСЭ.
- Анкилозирующий спондилит. Этиология и патогенез. Связь с антигенами гистосовместимости. –
- Анкилозирующий спондилит. Патоморфологические особенности воспалительного процесса

Тестовый контроль:

1. При осмотре больного ревматоидным артритом можно обнаружить

- а) пальцы в виде «шеи лебедя»
- б) узелки бушара
- +в) хруст в суставах

г) покраснение в области суставов

2. С тяжелым эрозивным серопозитивным ревматоидным артритом ассоциируется следующие антиген гистосовместимости

а) hla-b27

+б) hla-dr4

в) hla-a11

г) hla-b35

3. раннее вовлечение в процесс илеосакральных сочленений, тугоподвижность позвоночника, синдесмофиты и квадратизация позвонков при рентгенографии характерно для

а) деформирующего остеоартрита

б) ревматоидного артрита

+в) анкилозирующего спондилита

г) подагры

4. симптом кушелевского свидетельствует о поражении

а) суставов поясничного отдела позвоночника

- +б) илеосакральных сочленений
 - в) тазобедренных суставов
 - г) лобкового симфиза
5. при подозрении на заболевания, относящихся к группе серонегативных спондилоартритов, врачу амбулаторного звена следует провести типирование на
- а) антиген hla b7
 - +б) антиген hla b27
 - в) антиген hla dr4
 - г) антиген hla b5
6. при осмотре больного ревматоидным артритом можно обнаружить
- а) пальцы в виде «шеи лебедя»
 - б) узелки бушара
 - +в) хруст в суставах
 - г) покраснение в области суставов
7. синдром утренней скованности характерен для
- а) болезни Рейтера
 - б) деформирующего остеоартрита
 - в) подагры
 - +г) ревматоидного артрита
8. характерные рентгенологические признаки остеоартрита
- а) эрозии
 - б) субхондральный склероз и остеофиты
 - в) кистовидные просветления
 - +г) остеолиты
9. наиболее часто заболевают ревматоидным артритом в возрасте
- а) 10-20 лет
 - +б) 20-50 лет
 - в) 50-60 лет
 - г) 60-65 лет
10. для развития ревматоидного артрита является ведущим
- а) генетическая предрасположенность
 - б) нейроэндокринные нарушения
 - в) энзимопатии
 - +г) аутоиммунные нарушения
11. с тяжелым эрозивным серопозитивным ревматоидным артритом ассоциируется следующие антиген гистосовместимости а) hla-b27
- +б) hla-dr4 в) hla-a11 г) hla-b35
12. возникновению ревматоидного артрита способствует повышение уровня
- а) эстрогенов
 - б) андрогенов
 - +в) адреналина
 - г) паратгормона
13. из перечисленных клеток иммунной системы в первую очередь распознают неустановленный специфический антиген при ревматоидном артрите
- а) т-хелперы
 - б) т-супрессоры
 - +в) т-киллеры
 - г) моноциты/макрофаги
14. решающее значение для развития быстропрогрессирующего эрозивного ревматоидном артрита имеет
- а) поступление в синовиальную полость антигена
 - б) поглощение макрофагом антигена

- в) активирование интерлейкином-1 и интерлейкином-2 т-лимфоцитов
 +г) соединение антигена в комплексе с hla-dr4 с т-хелперами и тсупрессорами
15. поражение шейного отдела позвоночника при ревматоидном артрите проявляется всеми изменениями, кроме
- а) артритом межпозвоночных суставов
 б) подвывихом шейных позвонков
 в) слабостью в руках
 +г) костными анкилозами шейных позвонков
16. кожный васкулит при ревматоидном артрите проявляется
- а) дигитальным артериитом, изъязвлением кожи голеней, геморрагической сыпью
 б) геморрагической сыпью, кольцевидной эритемой
 в) изъязвлением кожи голеней, угревой сыпью
 +г) кольцевидной эритемой
17. для синдрома фелти характерны
- а) склерит, синдром рейно, полисерозит
 б) синдром рейно, полисерозит, кожный васкулит
 в) альвеолит, кожный васкулит, лейкопения
 +г) кожный васкулит, лейкопения, рецидивирующая инфекция
18. синдром шегрена при ревматоидном артрите отличается от болезни шегрена
- а) повышением частоты носительства hla-b27
 +б) повышением частоты носительства hla-dr4
 в) вполжительный ревматоидный фактор
 г) наличие антинуклеарных антител
19. при ревматоидном артрите чаще всего встречается вторичный амилоидоз а) печени б) кишечника
- +в) почек г) надпочечников
20. уремия при амилоидозе почек у больных ревматоидным артритом развивается
- а) в течение года
 +б) в течение 1-5 лет
 в) через 6 лет
 г) через 7-10 лет
21. для суставного синдрома при серонегативном ревматоидном артрите характерно
- а) начинается с поражения крупных суставов
 +б) быстро и рано в процесс вовлекаются мелкие суставы стоп
 в) часто выявляется двусторонний сакроилеит
 г) часто поражается тазобедренный сустав с развитием асептического некроза

Ситуационные задачи:

Задача 1. Женщина 48 лет, продавец, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, похудание. Больна 11 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 38,1°C. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание. При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов - округлые плотные образования d=1-2 см,

безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III 15 дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объем активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – $418,1 \times 10^9$ /л. Биохимическое исследование крови: РФ - 104 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), фибриноген - 6,6 г/л, общий белок – 58 г/л, альбумины – 32%, глобулины: $\alpha 1$ – 6%, $\alpha 2$ – 16%, β – 19%, γ – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N - 1-6 мг/л). АЦЦП – 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл).

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

Задача 2. Больной Ю. 53 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. Анамнез: болеет с 35 лет, вначале появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°C. Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД - 150/100 мм рт. ст. ЧСС - 74 удара в минуту. ЧДД - 18 в минуту. Температура тела 37,3°C. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставов. Активные и пассивные движения вызывают боль. Пробы: симптом Кушелевского I, II - положительный, проба Томайера – 65 см, Форестье - 22 см, проба подбородок-грудина – 5 см, экскурсия грудной клетки - 100-96 см (4 см). Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленениях: Деформирующий спондилез, двусторонний сакроилит, стадия 3. Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Hb - 122 г/л, тромбоциты - 220×10^9 /л, лейкоциты - 10×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 18 мм/ч. Иммунологические тесты: С-реактивный белок – 5 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный. Общий анализ мочи – норма.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет Ваша тактика лечения данного заболевания?
5. Каким препаратам следует отдать предпочтение при наличии у пациента внеаксиальных проявлений заболевания?

Задача 3. Больная 42 лет, домохозяйка, обратилась к врачу-терапевту участковому со следующими жалобами: в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястно-фаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3°C. Домашнюю работу выполняет с трудом. Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Отмечается деформация вышеперечисленных суставов за счет экссудативно-

пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны. Общий анализ крови: лейкоциты - $9,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час. Биохимическое исследование крови: ревматоидный фактор (РФ) – 1:80. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 375,8 Ед/мл. Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, единичные узурь костей.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет тактика лечения данного заболевания?
5. Какой базисный препарат целесообразно назначить в данном случае и почему?

Задача 4. Больная М. 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов, на боли при жевании в нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей до 14-15 часов дня, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость. Из анамнеза: около 7 месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала Диклофенак, а затем Нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приема данных препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5×0,5 см. Коленные суставы деформированы за счет экссудативных изменений, определяется гипертермия кожи при пальпации, положительный симптом баллотирования надколенника с обеих сторон. DAS 28 = 5,6. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 12 ударов в минуту. АД - 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилорoduоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин - 86,4 г/л, лейкоциты - $9,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 219 тыс., СОЭ - 76 мм/час (по Вестергрену). Электрофорез белков: альбумины - 43,7%, глобулины: 1 - 4,9%, 2 - 12,8%, - 12,4%, - 26,2%. СРБ - 54,7 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 22,1 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л). Сывороточное железо – 6,2 мкмоль/л. Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах III пястной костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, III слева и II-III пястно-фаланговых проксимальных суставов справа. Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка с 3 эрозивными дефектами, складки слизистой утолщены.

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой базисный препарат вы бы рекомендовали в качестве лекарственного средства первого выбора? Обоснуйте свой выбор.
5. Опишите изменения суставов кистей на представленном рисунке.

Задача 5. Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в

минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуальноаналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 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%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл. На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ - 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо – 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Тема 22. Болезнь Рейтера. Псориатический артрит. Реактивные артриты. Подагра.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Псориатический артрит. вульгарный: очаговый, распространенный.
- Классификация реактивных артритов.
- Диагностические критерии болезни Рейтера.
- Определение подагры, классификационные и диагностические критерии
- Клиническая картина острого приступа подагры. Нефрологические осложнения подагры
- Немедикаментозные и медикаментозные средства терапии подагры с позиций доказательной медицины с учетом существующих национальных и международных рекомендаций. Целевые показатели терапии.
- Побочные эффекты терапии подагры. Терапия побочных эффектов.
- Критерии временной и стойкой нетрудоспособности при подагре. Показания к выдаче больничного листа и направлению на МСЭ.
- Диспансеризация пациентов с подагрой: кратность наблюдений и лабораторно-инструментальных исследований.
- Псориатический артрит. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Связь с кожными проявлениями псориаза.
- Псориатический артрит. Клиническая картина, клинико-рентгенологические варианты. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
- Особенности суставного синдрома при реактивном артрите.
- Диагностические критерии реактивного артрита.
- Особенности суставного синдрома при псориатическом артрите.
- Диагностические критерии псориатического артрита.
- Особенности суставного синдрома при подагре.
- Диагностические критерии подагры.

Тестовый контроль:

1. "Сосискообразные" пальцы в результате дактилита характерны для:

- а. ревматоидного артрита
- +б. псориатического артрита
- в. системной склеродермии
- г. артрита при острой ревматической лихорадке
- 2. Развитие плоскостопия возможно в результате

- а. синдрома Рейтера
- б. ревматоидного артрита
- +в. верно 1 и 2
- г. всё перечисленное не верно

3. Симптом подагры:

- +а) Тофусы
- б) Узелки Гебердена
- в) Узелки Бушара
- г) Пяточные "шпоры"
- д) Узелки Ашофф-Таллалаева

4. Рентгенологически для подагры специфичны:

- +а) Округлые "итампованные" дефекты эпифизов (симптом)
- б) Сужение суставной щели
- в) Узуры эпифизов
- г) Остеофиты
- д) Подвывихи суставов кисти

5. Препарат для купирования острого приступа подагры:

- +а) Нимесил
- б) Никотиновая кислота
- в) Румалон
- г) Симвиск
- д) Пиаскледин

6. Наиболее частой причиной болезни Рейтера является:

- а) Бета-гемолитический стрептококк
- б) Золотистый стафилококк
- +в) Хламидии

г) Микобактерии туберкулеза

7. Для купирования острого приступа подагры используют все, кроме:

- а) НПВП
- б) колхицин
- в) салицилаты
- +г) дексаметазон (локально и системно).
- д) все ответы верны

8. Причиной реактивного артрита является:

- +а) урогенетальная инфекция
- б) онкологическое заболевание
- в) вирусный гепатит
- г) неспецифический язвенный колит
- д) правильного ответа нет

9. Подагра – метаболическое заболевание с нарушением:

- а) липидного обмена
- б) перекисного окисления липидов
- +в) пуринового обмена
- г) пиримидинового обмена

д) нет правильного ответа

10. Полная клиническая ремиссия после приступов болей при подагре наступает через:

а) 1-2 дня

б) 3-4 дня

+в) 1-2 нед.

г) 2-3 нед.

д) 3-4 нед

11. При подагрическом интерстициальном нефрите наблюдается:

+а) микрогематурия

б) макрогематурия

в) бактериурия

г) глюкозурия

д) протеинурия

12. Какие суставы не вовлекаются в патологический процесс при подагре?

а) локтевые

б) тазобедренные

+в) суставы кистей

г) суставы стопы

д) коленные суставы

13. R- изменения, типичные для псориатического артрита:

+а) сужение суставных щелей, эрозии, околоуставной остеопороз, локализующийся в суставах кистей и стоп и наиболее выраженные в клинически пораженных суставах.

б) асимметричное поражение периферических суставов, отсутствие остеопении, акроостеолиз, чашеобразная деформация проксимальной части фаланг («карандаш в колпачке»).

в) двухсторонний сакроилиит, поражение суставов позвоночника, асимметричный олигоартрит крупных суставов.

г) одностороннее поражение суставов стопы, субкортикальные кисты без эрозий («симптом пробойника»).

14. Первая атака подагрического артрита чаще проявляется:

а) поражением коленных суставов

б) поражением I плюснефалангового сустава стопы

+в) симметричным поражением суставов кистей

г) поражением суставов позвоночника

д) поражением крестцово-подвздошных сочленений

15. Какие клинические признаки характерны для реактивного артрита:

+а) несимметричный артрит с поражением небольшого числа суставов, энтезиты, конъюнктивит, уретрит

б) поражение только крупных суставов

в) симметричное поражение мелких суставов, утренняя скованность

г) поражение суставов стопы, тофусы

16. Симптом подагры:

+а) Тофусы

б) Узелки Гебердена

в) Узелки Бушара

г) Пяточные "шпоры"

д) Узелки Ашофф-Таллалаева

17. Рентгенологически для подагры специфичны:

+а) Округлые "штампованные" дефекты эпифизов (симптом)

б) Сужение суставной щели

в) Узурь эпифизов

г) Остеофиты

д) Подвывихи суставов кисти

18. Наиболее частой причиной болезни Рейтера является:

а) Бета-гемолитический стрептококк

б) Золотистый стафилококк

+в) Хламидии

г) Микобактерии туберкулеза

19. Препарат для купирования острого приступа подагры:

+а) Нимесил

б) Никотиновая кислота

в) Румалон

г) Симвиск

д) Пиаскледин

Тема 23. Остеоартроз (ОЗ). Остеопороз.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Остеоартроз. Классификация. Номенклатура. Эпидемиология. Факторы риска при отдельных формах.

- Особенности остеоартроза отдельных суставов. Гонартроз. Коксартроз. Артроз межфаланговых суставов. Рентгенологические стадии артроза.

- Лечение остеоартроза. Значение локальной противовоспалительной терапии (локальное введение глюкокортикостероидов, мази др.).

- Остеоартроз. Диагностика и дифференциальная диагностика.

- Лечение остеоартроза. Роль немедикаментозных методов (разгрузка суставов, мышечное развитие, коррекция плоскостопия). Реабилитация и санаторно-курортное лечение.

- Понятие, этиология, клинические проявления деформирующего остеоартроза.

- Методы диагностики остеопороза.

- Классификация остеоартроза.

- Остеопороз. Клиника. Профилактика.

- Остеопороз. Лечение.

Тестовый контроль:

1. При остеоартрозе вариантами болевого синдрома могут быть все, кроме:

+а) утренней скованности более 1 ч;

б) «стартовых» болей;

в) ночных болей, обусловленных внутрикостной гипертензией;

г) болей при механической нагрузке;

д) болей, связанных с блокадой сустава.

2. У лиц, старше 60 лет остеоартроз встречается с частотой

а) 50%

б) 60%

в) 75%

г) 85%

+д) 97%

3. Развитию первичного остеоартроза способствует все нижеперечисленное, кроме

а) генетических факторов

б) нарушения статики

в) дисплазии, приводящей к изменению конгруэнтности суставных поверхностей

г) перегрузки суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом, ожирением

+ д) повышения выработки фибробластами коллагена и фибронектина

4. Развитие вторичного остеоартроза не может быть обусловлено

а) травмой сустава

б) артритом

- в) метаболическими и эндокринными нарушениями
- г) нарушениями функции нервной системы
- + д) продуктивным васкулитом мелких артерий

5. К патогенетическим механизмам остеоартроза относятся все перечисленные, кроме

- а) альтерации хондроцитов
 - б) уменьшения содержания протеогликанов, разрывы коллагеновых волокон в матриксе суставного хряща
 - в) повышения содержания лизосомальных ферментов в суставном хряще, реактивного синовиита
 - г) альтерации субхондральной костной ткани
 - + д) с частотой выявления антигена гистосовместимости
6. Для остеоартроза характерно все перечисленное, кроме
- а) болей "механического" типа в суставах
 - б) периодической "блокады" суставов
 - в) медленного развития болезни
 - г) преимущественного поражения суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей
 - + д) утренней скованности в суставах в течение часа

7. Узелки Бушара появляются

- а) при подагре
- б) при ревматоидном артрите
- + в) при остеоартрозе
- г) при ОРЛс
- д) при узелковом полиартериите

8. Начальным признаком остеоартроза коленного сустава является

- а) болезненность при пальпации коленного сустава
- б) хруст при движении в коленном суставе
- в) остеофиты (по данным рентгенограммы)
- г) болей при ходьбе по лестнице
- + д) поражение надколенно-бедренного сочленения (по данным рентгенограммы)

9. Характерным признаком выраженного двустороннего коксартроза является

- а) нарушение внутренней и наружной ротации бедер
- б) ограничение отведения и приведения бедер
- в) гипотрофия мышц бедер
- г) хромота
- + д) "утиная походка"

10. Характерными рентгенологическими признаками остеоартроза межфаланговых суставов - дистальных (узлы Гебердена) и проксимальных (узлы Бушара) - являются все нижеперечисленные, кроме

- а) сужения суставных щелей
- б) субхондрального остеосклероза
- в) узурации суставных поверхностей костей
- + г) анкилозов

11. Укажите один рентгенологический признак не типичный для остеоартроза

- а) сужение суставной щели
- б) субхондральный склероз
- + в) околосоуставной остеопороз
- г) краевая гипертрофия суставных поверхностей
- д) подхрящевые кисты

12. В качестве искусственного заменителя синовиальной жидкости используют

- а) раствор трасилола
- б) раствор орготейна

+в) раствор поливинилпирролидона

г) раствор димексида

д) раствор диклофенака-натрия (вольтарен)

13. Наиболее выраженное хондропротективное действие оказывает

+а) артепарон

б) румалон

в) мукартин

г) гиалуроновая кислота

д) диклофенак-натрий (вольтарен)

14. Для внутрисуставного введения при остеоартрозе, сопровождающемся синовитом, не используется

а) трасилол

б) димексид

+в) диклофенак-натрий (вольтарен)

г) глюкокортикостероиды

15. При длительной терапии остеоартроза отрицательно действует на хондроциты, усиливая катаболический процесс в суставном хряще, следующие препараты

а) димексид

б) поливинилпирролидон

в) оргометин

г) артепарон

+ д) глюкокортикостероиды и нестероидные противовоспалительные препараты

16. При остеоартрозе не применяются

а) нестероидные противовоспалительные препараты

б) трасилол

в) поливинилпирролидон

г) глюкокортикостероиды внутрисуставно

+д) глюкокортикостероиды внутрь

17. При остеоартрозе применяются все нижеперечисленные методы реабилитации, кроме

+а) лечебной физкультуры с повышенной нагрузкой

б) массажа регионарных мышц

в) хирургического лечения

г) санаторно-курортного лечения

18. При остеоартрозе показаны все перечисленные методы физиотерапии, за исключением

а) индуктотермии, воздействия дециметровыми волнами

б) ультразвуковой терапии

в) синусоидальным модулированным и диадинамическим током

г) парафино- и озокеритолечения

+д) криотерапии

19. Для лечения больных остеоартрозом не назначают ванны

а) сульфидные

б) хлоридные, натриевые

в) радоновые

г) йодобромные

+д) углекислые

20. Наиболее тяжелое проявление остеохондроза и спондилеза поясничного отдела позвоночника - это

а) "прострел"

б) "боковой крен"

в) спазм мышц спины

+г) спинальные нарушения

Тема 24. Системная красная волчанка. Системная склеродермия.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Современное представление об основных причинах возникновения системной красной волчанки.
- Склеродермия в структуре заболеваемости и общей смертности.
- Определение и сущность системной красной волчанки и системной склеродермии
- Общая характеристика системных заболеваний соединительной ткани.
- Основные клинические синдромы, характерные для системных заболеваний соединительной ткани.
- Основные механизмы патогенеза системной красной волчанки
- Основные механизмы патогенеза системной склеродермии
- Классификационные критерии системной красной волчанки
- Классификационные критерии системной склеродермии
- Клинические проявления системной красной волчанки
- Клинические проявления системной склеродермии
- Лабораторная и диагностика системной красной волчанки и системной склеродермии
- Инструментальные методы диагностики системной красной волчанки и системной склеродермии
- Основные принципы лечения системной красной волчанки и системной склеродермии

Тестовый контроль:

1. При системной красной волчанке наблюдаются все перечисленные патоморфологические изменения, кроме:

А. продуктивных васкулитов головного мозга

+Б. эндокардита Либмана - Сакса

В. остеолитических изменений фаланг пальцев рук

Г. волчаночной нефропатии

2. Все перечисленные положения, касающиеся кожных проявлений системной красной волчанки справедливы, за исключением одного:

А. поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания

Б. алопеция может быть локализованной или диффузной

В. фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами

+Г. индурация кожи

3. Для системной красной волчанки характерны следующие патоморфологические изменения:

а) морфологические феномены, связанные с патологией ядер

б) лимфоцитарно-макрофагальная инфильтрация

в) распад клеток, образующих инфильтраты в тканях

г) депозиты иммуноглобулинов и иммунных комплексов в ткани кожи и почек

+д) все перечисленное

4. Проявлениями кожного синдрома при системной красной волчанке может быть все перечисленное, кроме:

а) алопеция

+б) витилиго

в) сетчатое ливедо

г) фотодерматоз

д) дискоидные очаги

5. Для патологии сердца при системной красной волчанке верно все перечисленное, кроме:

а) чаще всего выявляется бессимптомный перикардит

б) редко развивается недостаточность кровообращения

в) возможно развитие бородавчатых эндокардиальных вегетаций

- +г) характерна дилатационная кардиомиопатия
 - д) возможно развитие коронарита
6. При люпус-нефрите возможно развитие следующих вариантов поражения почек
- а) изолированный мочевого синдром
 - б) нефритический мочевого синдром
 - в) нефротический мочевого синдром
 - г) пиелонефритический мочевого синдром
- +д) все указанные синдромы
7. При остром течении системной красной волчанки период развития полисиндромности составляет:
- +а) 1-6 месяцев
 - б) 6-12 месяцев
 - в) 8-10 месяцев
 - г) 3 года
 - д) 5 -10 лет
8. Для хронического течения системной красной волчанки не характерно
- а) дискоидные очаги на коже
 - б) синдром Рейно
 - +в) полисерозит
 - г) синдром Шегрена
 - д) суставной синдром
9. В диагностических критериях системной красной волчанки поражение кожи и слизистых оболочек представлены перечисленными признаками, кроме:
- а) дискоидные очаги волчанки
 - б) фотосенсибилизация
 - в) эритема в зоне "бабочки"
 - +г) распространенной папулезной сыпи
 - д) изъязвления слизистой оболочки ротовой полости
10. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться:
- а) преходящими нарушениями мозгового кровообращения
 - б) судорогами
 - в) периферической полинейропатией
 - г) психозами
 - +д) всем перечисленным
11. При системной красной волчанке выявляются все перечисленные нарушения, кроме:
- а) наличие ревматоидного фактора
 - б) снижение уровня комплемента СН50
 - в) ложноположительная реакция Вассермана
 - г) антитела к нативной ДНК
 - +д) высокий уровень С-реактивного белка
12. Верны все положения в отношении терапии кортикостероидами системной красной волчанки, кроме:
- а) являются препаратами первого ряда
 - б) показаны на ранних этапах развития болезни
 - в) начальная доза должна быть не менее 1 мг/кг массы
 - +г) длительность лечения не превышает 6-8 недель
 - д) лечение постоянное
13. Антитела к какому экстрагируемому внутриядерному антигену специфичны для системной красной волчанки?
- +а) Sm-антигену
 - б) Scl-70
 - в) Ro- SSA

г) La-SSB

д) RNP ПК-6

14. Цитостаическую терапию больным системной красной волчанкой назначают при:

а) достоверном диагнозе

б) прогрессирующем течении болезни и неэффективности кортикостероидов

в) отсутствии противопоказаний к применению

г) возможности осуществления длительного контроля состояния пациента

+д) соблюдении всех указанных положений

15. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды:

+а) артериолы и капилляры

б) сосуды среднего калибра

в) сосуды любого диаметра

г) крупные сосуды

д) крупные и средние сосуды

16. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа следующих участков тела:

а) лица, пальцев кистей и стоп

б) туловища и проксимальных отделов конечностей (до пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов)

в) туловища

г) головы

+д) все перечисленное верно

17. Развитие склеродермической нефропатии обусловлено первичным поражением:

а) клубочков

б) канальцев

+в) артериол

г) чашечно-лоханочной системы

д) почечных артерий

18. Основным показанием для назначения Д-пенициллина является:

а) выраженные лабораторные показатели активности воспаления

б) высокий титр антинуклеарного фактора

+в) распространенное поражение кожи

г) прогрессирующая легочная гипертензия

д) легочный фиброз

19. Антитела к какому экстрагируемому внутриядерному антигену специфичны для диффузной формы системной склеродермии?

а) Sm-антигену

+б) Scl-70

в) Ro-SSA

г) La-SSB

д) антитела к центромерам

20. Какой метод исследования позволяет подтвердить склеродермическое поражение сосудов микроциркуляторного русла?

а) КТ с контрастированием органов грудной клетки

б) ангиография сосудов верхних конечностей

в) ангиография сосудов нижних конечностей

+г) капилляроскопия сосудистого русла ногтевого ложа

д) МРТ кистей

21. Какой метод визуализации наиболее информативен для выявления базального фиброза легких при системной склеродермии на ранних этапах развития болезни?

а) рентгенография органов грудной клетки

- +б) высокочувствительная компьютерная томография органов грудной клетки
 - в) МРТ органов грудной клетки
 - г) сцинтиграфия легких
 - д) рентгенография органов грудной клетки с контрастированием пищевода
22. Антитела к какому экстрагируемому внутриядерному антигену специфичны для ограниченной формы системной склеродермии?
- а) Sm-антигену
 - б) Scl-70
 - в) Ro- SSA
 - г) La-SSB
 - +д) антитела к центромерам
23. Для CREST-синдрома характерно все перечисленное, кроме:
- а) кальциноз и феномен Рейно
 - б) эзофагит
 - в) склеродактилия
 - г) телеангиэктазии
 - +д) узловатая эритема

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больная А. 24 лет жалуется на головную боль, слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Получала нерегулярно Преднизолон 30 мг в сутки, но в дальнейшем от лечения отказалась. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит, плеврит. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев. Объективно: состояние тяжелое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, отмечаются участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отечность в межфаланговых суставах кистей. Деформаций нет. Дыхание ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же притупление при перкуссии. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие. Пульс – 108 уд/мин., ритм правильный. Артериальное давление – 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Отечность голени. Анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – $1,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 180×10^9 /л, лейкоциты – $4,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес – 1010, белок – 1,2%, в осадке до 40 эритроцитов в поле зрения. Холестерин сыворотки крови – 6,4 ммоль/л, креатинин сыворотки крови – 124 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови – 51 г/л, альбумин – 25 г/л.

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Предложите план дополнительного обследования больного?
3. Чем обусловлены изменения лабораторных показателей?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения.

Задача 2. Женщина 44 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была

выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера. При осмотре: внешний вид больной представлен на рисунке. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берется в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объем пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации. Лабораторно. Общий анализ крови: эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - $15,3 \times 10^9 /л$; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л; альбумины - 40%, глобулины - 60%, I - 3,8%, 2 – 12%; – 12%; – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ (++) . Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны. Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» легкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах. Рентгенография кистей: остеолит дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз.

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

Задача 3. Женщина 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 5 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 6 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочередно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, недомогание. За медицинской помощью не обращалась. 2 месяца назад (июль) - отдых в Таиланде. После возвращения отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до $37,5^{\circ}C$, без ознобов. Отметила наличие красных пятен на лице, долгое время считала их последствиями загара. Во время очередного планового медосмотра выявлены анемия и изменения в моче, в связи с чем обратилась к участковому терапевту. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс

ритмичный, 78 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Отечность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $2,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты - 98×10^9 /л. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016; белок - 0,3 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-8 в поле зрения, цилиндры восковидные - 2-3 в поле зрения, соли - нет. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, непрямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09% ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, АСТ - 10,0 ммоль/л, АЛТ - 19,0 ммоль/л, холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л, альбумины - 45%, α_1 - 3,5%, α_2 - 10,5%, β - 13,6%, γ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ - + + +, серомукоид - 0,32 г/л. Обнаружены антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, 6 LE-клеток на 1000 лейкоцитов. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузные дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Рентгенография суставов кистей и голеностопных суставов: патологических изменений не выявлено.

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

Задача 4. Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39°C, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах легких при глубоком вдохе, кашле. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дисковидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах легких - жесткое дыхание, шум трения плевры. Периферические отеки нижних конечностей. В анализах крови - анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, измененные эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Укажите диагностические критерии основного заболевания.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Задача 5. 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%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9 /л$, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Тема 25. Дерматомиозит. Узелковый периартериит.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология и патогенез дерматомиозита и узелкового периартериита;
- Механизмы возникновения разных форм заболевания;
- Клинические проявления дерматомиозита и узелкового периартериита;
- Современная классификация дерматомиозита и узелкового периартериита;
- Диагностические возможности общеклинических, биохимических, рентгенологических, электрокардиографических эхокардиографических методов исследования, прогноз заболевания;
- Немедикаментозные методы лечения и профилактики дерматомиозита и узелкового периартериита (физиотерапевтические, фитотерапевтические, иглорефлексотерапия, психотерапия и др.);
- Особенности лечебного питания при дерматомиозите и узелкового периартериите;
- Клиническую фармакологию седативных препаратов, спазмолитиков, сердечных и других групп препаратов, которые применяются при лечении дерматомиозита и узелкового периартериита;
- Показания и противопоказания, а также порядок направления на санаторно-курортное лечение больных дерматомиозитом и узелковым периартериитом.

Тестовый контроль:

1. Диагностическое значение при дерматомиозите имеет:

- а) повышение уровня белков острой фазы;
- +б) высокая активность креатинфосфокиназы;
- в) умеренный лейкоцитоз;
- г) наличие гемолитической анемии.

2. Признаки, характерные для дерматомиозита:

- а) «бабочка» на лице;
- б) остеолиз ногтевых фаланг;
- +в) резкая мышечная слабость;
- г) деформация суставов.

3. Какая формулировка наиболее полно соответствует определению дерматомиозитаполимиозита?

а. Системное воспалительное заболевание гладкой и скелетной мускулатуры, кожи, сосудов с поражением сердца, формированием эрозивнополиартрита.

б. Системное воспалительное заболевание с деструктивным поражением мышц, суставов, кожи, сердца, почек.

+в. Системное воспалительное заболевание с замещением пораженных тканей фиброзными структурами с преимущественным вовлечением в патологический процесс скелетной и гладкой мускулатуры, кожи, мелких сосудов.

г. Системный коллагеноз с фиброзирующим васкулитом мелких сосудов кожи, мышц, внутренних органов, эрозивно-язвенным артритом.

д. Системное заболевание опорно-двигательного аппарата воспалительной природы с прогрессирующим фиброзом кожи, гладких и скелетных мышц, эрозивным полиартритом.

4. Что может являться этиологическим фактором дерматомиозита-полимиозита?

а. Инфекция кариновирусами.

б. Инфекция вирусами группы Коксаки.

в. Опухолевый процесс в организме.

+г. Любой из упомянутых факторов.

д. Ни один из упомянутых факторов.

5. К предрасполагающим факторам развития дерматомиозита-полимиозита относятся:

а. Наличие антигена гистосовместимости HLA B8.

б. Наличие антигена гистосовместимости DR3.

в. Латентное течение опухолевого поражения у пожилых людей.

+г. Любой из упомянутых факторов.

д. Ни один из упомянутых факторов.

6. Какие формы клинического течения не характерны для дерматомиозитаполимиозита?

+а. Латентная.

б. Острая.

в. Подострая.

г. Хроническая.

д. Все упомянутые формы клинического течения характерны.

7. Типичными клиническими проявлениями дерматомиозита являются:

а. Миопатия.

б. Поражение кожи.

в. Артропатия.

г. Васкулит.

+д. Все перечисленные.

8. У больных дерматомиозитом-полимиозитом в первую очередь поражаются следующие мышцы:

а. Глазодвигательные.

+б. Проксимальные группы мышц верхних и нижних конечностей.

- в. Дистальные группы мышц верхних и нижних конечностей.
г. Все упомянутые группы мышц.
д. Ни одна из упомянутых групп мышц.
9. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи больным с дерматополимиозитом для диагностики заболевания обязательными медицинскими процедурами все, кроме:
- +а. Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога
 - б. Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный
 - в. Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога
 - г. Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры
 - д. Прием (осмотр, консультация) врача невролога
10. В форме какого синдрома чаще всего проявляется иммунокомплексный васкулит мелких сосудов у больных дерматомиозитом-полимиозитом?
- а. Синдром Шегрена.
 - +б. Синдром Рейно.
 - в. Синдром Лайела.
 - г. Синдром Шенлейн-Геноха.
 - д. Синдром Фелти.
11. Какие симптомы свидетельствуют о поражении легких у больных дерматомиозитом-полимиозитом?
- а. Непродуктивный кашель.
 - б. Диффузный цианоз.
 - в. Одышка.
 - +г. Все перечисленные.
 - д. Ни один из перечисленных.
12. Какие изменения в моче могут выявляться у больных дерматомиозитомполимиозитом?
- а. Небольшая протеинурия (редко).
 - б. Увеличение содержания креатинина.
 - в. Увеличение содержания миоглобина.
 - +г. Все упомянутые изменения типичны для данного заболевания.
 - д. Все упомянутые изменения не типичны для данного заболевания.
13. Какие результаты электромиографического исследования характерны для дерматомиозита-полимиозита?
- а. Нормальная электрическая активность при расслабленных мышцах.
 - б. Низкоамплитудная электрическая активность при произвольных сокращениях.
 - в. Короткие, полифазные потенциалы моторных единиц.
 - г. Спонтанные потенциалы фибрилляции.
 - +д. Все перечисленные изменения характерны для данного заболевания.
14. Какие отклонения ЭКГ наблюдаются у больных с дерматомиозитомполимиозитом?
- а. Уменьшение амплитуды GRS-комплексов.
 - б. Диффузные изменения миокарда левого и правого желудочков.
 - в. Политопная экстрасистолия.
 - г. АВ-блокады различной степени.
 - +д. Все перечисленное характерно для данного заболевания.
15. Обнаружение каких рентгенологических находок не характерно для дерматомиозита-полимиозита?
- а. Кальцинаты в мышцах.
 - б. Умеренный диффузный остеопороз.
 - в. Признаки фиброзирующего альвеолита.
 - г. Базальный пневмофиброз.
 - +д. Экссудативный плеврит.

16. При биопсии кожно-мышечного лоскута у больных дерматомиозитомполимиозитом может выявляться:

а. Миозит с потерей поперечной исчерченности, фрагментацией миофибрилл.

б. Базофилия саркоплазматического ретикулума миоцитов.

в. Очаги некроза, фиброза.

г. Лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация мышечной ткани.

+д. Все перечисленные.

17. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики дерматомиозита-полимиозита и системной склеродермии в пользу дерматомиозитаполимиозита?

а. Отсутствует сращение склерозированной кожи с подлежащими фасциями, надкостницей.

б. Отсутствует орозивный или фиброзирующий артрит мелких суставов кистей рук.

в. Отсутствуют признаки укорочения концевых фаланг пальцев кисти.

+г. Можно использовать все указанные критерии.

д. Нельзя использовать ни один из указанных критериев.

18. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики дерматомиозита-полимиозита и ревматоидного артрита в пользу дерматомиозитаполимиозита?

а. Выраженная утренняя скованность.

+б. Отсутствие узур суставных поверхностей в пораженных суставах.

в. Симметричное поражение суставов кистей.

г. Можно использовать все указанные критерии.

д. Нельзя использовать ни один из указанных критериев.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Пациентка Х., 56 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на боли коленных и голеностопных суставов, в мелких суставах обеих кистей, резкую слабость и болезненность в мышцах плеч и бедер (самостоятельно не может войти в транспорт, с трудом расчесывается и т. д.). Наблюдается повышение температуры тела до 37,5 °С в течение последнего месяца. Заболела около 6 месяцев назад. Без видимых причин появились боли и припухание мелких суставов кистей с гиперемией и шелушением над ними, общая слабость. Находилась на лечении в одном из ревматологических отделений, где был установлен диагноз «РА», назначена терапия ГКС. Состояние сразу же улучшилось: исчезли явления артрита, кожные изменения, прошла слабость. Принимала ГКС около 3 месяцев с постепенным снижением и дошла до полной отмены. Чувствовала себя хорошо. Летом поехала отдыхать на юг, активно загорала. По возвращении домой постепенно стали появляться вышеуказанные жалобы. Когда появилась лихорадка и больная практически перестала вставать с кровати, вызвали скорую помощь. Пациентка была госпитализирована в отделение ревматологии с целью уточнения диагноза и назначения лечения. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Положение пассивное. Из-за болезненности и резкой слабости в мышцах не может встать с постели, удерживать на весу руки, ноги, голову. При пальпации мышц плечевого и тазового поясов отмечается умеренная болезненность. При пальпации суставы кистей болезненны. Над ними выявляется шелушащаяся эритема. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 130/80 мм рт. ст. ЧСС — 80 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Есть запоры. Диурез соответствует выпитой жидкости.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.

2. Какой план обследования необходимо провести?

3. Какие изменения можно обнаружить в общем и биохимическом анализах крови?

4. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе. Выпишите рецепты.

Задача 2. В отделение ревматологии поступил пациент Я. 27 лет (переведен из неврологии) с жалобами на выраженную слабость, похудение (за последние 2 месяца на 15 кг), повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С ежедневно без ознобов, периодическое появление судорог в нижних конечностях, а также нарушение чувствительности в правой руке и левой ноге. Считает себя больным около года, когда впервые без видимых причин стали появляться судороги и нарушение чувствительности в руках и ногах, иногда повышение температуры тела до субфебрильной, папулезную сыпь на голенях, боль в коленных и голеностопных суставах. Наблюдение и лечение у невролога эффекта не дало. В последние 2 месяца состояние стало прогрессивно ухудшаться: было зафиксировано повышение АД (без клинических проявлений), лихорадка приобрела постоянный характер. Стал сильно худеть. Из перенесенных заболеваний отмечается гепатит В. Пациент много курит, злоупотребляет алкоголем. Несколько раз отбывал наказание в местах лишения свободы. Наблюдался у невролога с диагнозом «полинейропатия алиментарно-токсического генеза». При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Пациент гипостеник. Кожные покровы обычной окраски, слизистые иктеричны. На голенях — остаточные явления папулезной сыпи. На теле много татуировок. Температура тела — 37,5 °С. С закрытыми глазами пациент не может определить до какого пальца левой руки и правой ноги к нему дотрагиваются. В легких дыхание везикулярное, множество сухих рассеянных хрипов по всем полям. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД на правой руке — 220/130 мм рт. ст., на левой — 200/100 мм рт. ст. Печень не увеличена. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастриальной области. Отеков нет. Суставы при осмотре внешне не изменены, признаков воспаления нет. Стул и диурез без особенностей. ОАК (пациент принес с собой): эритроциты — $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 89 г/л, цв. показатель — 0,7, лейкоциты — $8,2 \cdot 10^9 /л$, СОЭ — 65 мм/ч. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Какие диагностические критерии данного заболевания имеют место у данного пациента? 3. Какое обследование необходимо провести в данном случае? 4. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе. Выпишите рецепты.

Задача 3. Больной К., 29 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, 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. $3,3 \times 10^{12}/л$, ц. п. 1,0, Л. $17 \times 10^9/л$, 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.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. Составьте дифференциально-диагностическую программу по синдрому «большая эозинофилия».
4. Наметьте план лечения.

Задача 4. Больная С., 37 лет. Поступила в клинику в сентябре 1988 г. С жалобами на боли и слабость в мышцах плечевого и тазового пояса, отечность и покраснение кожи на лице и туловище. Выраженный зуд гиперемизированных участков кожи и волосистой части головы, боли в коленных и голеностопных суставах, общую слабость, субфебрильную температуру тела, похудание на 9,5 кг за год.

Больна с августа 1986, когда появились два красных пятна на лбу и правой щеке. На фоне местной терапии флуцинаром гиперемия распространилась на все лицо, сопровождалась уплотнением кожи, зудом, стали беспокоить боли в мышцах плеч и бедер, появилась мышечная слабость. Температура тела повысилась до 38,5 С. НПВС эффекта не дали. Только назначение преднизолона в дозе 60 мг дало положительный эффект, однако при снижении дозы ниже 30 мг состояние вновь ухудшилось.

бъективно: больная с трудом передвигается по палате, не может самостоятельно встать с кровати. Отмечаются гиперемия кожи лица с шелушением и участками депигментации на лбу и подбородке, отечность и уплотнение кожи над мышцами плеч и бедер. Легкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. ЧСС 92 в минуту. АД 100/60 мм рт.ст., СРБ ++++. Гамма-глобулины – 23,1%, СОЭ 46 мм/час, фибриноген 6,25 г/л.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какой «классический симптом» пропущен в описании клиники?
3. Какие методы исследования должны подтвердить поставленный диагноз?
4. Какой метод лечения использовался с применением аппарата ПФ-05?
5. Каким препаратом, на Ваш взгляд, осуществлялось поддерживающее лечение?

Тема 26. Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения. Болезни пищевода. Хронические гастриты.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Осмотр полости рта.
 - Осмотр живота.
 - Выявление свободной жидкости в брюшной полости (3 способа).
 - Определение нижней границы желудка (3 способа).
 - Методика проведения поверхностной ориентировочной пальпации живота.
- Интерпретация выявленных изменений.*
- Методика проведения пальпации толстого кишечника по методу Образцова и Стражеско.
 - Перкуссия печени по Курлову.
 - Методика проведения пальпации печени.
 - Методика проведения перкуссии селезенки.
 - Методика проведения пальпации селезенки.
 - Методика проведения симптома Щеткина-Блюмберга.
 - Методика проведения симптома Мюсси-Георгиевского.
 - Методика проведения симптома Ортнера.
 - Понятие пищеводный клиренс.
 - Пищевод Баррета, алгоритм ведения. Каковы основные принципы лечения.
 - Определение понятия хронический гастрит. Какова его распространенность .
 - Классификация хронического гастрита.
 - Патогенетические механизмы развития гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).
 - Атипичные клинические проявления ГЭРБ. Диагностический поиск.
 - Динамическое наблюдение при осложненном ГЭРБ
 - Каковы основные принципы лечения ГЭРБ и ГПОД
 - Первичная и вторичная профилактика ГЭРБ и ГПОД

- *Этиология хронических гастритов*
- *Охарактеризуйте основные патогенетические механизмы ХГ*
- *Клиническая картина хронического гастрита.*
- *Какие нарушения функции желудка наблюдаются при ХГ?*

Тестовый контроль:

1. *Основная причина хронического гастрита типа В*

+а) *отравление*

б) *аутоиммунные нарушения*

в) *нерациональное питание*

г) *хеликобактериальная инфекция*

2. *Основной симптом хронического гастрита с секреторной недостаточностью*

а) *повышение аппетита*

б) *отрыжка кислым*

в) *отрыжка тухлым*

+г) *запор*

3. *Основная причина хронического гастрита типа В*

а) *отравление*

б) *аутоиммунные нарушения*

в) *нерациональное питание*

+г) *хеликобактериальная инфекция*

4. *Для хронического гастрита характерны синдромы*

+а) *диспепсический*

б) *гипертонический*

в) *интоксикационный*

г) *гепатолиенальный*

5. *Симптом хронического гастрита с сохраненной секрецией*

а) *понос*

б) *горечь во рту*

в) *лихорадка*

+г) *боль в эпигастральной области*

6. *Основной симптом хронического гастрита с секреторной недостаточностью*

а) *повышение аппетита*

б) *отрыжка кислым*

+в) *отрыжка тухлым*

г) *запор*

7. *При хроническом гастрите определяется*

+а) *болезненность в эпигастральной области*

б) *симптом Ортнера*

в) *положительный симптом Пастернацкого*

г) *положительный симптом Щеткина-Блюмберга*

8. *Осложнение хронического гастрита с повышенной секреторной активностью*

а) *рак желудка*

б) *холецистит*

в) *цирроз печени*

+г) *язвенная болезнь*

9. *Решающее значение в диагностике хронического гастрита имеет*

а) *рентгенография желудка*

б) *желудочное зондирование*

в) *лапароскопия*

+г) *фиброгастроскопия*

10. *Осложнение хронического гастрита с резко сниженной секреторной активностью*

+а) рак желудка

б) холецистит

в) цирроз печени

г) язвенная болезнь

11. Подготовка пациента к эндоскопическому исследованию пищевода, желудка и 12-перстной кишки

+а) вечером – легкий ужин, утром – натощак

б) вечером – очистительная клизма

в) вечером и утром – очистительная клизма

г) утром – сифонная клизма

12. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью в качестве заместительной терапии используется

а) альмагель

б) атропин

+в) пепсидил

г) маалокс

13. какие из нижеперечисленных факторов не играют роль в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

а) снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера

+б) повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера

в) ослабление пищеводного клиренса

г) гиперсекреция соляной кислоты

14. к препаратам, снижающим желудочно-пищеводный рефлюкс, не относится:

а) мотилиум

в) ганатон

+в) папаверин

г) гевискон

15. к «симптомам тревоги», на основании которых можно предполагать наличие у пациента злокачественного заболевания пищевода относятся все кроме:

а) дисфагия

+б) ощущение горечи во рту

в) рвота

г) снижение массы тела

16. основное осложнение гэрб

а) застойный эзофагит

б) пептическая язва пищевода

в) пептическая стриктура пищевода

+г) пищевода баррета

17. при рефлюкс-эзофагите применяют: а) нитроглицерин; б) мотилиум; в) но-шпу; г) папаверин; д) маалокс; е) рабепразол.

а) а, б, в

б) б, в, г

в) а, д, е

+г) б, д, е

18. для гиперацидного гастрита характерно:

а) ночные боли.

б) изжога.

+в) положительный симптом менделя.

г) голодные боли.

19. для гипоацидного гастрита характерно:

а) ранние боли.

+б) запоры.

в) рвота пищей.

г) голодные боли.

20. для аутоиммунного гастрита характерно:

а) повышенная кислотность.

б) участие в его развитии *helicobacter pylori*.

в) железододефицитная анемия.

+г) поражение фундального отдела желудка.

21. для хеликобактерного гастрита характерно:

а) повышение уровня гастрина.

б) поражение антрального отдела желудка.

в) участие в его развитии *helicobacter pylori*.

+г) повышенная кислотность.

22. хронический гастрит может быть вызван приемом:

а) аспирин.

б) преднизолона.

в) ранитидина.

г) резерпина

Тема 27. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной. Болезни оперированного желудка. Демпинг синдром.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Клиника и диагностика желудочно-кишечных кровотечений.

- Эндоскопические методы остановки кровотечения.

- Виды тактики при язвенном гастродуоденальном кровотечении.

- Классификация перфораций желудка и ДПК.

- Выбор способа операции при перфоративной язве.

- Стадии пилородуоденального стеноза, характер нарушений основных звеньев гомеостаза.

Особенности предоперационной подготовки.

- Пенетрация язв. Показания к оперативному лечению и виды операций.

- Частота малигнизации в зависимости от локализации язвы. Ранняя диагностика малигнизации.

- Симптоматические язвы: гормональные и лекарственные язвы, синдром Золлингера-Эллисона. Особенности хирургического лечения.

- Синдром Меллори-Вейсса. Консервативное и оперативное лечение.

- Клиническая картина рака желудка в зависимости от локализации и характера роста опухоли.

- Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям при раке желудка

- Определение, этиология и патогенез, классификация язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

- Клиническая картина язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

- Лабораторно-инструментальное обследование больного язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

- Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

- Лечение больных с демпинг-синдромом легкой степени

- Диагностика демпинг-синдрома

Тестовый контроль:

1. «золотым стандартом» диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки считается:

а. рентгенография желудка с барием

б. клиническая картина заболевания.

в. кт органов брюшной полости

+г. фгдс

д. УЗИ органов брюшной полости

2. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в стадии обострения характерно:

+а. боли в эпигастральной области, возникающие через 2 ч после приема пищи, чаще в ночное время

б. боли в эпигастральной области, возникающие при физической нагрузке

в. боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды

г. боли в эпигастральной области, зависящие от положения тела

д. боли в эпигастральной области колющего характера, не связанные с приемом пищи

3. для желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно:

а. положительный симптом раздражения брюшины.

б. резкое усиление болей в эпигастральной области.

+в. рвота кофейной гущей.

г. появление болей в правом подреберье.

д. фебрильная лихорадка.

4. для перфорации язвы тела желудка характерно:

а. рвота кофейной гущей.

+б. симптомы раздражения брюшины.

в. ослабление или исчезновение болей в эпигастрии.

г. мелена.

д. появление изжоги.

5. укажите факторы, способствующие возникновению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

а. высокий уровень антител к париетальным клеткам желудка.

+б. гиперсекреция соляной кислоты.

в. высокий уровень амилазы в крови.

г. ахилия.

д. злоупотребление жирной пищей

6. Какой из признаков не характерен для обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

а) боли натощак;

+б) боли через 30 мин после еды;

в) боли через 2,5 ч после еды;

г) боли справа в эпигастрии;

д) изжога, кислая отрыжка.

7. У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. Какое осложнение можно предположить:

а) стеноз привратника;

+б) пенетрацию;

в) малигнизацию;

г) перфорацию;

д) демпинг-синдром.

8. Снижение секреторно-кислотообразующей функции желудка наблюдается при:

а) хроническом антрум-гастрите;

+б) хроническом атрофическом гастрите;

в) хроническом гипертрофическом гастрите;

г) синдроме Золлингера – Эллисона;

д) всех указанных формах.

9. Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка:

а) рентгенологический;

б) эндоскопический;

- в) кал на скрытую кровь;
- г) желудочный сок с гистамином;
- +д) эндоскопия с биопсией.

10. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку тухлым яйцом, рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение возникло у больного:

- а) пенетрация;
- б) перфорация;
- в) кровотечение;
- +г) стеноз привратника;
- д) малигнизация.

11. У больного жалобы на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5–2 ч после еды и натощак. Этот симптом предположительно указывает на наличие:

- а) хронического гастрита;
- б) язвенной болезни желудка;
- +в) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
- г) холецистита;
- д) панкреатита.

12. Полная гастрэктомия применима при:

- а. Раннем демпинг-синдроме
- б. Позднем демпинг-синдроме
- +в. Рецидиве пептической язвы, обусловленной синдромом Золлингера-Эллисона
- г. Щелочном рефлюкс-гастрите
- д. Постваготомической диарее

13. Ирригоскопия имеет определяющее значение в диагностике:

- а. Постваготомического гастростаза
- +б. Желудочно-тонко-толстокишечного свища
- в. Рецидивной пептической язве гастро-дуодено-анастомоза
- г. Демпинга-синдрома
- д. Всех перечисленных выше

14. Частота рецидивной пептической язвы зависит в первую очередь от:

- а. Возраста больного
- б. Продолжительности болезни
- в. Локализации и размеров язвы
- г. Осложнений язвенной болезни присутствующих в момент первичной операции
- +д. Типа первичной операции

15. СС. Вследствие какой операции появление рецидивной пептической язвы менее всего вероятно?

- а. Гастро-энтероанастомоз
- б. Резекция 2/3 желудка
- в. Стволовая ваготомия с дренирующей операцией
- +г. Стволовая ваготомия с экономной резекцией желудка
- д. Селективная проксимальная ваготомия

16. Укажите болезнь оперированного желудка:

- а. Послеоперационное желудочное кровотечение на второй день после операции
- б. Постваготомическая диарея
- +в. Рецидивная пептическая язва двенадцатиперстной кишки
- г. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки

д. Несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза

17. СС. Какое заболевание не является ни осложнением язвы, ни болезнью оперированного желудка?

+а. Недостаточность кардии

б. Желчный рефлюкс-гастрит

в. Пилорический стеноз

г. Желудочно-тонко-толстокишечный свищ

д. Пенетрация язвы

18. СС. Болезнью оперированного желудка является:

+а. Пептическая язва тонкого кишечника

б. Острый послеоперационный панкреатит

в. Острая странгуляционная непроходимость приводящей петли, обусловленная спайками

г. Кровотечение из язвы отключенной 12-перстной кишки

д. Несостоятельность швов 12-перстной кишки

19. СС. Болезнь оперированного желудка это:

+а. Заболевание, проявляющееся в позднем послеоперационном периоде, после этиопатогенетически обоснованных операций, произведенных на желудке по поводу язвы

б. Патология, которая развивается только после резекции желудка

в. Органические и функциональные постваготомические патологии

г. Заболевания, которые возникают вследствие вмешательств с целью дренирования желудка

д. Заболевания, которые возникают вследствие операций по поводу язвенной болезни

20. СС. Постваготомический синдром это:

а. Рубцовый стеноз желудочно-кишечного анастомоза

б. Острая язва тонкого кишечника

+в. Гастростаз

г. Атрофический гастрит

д. Демпинг-синдром

21. СС. Постгастрорезекционный синдром это:

а. Агастральная анемия

б. Хронический синдром приводящей петли, обусловленный мальротацией 12-перстной кишки

+в. Желчный рефлюкс-гастрит

г. Пилородуоденальный стеноз после ушивания прободной язвы, язва 12-перстной кишки после селективной проксимальной ваготомии

д. Рецидивная

22. СС. Наиболее информативным в диагнозе Демпинг-синдрома является:

а. Определение клинических проявлений болезни

б. Анамнез

в. Данные рентгеноконтрастного исследования с бариевой смесью желудочного тракта

г. Исследования секреторной функции желудка НСИ

+д. Тест с 50%-ным раствором глюкозы

Ситуационные задачи:

Задача 1. У 30-летнего больного через год после резекции желудка по поводу язвы обнаружена пептическая язва анастомоза.

1. Какова тактика хирурга?

Задача 2. В хирургическое отделение клиники поступил пациент 45 лет с жалобами на изжогу, боль в верхнем этаже брюшной полости, возникающую через 2 час после приема пищи. Из

анамнеза заболевания установлено, что 3 года тому назад больной перенес изолированную СПВ по поводу хронической язвы 12-перстной кишки. Выше описанные жалобы возникли через 1,5 лет после операции.

1. Каковы Ваш диагноз и тактика ведения пациента?

Задача 3. У больного после резекции желудка по Бильрот-2 развился тяжелый демпинг-синдром. Несмотря на многократное лечение в стационарах и на курортах, улучшения состояния не происходит.

1. Что нужно делать?

Задача 4. У больного на 7 сутки после резекции желудка по поводу язвы внезапно появились резкие боли в животе, холодный пот, напряжение мышц передней брюшной стенки.

1. Диагноз и действия врача?

Задача 5. У больного, 23 лет, на протяжении последних 2 лет 5 раз наблюдалось обострение язвенной болезни 12-перстной кишки, требовавшие госпитализации. На фоне комплексного консервативного лечения язва хорошо рубцевалась.

1. Каков дальнейший план лечения пациента?

Задача 6. У больного через год после резекции желудка на протяжении 3 месяцев возникает распирающая боль в правом подреберье после еды. Одновременно наблюдается рвота желчью до 2 раз в неделю объемом до 150 мл.

1. Какова тактика лечения?

Задача 7. Через 3 года после резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера по поводу язвенной болезни желудка у больного стали возникать ежедневные рвоты желчью объемом до 1 л. Больной похудел на 16 кг.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какова тактика хирурга?

Задача 8. У больного тяжелый демпинг-синдром, прогрессирующее похудание. Многократное лечение в стационарах и на курортах оказывается не эффективным. Психоневрологические расстройства выражены незначительно. Рвоты желчью нет.

1. Что следует делать?

Практические навыки:

1. Проведения обследования больных (сбор жалоб и анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. Техники переливания крови, препаратов крови, кровезаменителей
3. Интерпретации результатов клинических анализов крови, кала, биохимических и иммунологических анализов крови
4. Определения исправности рН-метра и рН-зонда
5. Проведения дыхательного уреазного хелик-теста
7. Проведения промывания желудка
8. Проведения пальцевого исследования прямой кишки
9. Интерпретации результатов инструментальных и аппаратных методов исследования (эндоскопических, ультрасонографии органов брюшной полости, рентгенологических, сцинтиграфии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии), морфологических методов исследования
10. Оказания первой врачебной помощи при urgentных состояниях в гастроэнтерологии.
11. Владеть принципами хирургической коррекции болезней оперированного желудка.

Тема 28. Дивертикулы тонкой и толстой кишки. Дивертикулярная болезнь, дивертикулит. Синдром дуоденальной гипертензии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Современные классификации дивертикулярной болезни
- Дивертикулярная болезнь: осложненные формы
- Дивертикулёз и дивертикулярная болезнь: этиопатогенез, эпидемиология.

- Острый дивертикулит. Диагностика. Консервативное лечение.
- Дивертикулы двенадцатиперстной кишки. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения.
- Дивертикулиты и перидивертикулиты. Клиника.
- Новообразования в дивертикулах. Перфорация, пенетрация. Диагноз и дифференциальный диагноз.
- Синдром дуоденальной гипертензии. Лечение. Диспансеризация. Медикосоциальная экспертиза и реабилитация.

Тестовый контроль:

1. К типичным осложнениям дивертикулярной болезни относится:

- +а) дивертикулит;
- б) паракишечный инфильтрат;
- в) паракишечный абсцесс;
- г) озлокачествление;
- д) кишечное кровотечение.

2. Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни:

- +а) периодические кишечные кровотечения;
- б) рецидивирующий дивертикулит;
- в) кишечные свищи;
- г) отсутствие эффекта от консервативной терапии при неосложненном дивертикулезе;
- д) паракишечный инфильтрат.

3. Ведущие значение в развитии дивертикулеза толстой кишки, кроме:

- +а) дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки;
- б) врожденная слабость соединительной ткани;
- в) приобретенная слабость соединительной ткани;
- г) дискоординация моторики толстой кишки;

4. К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относится все, кроме:

- +а) дивертикулит;
- б) паракишечный инфильтрат;
- в) паракишечный абсцесс;
- г) озлокачествление;

5. Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни, кроме:

- +а) периодические кишечные кровотечения;
- б) рецидивирующий дивертикулит;
- в) кишечные свищи;
- г) отсутствие эффекта от консервативной терапии при неосложненном дивертикулезе;

6. Возникновение дивертикулов в стенке ободочной кишки обусловлено

- а) деформацией стенки полого органа;
- б) изменением слизистого слоя;
- +в) изменением эластических свойств соединительной ткани;
- г) нарушением сосудистой стенки.

7. Диагностическая программа при неосложненной форме дивертикулярной болезни с клиническими проявлениями у женщин включает

- +а) УЗИ малого таза и толстой кишки вагинальным датчиком;
- б) вагинальное обследование;
- в) кольпоскопию;
- г) мазок на флору.

8. Дивертикулярная болезнь соответствует классу по МКБ-10

- а) F00-F99;
- б) G00-G93;

в) Q00-Q93;

+г) K00-K93.

9. Истинные дивертикулы – это

а) механическое повреждение слизистой оболочки анального канала;

б) образования полого органа в стенке которых отсутствует мышечный и подслизистый слой;

+в) образования полого органа в стенке которых прослеживаются все слои полого органа;

г) патологическое состояние, при котором имеется патологическое развитие и строение мышечного слоя толстой кишки.

10. Клиническая картина при сигмовезикальных свищах – это

+а) выделение газов при мочеиспускании, мутный цвет мочи и примесь в ней кала;

б) задержка эвакуации содержимого из тела дивертикула через его узкую шейку приводящее к образованию плотного комка;

в) механическое повреждение слизистой оболочки анального канала;

г) патологическое состояние, при котором имеется патологическое развитие и строение мышечного слоя кишечника.

11. Ложные дивертикулы – это

а) механическое повреждение слизистой оболочки анального канала;

+б) образования полого органа в стенке которых отсутствует мышечный и подслизистый слой;

в) образования полого органа в стенке которых прослеживаются все слои полого органа;

г) патологическое состояние, при котором имеется патологическое развитие и строение мышечного слоя кишечника.

12. Отличительным признаком острого паракишечного инфильтрата является наличие

а) опухолевидного образования в брюшной полости, имеющего чёткие границы;

+б) опухолевидного образования в брюшной полости, не имеющего чётких границ;

в) отёка мышечного слоя ободочной кишки;

г) отёка слизистой оболочки ободочной кишки.

13. Пациентам с внутренними свищами при сомнениях в наличии патологического соустья и невозможности его выявления ни одним из известных методов проводят

а) пробу Бабинского;

б) пробу Оттиса;

в) пробу Ронтберга;

+г) пробу Швайбольда.

14. Частота обострений при рецидивирующем течении хронического дивертикулита колеблется от 1 раза

а) в 2 – 3 недели;

б) в 2-3 года;

+в) в 3 недели-1,5 лет;

г) в 5-10 дней.

15. Боли при острых осложнениях дивертикулита в большинстве наблюдений не сопровождаются

а) лейкоцитозом;

б) лихорадкой;

+в) отёком;

г) эозинофилией.

16. Диагностическая программа при неосложненной форме дивертикулярной болезни с клиническими проявлениями включает

а) КТ брюшной полости с внутривенным и/или внутривисервным контрастированием;

б) УЗИ брюшной полости;

в) УЗИ желудка;

г) ирригоскопию.

17. Основные методы диагностики при хронических воспалительных осложнениях

- а) клиническое обследование и изучение анамнеза;
- б) лабораторные исследования крови и мочи;
- +в) гастроскопические методы;
- г) ультразвуковое исследование.

18. Пациенты при неосложненной форме дивертикулярной болезни с клиническими проявлениями не предъявляют жалобы на

- +а) боли в эпигастральной области;
- б) метеоризм и вздутия живота;
- в) периодические боли в животе, чаще в левых и нижних отделах;
- г) периодические запоры и поносы.

19. При наружных свищах наружное отверстие располагается на

- а) в поясничной области;
- б) в промежности;
- в) в ягодичной области;
- +г) везде.

21. При перфоративном дивертикулите, кроме

- а) более выражен лейкоцитоз;
- б) более выражен эозинофилез;
- в) выше СОЭ;
- +г) повышен уровень холестерина.

22. Стеноз ободочной кишки при дивертикулярной болезни имеет клиническую симптоматику, кроме

- а) задержки стула до 3 суток;
- б) нарушения кишечной проходимости в виде эпизодов вздутия живота;
- в) ощущения тяжести в левой подвздошной области и гипогастрии;
- +г) частые поносы.

Тема 29. Принципы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний печени. Хронические гепатиты. Циррозы печени, синдром портальной гипертензии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Осмотр живота. Топография передней брюшной стенки. Измерение окружности живота.
- Методика перкуссии печени.
- Поверхностная ориентировочная и сравнительная пальпация живота: методика и техника.
- Глубокая, скользящая, методическая пальпация органов брюшной полости
- Какие заболевания печени Вы знаете ?
- Дайте определение, что такое " гепатит " ?
- Дайте определение, что такое " цирроз печени " ?
- Опишите симптоматику хронического персистирующего гепатита.
- Опишите симптоматику хронического активного гепатита.
- Опишите клинику хронического холестатического гепатита (синдром внутрпеченочного холестаза).
- Каковы клиничко-лабораторные критерии активности процесса ?
- Перечислите морфологические признаки цирроза печени.
- Что такое " компенсированный " цирроз печени, " декомпенсированный цирроз печени " .
- Опишите симптоматику цирроза печени с синдромом портальной гипертензии.
- Опишите симптоматику билиарного цирроза печени.
- Укажите, какова диагностическая ценность лабораторных и инструментальных методов исследования в дифференциальной диагностике гепатитов и циррозов ?

- Опишите механизм гиперферментемии при хронических диффузных поражениях печени. Всегда ли нарастание активности и глубина повреждения почечной паренхимы соответствует степени гиперферментемии.
- При каких заболеваниях печени отмечается геморрагический синдром? Чем он обусловлен?
- При каких заболеваниях печени отмечается диспротеинемия: за счет увеличения - глобулинов? -глобулинов? Гипопротеинемия.
- Для каких заболеваний печени характерны аутоиммунные нарушения: антитела к печеночному липопротеиду?
- Причины смерти при гепатитах, циррозах печени?
- Для каких заболеваний печени характерен синдром портальной гипертензии?
- Опишите морфологическую характеристику персистирующего и активного гепатита.
- Профилактика, основные принципы лечения больных с заболеваниями печени. Диагностическое и лечебное значение парацентеза.

Тестовый контроль:

1. Для хронического персистирующего гепатита характерны все признаки, кроме:
 - а) болевой синдром
 - б) диспепсический синдром
 - в) астеновегетативный синдром
 - +г) выраженный синдром печеночно-клеточной недостаточности
 - д) увеличение селезенки
2. При каком заболевании синдром цитолиза выражен в наибольшей степени:
 - а) наследственный микросфероцитоз
 - б) желчно-каменная болезнь
 - +в) хронический активный гепатит
 - г) Хронический персистирующий гепатит
3. Для какого заболевания характерен кожный зуд, плотная, увеличенная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 10 см; повышение общего билирубина до 96 мкмоль/л, щелочной фосфатазы до 300 ед, АЛТ до 80 ед?
 - а) портальный цирроз печени
 - б) хронический активный гепатит
 - в) гемолитическая желтуха
 - +г) билиарный цирроз печени
4. У больного с билиарным циррозом печени появилась сонливость, усилилась желтуха, уменьшилась в размерах печень, изо рта появился сладковатый печеночный запах, через некоторое время - потеря сознания, дыхание Куссмауля. Какое осложнение развилось у больного:
 - а) холестаз
 - +б) печеночная кома
 - в) желудочно-кишечное кровотечение
 - г) портальная гипертензия
5. Для алкогольного цирроза печени характерно все, кроме:
 - а) пигментация кожи
 - б) раннее поражение ЦНС
 - в) раннее развитие портальной гипертензии и позднее развитие желтухи
 - +г) раннее развитие желтухи и позднее развитие портальной гипертензии
6. Цирроз печени от хронического гепатита отличается:
 - а) наличием цитолитического синдрома
 - б) наличием холестатического синдрома
 - +в) наличием портокавальных и кава-кавальных анастомозов
 - г) наличием паренхиматозной желтухи

7. Ранними симптомами портальной гипертензии при циррозе печени являются все, кроме:

- а) метеоризм
- б) диспепсические расстройства
- в) расширение вен брюшной стенки в боковых отделах живота

+г) кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

8. Печеночно-клеточная недостаточность при циррозе печени проявляется:

а) геморрагическим диатезом

б) желтухой

в) печеночной энцефалопатией

+г) всеми выше перечисленными синдромами

д) ничем из перечисленного

9. При эндоскопическом исследовании пищевода, желудка у больных циррозом печени выявляется:

+а) варикозное расширение вен пищевода, кардиального отдела желудка

б) слизистая желудка отечна, гиперемирована с мелкоочечными геморрагиями

в) дефект слизистой оболочки овальной или округлой формы, края с четкими границами, отечны

10. Для энцефалопатии на фоне печеночно-клеточной недостаточности характерно:

а) резкое снижение уровня прокоагулянтов (протромбиновый индекс), снижение холинэстеразы, альбуминов сыворотки крови

б) нарастание гипербилирубинемии за счет конъюгированного билирубина

в) сонливость, неадекватное поведение, дезориентация во времени

г) хлопающий тремор, печеночный запах изо рта

+д) все вышеперечисленное

11. Для хронического холестатического гепатита характерно все, кроме:

а) желтуха

б) кожный зуд

в) гипербилирубинемия за счет повышения связанного и свободного билирубина, повышение щелочной фосфатазы, повышение холестерина

+г) гипербилирубинемия за счет повышения свободного билирубина

12. К "малым" признакам цирроза печени, выявляемым при осмотре относится все, кроме:

а) сосудистые "звездочки" (телеангиэктазии)

б) эритема ладоней

в) гинекомастия

+г) выраженный асцит

13. Для микронодулярного цирроза печени характерно все, кроме:

+а) набухание шейных вен

б) спленомегалия

в) телеангиэктазии

г) гинекомастия

14. Для цирроза печени характерны все признаки, кроме:

а) сосудистые звездочки, гинекомастия, увеличение печени

б) спленомегалия, обычно вызванная портальной гипертензией

в) макроцитарная анемия в связи с дефицитом витамина B12

+г) гипопластическая анемия

15. Асцит при циррозе печени образуется вследствие:

а) вторичного гиперальдостеронизма

б) гипоальбуминемии

в) портальной гипертензии

+г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного

16. Укажите наиболее ранний синдром при билиарном циррозе печени:

- а) диспепсический
- б) астенический
- в) портальная гипертензия
- +г) холестаз

17. Прогноз у больного циррозом печени определяется преимущественно:

- а) активность цирротического процесса
- б) массой функционирующей паренхимы печени
- в) развитием осложнений
- +г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

18. При угрозе развития печеночной комы следует ограничить в диете:

- +а) белки
- б) углеводы
- в) жиры
- г) жидкость

19. Для хронического гепатита характерно все, кроме:

- а) дистрофические изменения и некроз гепатоцитов, гистиолимфоцитарная инфильтрация портальных трактов при сохранении архитектоники печени
- б) гепатомегалия
- в) повышение в крови билирубина, печеночно-специфических ферментов, трансаминаз, гамма-глобулинов
- г) болевой, диспепсический, астенический синдромы
- +д) спленомегалия

20. Морфологические изменения, характеризующие цирроз печени:

- +а) фиброз, перестройка нормальной архитектоники печени, изменения в сосудистой системе печени
- б) жировая дистрофия, алкогольный гиалин (тельца Меллори) и скопления полиморфно-ядерных лейкоцитов
- в) ступенчатые некрозы, ограниченные пластинкой, воспалительные инфильтраты внутри долек

21. Анемия при циррозе печени может быть обусловлена:

- а) желудочно-кишечным кровотечением
- б) печеночно-клеточной недостаточностью
- в) повышенным гемолизом
- +г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Тема 30. Алкогольные поражения печени. Неалкогольная жировая болезнь печени.

Печеночная недостаточность. Печеночная энцефалопатия.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Современные методы лечения печеночной недостаточности
- Алкогольные поражения печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника.
- Алкогольная болезнь печени: формы и их морфологическая характеристика.
- Неалкогольная жировая болезнь печени: причины и клиноморфологическая характеристика.
- Печеночная недостаточность. Принципы консервативного лечения, прогноз.
- Определение хронической печеночно-клеточной недостаточности.
- Клинические формы хронической печеночно-клеточной недостаточности.
- Патогенез хронической печеночно-клеточной недостаточности
- Виды большой печеночной клеточной недостаточности.
- Хроническая печеночно-клеточная недостаточность. Определение понятия.

- Эпидемиология печеночной недостаточности.
- Клинические формы печеночной недостаточности (малая печеночная недостаточность, большая печеночная недостаточность).
- Виды большой печеночной недостаточности.
- Патогенез печеночной недостаточности.
- Дифференциально-диагностические характеристики форм большой печеночной недостаточности.
- Патогенез печеночной энцефалопатии (ПЭ).
- Стадии печеночной энцефалопатии. Диагностика. Принципы лечения.
- Пробы, подтверждающие наличие энцефалопатии.
- Причины возникновения печеночной недостаточности.

Тестовый контроль:

1. Частыми причинами развития острой ПН являются:

- А. Алкогольное поражение печени
- Б. Лекарственное поражение печени
- В. Острый вирусный гепатит
- Г. Промышленные токсины

+Д. Все выше перечисленное

2. Триггерными факторами развития ПЭ являются все, КРОМЕ:

- А. Желудочно-кишечное кровотечение
- Б. Инфекция
- В. Дисэлектрлитемия
- Г. Хирургические вмешательства

+Д. Возраст старше 45 лет.

3. укажите правильное утверждение. диагностическим признаком развития острой печеночной недостаточности является:

- а. прогрессивное нарастание желтухи,
- б. тахикардия,
- в. изменение цвета мочи,
- +г. энцефалопатия,
- д. увеличение размеров печени.

4. укажите правильное утверждение. клинические симптомы острой печеночной недостаточности, кроме:

- +а. увеличение печени,
- б. тахикардия,
- в. сокращение размеров печени,
- г. энцефалопатия,
- д. геморрагии.

5. При хронической печеночной недостаточности анемия развивается кроме:

- А. Повышения свободного аммиака в крови
- Б. Нарушения синтеза ферритина в печени
- +В. Нарушения синтеза холестерина в печени
- Г. Нарушения всасывания в кишечнике железа

б. Для собственно печеночно-клеточной недостаточности характерно:

- +А. Повышение в крови трансаминаз
- Б. Понижение в крови трансаминаз
- В. Гиперпротеинемия
- Г. Гиперфибриногенемия

7. Развитию атеросклероза при печеночной недостаточности не способствуют:

- +А. Нарушение всасывания холестерина в кишечнике
- Б. Нарушение экскреции холестерина с желчью

- в. Нарушение этерификации холестерина
Г. Дислиппротеидемия
8. Интоксикация при тотальной печеночной недостаточности не связана с:
+А. Появлением С-реактивного белка в крови
Б. Накоплением ароматических аминов в крови
В. Ацидозом
Г. Нарушением орнитинового цикла
9. Стеаторея при печеночной недостаточности возникает вследствие:
А. Снижения секреции липазы плазмы
+Б. Снижения секреции желчных кислот
В. Снижения секреции желчных пигментов
Г. Снижения секреции прямого билирубина
10. Стеаторея при хронической печеночной недостаточности приводит, кроме:
А. Гиповитаминозу К
Б. Дисбактериозу
+В. Гипервитаминозу А
В. Гиповитаминозу Д
11. Следствием появления в крови желчных кислот при печеночной недостаточности не является:
А. Кожный зуд
Б. Желтуха
+В. Повышенный гемолиз
Г. Гинекомастия
12. Проявлением нарушения углеводного обмена при тотальной печеночной недостаточности не является:
А. Гипогликемия
+Б. Увеличение запасов гликогена
В. Уменьшение запасов гликогена
Г. Уменьшение активности инсулиназы
13. Хроническая печеночная недостаточность возникает при:
а) отравлении гепатотропными ядами
б) хронических заболеваниях печени
в) желчно-каменной болезни
+г) при тяжелых формах остро вирусного гепатита
14. Для печеночной недостаточности НЕ характерна:
а) кишечная аутоинтоксикация,
б) нарушение глюконеогенеза,
в) гипоальбуминемия,
+г) высокий уровень мочевины в крови
15. Механизмами развития печеночной энцефалопатии являются: 1) повреждение митохондрий под действием аммиака, 2) набухание астроцитов, 3) усиленное использование глутамата в процессе обезвреживания аммиака, 4) угнетение образования в мозгу октопамина и β -фенилэтанолamina.
а) 1,2
б) 3,4
+в) 1,2,3
г) 2,3,4
16. При печеночной энцефалопатии повышается:
а) коэффициент интеллекта (IQ),
б) содержание натрия в моче,
+в) уровень глутамина в спинномозговой жидкости,
г) содержание протромбина в плазме крови.

17. Факторами, провоцирующими развитие печеночной энцефалопатии и комы, являются: 57
1) запоры, 2) прием седативных препаратов, 3) гипокалиемия, 4) пища, богатая углеводами.

+а) 1,2,3

б) 1,3

в) 3,4

г) 1,2,4

Тема 31. Функциональные заболевания билиарного тракта. Холецистит хронический. Желчекаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Анатомо-физиологические сведения о гепатобилиарной системе
- Желчекаменная болезнь (ЖКБ): этиология и патогенез камнеобразования.
- ЖКБ: выбор метода оперативного лечения. Роль малоинвазивных методов лечения.
- Острый холецистит: этиология и патогенез, классификация, клиника, диагностика.
- Острый холецистит: консервативное и оперативное лечение, методы операций и показания к ним.
- Механическая желтуха как осложнение ЖКБ: причины развития.
- Эндоскопические методы в диагностике и лечении желчнокаменной болезни.
- Методы диагностики холецистопатий. Функциональные методы исследования билиарной системы.
- Дисфункция сфинктера Одди и желчного пузыря. Желчекаменная болезнь (ЖКБ). - -
- Осложнения желчекаменной болезни. Показания к оперативному лечению. -
- Медикаментозная терапия желчекаменной болезни. Холестероз желчного пузыря. Методы диагностики и лечения.
- Классификация ЖКБ.
- Консервативная терапия приступа острого холецистита.
- Этиология и патогенез постхолецистэктомического синдрома.
- Классификация постхолецистэктомического синдрома.
- Особенности клинических проявлений постхолецистэктомического синдрома.
- эндоскопическая диагностика;
- Лечение при постхолецистэктомическом синдроме.
- Профилактика постхолецистэктомического синдрома.

Тестовый контроль:

1. К основным патогенетическим звеньям развития ферментативного холецистита относятся:

а) панкреато-пузырный рефлюкс

б) стаз желчи

в) изменение соотношения давления в панкреатическом и общем желчном протоке

г) правильные ответы а) и б)

+д) все перечисленное

2. Для гангренозного холецистита характерны следующие симптомы: 1. Уменьшение болей. 2. Симптом Щеткина - Блюмберга в правом подреберье. 3. Отсутствие печеночной тупости. 4. Тахикардия. 5. Симптом Бартомье-Михельсона. Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,2,3;

Б) 2,3;

В) 2,3,4;

+Г) 1,2,4;

Д) 3,4,5.

3. При остром холецистите дифференциальный диагноз необходимо проводить с:

1. Острым панкреатитом. 2. Прободной язвой двенадцатиперстной кишки. 3. Острым аппендицитом. 4. Правосторонней плевропневмонией. 5. Хроническим панкреатитом в стадии обострения. Выберите лучшую комбинацию ответов:

А) 1,2,4;

Б) 1,2,3;

В) 2,3,5;

Г) 3,4,5;

+Д) Все верно.

4. Развитию острого холецистита способствуют: 1. Камни в желчном пузыре.

2. Инфицирование желчного пузыря. 3. Вколоченный камень шейки пузыря.

4. Хронический гастрит. 5. Хронический панкреатит. Правильные ответы:

А) 3,4,5.

Б) 2,4,3.

+В) 1,2,3.

Г) 1,2,4.

Д) 1,4,5.

5. Диагноз острого холецистита можно поставить на основании: 1. Жалоб больного.

2. Анамнеза., 3. Ультразвукового сканирования желчного пузыря и поджелудочной железы. 4. Инфузионной холангиографии. 5. Ретроградной панкреатохолангиографии. Правильные ответы:

+А) 1,2,3.

Б) 2,3,4.

В) 3,4,5.

Г) 2,4,5.

Д) 4,5.

6. К осложнениям острого холецистита относят все, кроме:

+А) Варикозного расширения вен пищевода;

Б) Механической желтухи.

В) Холангита.

Г) Подпеченочного абсцесса.

Д) Перитонита.

7. Больному с гангренозным холециститом показано:

+А) Экстренная операция.

Б) Отсроченная операция.

В) Консервативное лечение.

Г) Операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Д) Принятие решения зависит от возраста больного.

8. Истинный постхолецистэктомический синдром не может быть обусловлен только:

А) рубцовым стенозом холедоха

Б) не найденным во время операции камнем холедоха

В) стенозом большого соска 12-перстной кишки

+Г) эрозивным гастритом

Д) снижением тонуса сфинктера Одди и расширением холедоха после холецистэктомии

9. У больной ПХЭС, холедохолитиаз, механическая желтуха. Желтуха нарастает. Лечебная тактика:

А) форсированный диурез

Б) срочная операция на 5-7-е сутки лечения

В) операция на 10-12-е сутки интенсивной терапии

+Г) ЭПСТ, внутривенная литотрипсия

Д) назобилиарный зонд

10. У больной ПХЭС, поступила с жалобами на боли в эпигастрии. 3 года назад оперирована по поводу ЖКБ, холедохолитиаза, на операции выявлен хронический панкреатит. Поступила для

дообследования в связи с рецидивом болей. Какая патология у больной с ПХЭС может быть противопоказанием для проведения ЭРХПГ:

- А) холедохолитиаз
- +Б) острый панкреатит
- В) кисты поджелудочной железы
- Г) недостаточность БСДК
- Д) рак фатерова соска

11. У больной ПХЭС, поступила с механической желтухой тяжелой степени, явлениями интоксикации. Произведена чрескожная чреспеченочная холангиография. Через 3 часа у больной появились боли в правой половине живота, тахикардия усилилась, АД 100/60 мм рт.ст. Диагноз осложнения после ЧЧХГ:

- А) острый панкреатит
- +Б) острый холангит
- В) гепатаргия
- Г) желчеистечение в брюшную полость
- Д) болевой шок

12. Больной 40 лет обратился к врачу поликлиники с жалобами на боли в верхних отделах живота. Кожные покровы обычной окраски. Состояние относительно удовлетворительное. В 20-летнем возрасте больной перенес вирусный гепатит. В настоящее время имеет место злоупотребление алкоголем. Клинически выявлены признаки портальной гипертензии, спленомегалии. О чем можно думать?

- А) о надпеченочном блоке
- +Б) о внутрипеченочном блоке
- В) о подпеченочном блоке
- Г) о смешанном блоке
- Д) о гиперспленизме

13. Мужчина 33 лет, астеник. Холецистэктомия 2 года назад. После операции через 6 месяцев появились изжога, боли в эпигастрии через 1.5 часа после еды с иррадиацией в спину, принимает соду. Наиболее вероятная причина ПХЭС:

- А) гастрит
- Б) хроническая дуоденальная непроходимость
- В) язвенная болезнь 12-перстной кишки
- +Г) стеноз БСДК
- Д) хронический панкреатит

14. Наиболее оптимальный вид лечения холедохолитиаза у больных с ПХЭС:

- +А) эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- Б) холедохотомия
- В) холедоходуоденоанастомоз
- Г) камнедробление
- Д) холедохоэнтеростомия

15. Выберите не часто встречающийся симптом портальной гипертензии из перечисленных:

- А) возникновение коллатерального кровообращения
- Б) спленомегалия
- В) геморрагические проявления
- Г) асцит
- +Д) энцефалопатия

16. Для острого катарального холецистита характерно все, кроме:

- А) Тошноты и рвоты.
- Б) Симптома Кера.
- В) Симптома Мэрфи.
- +Г) Напряжения мышц в правом подреберье и положительного симптома Щеткина-Блумберга.

Д) Симптома Мюсси.

17. При остром деструктивном холецистите операция холецистостомия показана при:

А) Сопутствующем отечном панкреатите.

Б) Больному пожилого возраста.

+В) При тяжелом общем состоянии больного.

Г) При наличии инфильтрата в шейке желчного пузыря.

Д) Сопутствующем холангите.

18. У больной, поступившей в клинику с острым холециститом, в последующие три дня появились ознобы желтуха, гипертермия. Симптомов перитонита нет. Какое осложнение могло развиться у больной?

А) Стеноз большого дуоденального соска.

Б) Эмпиема желчного пузыря.

В) Подпечёчный абсцесс.

Г) Перфорация желчного пузыря.

+Д) Гнойный холангит.

19. У больного с флегмонозным холециститом во время операции обнаружен воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки. Каким способом целесообразно произвести холецистэктомию в данном случае?

А) Первоначально выполнить холедохотомию, затем холецистэктомию комбинированным способом.

Б) Выполнить мукоклазию.

В) Первоначально выделить холедох, затем выполнить холецистэктомию.

+Г) Холецистэктомию «от дна».

Д) Холецистэктомию «от шейки».

20. Больному с острым холециститом, неотягощённому сопутствующими заболеваниями, при неэффективности инфузионно-медикаментозной терапии в течение двух суток показана:

А) Лапароскопия.

Б) Лапароскопическая холецистэктомия.

+В) Срочное оперативное вмешательство.

Г) Включение в консервативную терапию антибиотиков.

Д) Отсроченное оперативное вмешательство в холодном периоде.

21. В комплекс консервативного лечения острого холецистита необходимо включать все указанное, кроме:

А) Проведения дезинтоксикационной терапии.

Б) Введения растворов глюкозы и Рингера-Локка.

В) Местного применения холода.

+Г) Назначения наркотических анальгетиков.

Д) Спазмолитиков.

22. У больного 57 лет, неотягощённого сопутствующими заболеваниями, диагностирован острый флегмонозный холецистит, явления местного перитонита отсутствуют. Срок заболевания - 2 суток. Выберите оптимальную лечебную тактику:

+А) Операция в ближайшие 12 - 24 часа;

Б) Провести курс антибактериальной терапии;

В) Провести консервативную терапию, при отсутствии эффекта – выполнить операцию;

Г) Лечебная тактика зависит от результатов УЗИ;

Д) Операцию выполнить в плановом порядке после купирования воспалительного процесса.

23. Наиболее опасным осложнением острого деструктивного холецистита является:

А) Цирроз печени.

+Б) Разлитой перитонит.

В) Острый панкреатит.

Г) Рубцовая стриктура холедоха.

Д) Подпеченочный абсцесс.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной, 48 лет, поступил в отделение с жалобами на тупые, почти постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правое плечо и лопатку, в левое подреберье. Боли усиливаются при приеме жирной пищи. Отмечает слабость. За 2 месяца потерял 4 кг массы. У больного часто повторяются поносы, обильный зловонный стул. Болен в течение 3 лет. Злоупотреблял алкоголем. 4 месяца назад у больного появилась желтуха, которая постоянно нарастает. Живот мягкий. Печень увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. В общем клиническом анализе крови лейкоцитов $9,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 36 мм/ч, гемоглобин 100 г/л.

1. Ваш диагноз? Что Вы предпримете для дифференциальной диагностики?
2. Какова тактика лечения больного?

Задача 2. Больного, 24 лет, в течение последнего года беспокоят ноющие боли в эпигастральной области и наличие нечетко пальпируемого, сферической формы образования в глубине эпигастральной области размером 15 x 20 см. Образование слегка пульсирует, шум над ним не выслушивается. В анамнезе у больного тяжелая тупая травма живота. Общее состояние больного удовлетворительное. Диспепсических расстройств, а так же расстройств стула и мочеиспускания нет. Диастаза мочи 256 единиц. В общем клиническом анализе и многочисленных биохимических исследований крови патологии не обнаружено. При рентгеноконтрастном исследовании желудка с водной взвесью бария сульфата определяется смещение желудка кпереди за счет образования, располагающегося позади него. При ЯМРТ и УЗИ найдено кистозное образование в головке поджелудочной железы.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика ведения больного?

Задача 3. Больная, 54 лет, жалуется на периодически появляющиеся у нее в течение 3 лет боли в эпигастральной области, особенно после приема жирной или острой пищи. Боли постоянные, ноющие, иррадиируют в позвоночник. Иногда они приобретают характер острых, опоясывающих. Часто больную беспокоит чувство дискомфорта в желудке, тошнота. Отмечает отсутствие аппетита, метеоризм, частые поносы. За последние 2 года значительно потеряла в массе. Боли становятся все интенсивнее, а приступы острых болей - чаще и продолжительнее. Желтухи не было. Общий клинический анализ крови без особенностей. Диастаза мочи 256 ед. УЗИ не выявило изменений со стороны желчного пузыря. Однако общий желчный проток расширен. Камней в нем не найдено.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы необходимо использовать для комплексного инструментального обследования больной?
3. Как вести больную в дальнейшем?

Задача 4. Больной, 48 лет, госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на наличие приступов болей в эпигастрии, левом подреберье, возникающих после нарушения диеты (прием жирной и обильной пищи). Боль длится 1-2 дня и сопровождается тошнотой, рвотой, снижением аппетита. Больной пониженного питания. Стул 1-3 раза в сутки, пенистый, нередко сразу после еды.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы следует использовать для подтверждения диагноза?

Задача 5. 2 года назад больной перенес холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через 6 месяцев после операции у пациента стали появляться боли в правом подреберье темная моча. При поступлении в хирургическую клинику билирубин в крови у больного составляет 120 мкмоль/л.

1. Какой метод диагностики необходимо применить для определения уровня препятствия?
2. Чем предположительно обусловлен ПХЭС у больного?

Задача 6. Больной 4 года назад перенес холецистэктомию. Через 1 год после операции возобновились боли в правом подреберье, иногда опоясывающего характера. При поступлении в

стационар билирубин в крови у пациента составляет 21 мкмоль/л, а щелочная фосфатаза - 346 Ед/л. Больной не переносит йодистые препараты.

1. Чем обусловлены боли у пациента и какие методы диагностики патологии желчных путей нужно применить?

Задача 7. У пациентки отмечаются резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, рвота без примеси желчи, легкая иктеричность кожи и склер. При пальпации определяются мышечная защита в эпигастрии и умеренная болезненность. Живот вздут. Амилаза составляет 90 Ед/л. Год назад больная перенесла холецистэктомия.

1. Какова наиболее вероятная причина данного состояния и какие методы диагностики необходимо применить для подтверждения диагноза?

Задача 8. Больная, 60 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым диабетом и кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II степени. Приступы холецистита у больной бывают 3—4 раза в год, протекают тяжело. Однако, учитывая ряд серьезных противопоказаний, хирурги отказывали больной в оперативном вмешательстве. Неделю назад у больной начался очередной сильный болевой приступ, но в отличие от предыдущих, он сопровождался желтухой. Иктеричность появилась через сутки после начала приступа, а к моменту поступления в больницу желтуха была сильно выражена, билирубин крови составлял 160 мкмоль/л. Механический характер желтухи сомнения не вызывал. Несмотря на энергичное, лечение желтуха нарастает.

1. Что произошло с больной?

2. Какой должна быть тактика ее лечения?

Задача 9. Больная с ПХЭС, поступила с жалобами на боли в эпигастрии. 3 года назад оперирована по поводу желчнокаменной болезни. На операции выявлен хронический панкреатит. Поступила для до обследования в связи с рецидивом болей.

1. Какую причину ПХЭС можно заподозрить у пациентки и какие дополнительные методы обследования необходимо применить?

Тема 32. Паразитарные заболевания желчевыводящих путей. Хронический панкреатит.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Причины хронического панкреатита.
- Клинические формы хронического панкреатита.
- Патологоанатомические изменения в поджелудочной железе.
- Клиническая картина при хроническом панкреатите.
- Дифференциальная диагностика хронического панкреатита.
- Механизм кистообразования при хроническом панкреатите.
- Лабораторная диагностика хронического панкреатита.
- Рентгенологические и эндоскопические методы исследования при хроническом панкреатите.
- Инструментальные методы исследования.
- Консервативное лечение хронического панкреатита.
- Методы хирургического лечения хронического панкреатита.
- Диагностика и лечение осложнений хронического панкреатита
- Лямблиоз. Клиника, диагностика, тактика лечения.
- Описиторхоз. Клиника, диагностика, тактика лечения.
- Токсокароз. Клиника, диагностика, тактика лечения.

Тестовый контроль:

1. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме:

А. абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки;

Б. абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости;

В. флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения;

Г. перитонита;

+Д. септического эндокардита.

2. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме:

А. купирования болевого синдрома;

Б. снятия спазмы сфинктера Одди;

+В. ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы;

Г. уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы;

Д. инактивизации протеаз в крови и детоксикацию.

3. основным этиологическим фактором хронического панкреатита считается:

а) злоупотребление жирной и острой пищей

б) длительное вынужденное положение сидя.

в) злоупотребление сладкой пищей. г. камни в почке.

+г) камни в желчном пузыре.

4. в основе патогенеза хронического панкреатита лежит:

а) ускоренная эвакуация секрета поджелудочной железы.

б) недостаток выработки секрета поджелудочной железы.

+в) внутриорганная активация панкреатических ферментов.

г) повышение концентрации бикарбоната в секрете поджелудочной железы.

5. развитие метеоризма при хроническом панкреатите обусловлено:

а) диареей.

б) многократной рвотой

в) гипергликемией

г) сдавлением двенадцатиперстной кишки отечной головкой поджелудочной железы.

+д) ферментативной недостаточностью поджелудочной железы.

6. «панкреатогенные» гастродуоденальные язвы и эрозии возникают в результате:

а) снижения секреции инсулина

б) снижения секреции глюкагона.

+в) снижения уровня бикарбонатов в секрете поджелудочной железы.

г) снижения уровня липазы в секрете поджелудочной железы

д) снижения секреции амилазы в секрете поджелудочной железы

7. клинико-лабораторными признаками внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите считается:

а) боль в эпигастральной области

+б) креаторея, стеаторея, снижение массы тела.

в) гипогликемия

г) желтуха

д) увеличение печени

8. зона шоффара - это:

а) кожная гиперестезия в зоне иннервации viii грудного сегмента слева

б) эпигастральная область

в) мезогастральная область

г) пилородуоденальная зона

+д) холедохопанкреатодуоденальная зона

9. основным клиническим синдромом хронического панкреатита считается:

а) гипертензионный.

б) отечно-асцитический.

+в) болевой

г) гепаторенальный

д) кардиальный

10. наиболее распространенным лабораторным тестом диагностики панкреатита считается определение в крови:

- а) липазы.
- +б)амилазы
- в)эластазы
- г) трипсина
- д)карбоксивептидазы.

11. основной клинико-лабораторный синдром хронического панкреатита:

- а) цитолитический
- б)воспалительный
- +в)воспалительно-деструктивный
- г)гипоксический
- д)печеночно-клеточной недостаточности

12. причиной болевого синдрома при хроническом панкреатите считается:

- а) инфицирование секрета поджелудочной железы
- б)дискинезия протока поджелудочной железы
- в)ускоренная эвакуация секрета поджелудочной железы
- +г)растяжение протоков поджелудочной железы.
- д)снижение концентрации бикарбоната секрета поджелудочн железы

13. клинический симптом хронического панкреатита:

- а) симптом георгиевского-мюсси
- б)симптом кера
- в)симптом пастернацкого
- г4)симптом грекова-ортнера
- +д)симптом мейо-робсона

14. заместительная терапия при внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает назначение:

- а) инсулина
- б)октреотида
- в)метоклопрамида
- г)ингибиторов ферментов
- +д)ферментов

15. длительность вн при консервативном лечении хронического панкреатита составляет

- а)1-2 недели
- б)3-4 недели
- в) 4-5 недель
- +г)от 2 недель до 3 месяцев в зависимости от стадии

16. последствие хронического панкреатита, возникшего вследствие злоупотребления алкоголем:

- а) экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- б) эндокринная недостаточность поджелудочной железы
- в) перитонит
- +г) кисты в поджелудочной железе
- д) асцит

17.какой из инструментальных методов диагностики псевдотуморозного панкреатита является эталонным?

- а) ультрасонография
- б) компьютерная томография
- в) лапароскопия
- +г) селективная ангиография

18. в рамках какого заболевания часто развивается синдром хроническог панкреатита, преимущественно с признаками экзокринной недостаточности?

- а) синдрома жильбера
- б) синдрома марфана

в) первичного амилоидоза

+г) муковисцидоза

д) ни при одном из перечисленных заболеваний

19. в консервативную терапию болевого синдрома хронического панкреатита не включаются:

а) спазмолитики

+б) антибиотики

в) ферментные препараты

г) антидепрессанты

20. В диагностике хронического панкреатита наиболее информативны: 1. Рентгенография желудка. 2. Компьютерная томография. 3. Портоспленогграфия. 4. Лапароскопия.

5. Ультрасонография. Правильным будет:

А) 2,3,4.

+Б) 2,4,5.

В) 1,2,5.

Г) 4,5.

Д) Все ответы верны.

Тема 33. Воспалительные заболевания кишечника. Гельминтозы.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Гельминтозы, общая характеристика, классификация.

- Клиника и диагностика острой и хронической стадии гельминтозов.

- Хронический энтерит. Классификация. Этиология, патогенез.

- Колит язвенный неспецифический. Осложнения. Диагноз, дифференциальный диагноз.

Лечение, реабилитация.

- Назовите наиболее характерный клинический симптом болезни Крона.

- Перечислите внекишечные проявления болезни Крона, связанные с активностью воспаления в кишке.

- Назовите проявления, которые могут предшествовать развернутой картине болезни Крона.

- Какая характерная эндоскопическая картина наблюдается в развернутую стадию заболевания?

- Что является типичным морфологическим признаком болезни Крона?

- Гельминтозы (нематодозы, тенидозы, трематодозы): клиника, диагностика, лечение, профилактика.

- Протозойные инвазии (лямблиоз): клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Тестовый контроль:

Какой из гельминтозов является наиболее контагиозным в детском коллективе:

а) аскаридоз

+б) энтеробиоз

в) трихоцефалез

г) токсокароз

Какие из указанных средств целесообразно назначать больному неспецифическим язвенным колитом с нерезко выраженной активностью процесса?

а) глюкокортикоиды

б) антибиотики

+в) салазопроизводные сульфаниламиды

г) ферменты

3. При язвенном колите чаще всего поражается кишка:

А) восходящая

+Б) ободочная

В) нисходящая

Г) слепая

Д) прямая

4. При лечении неспецифического язвенного колита применяют все перечисленные препараты, кроме:

А) антибиотиков

+Б) слабительные

В) витаминов

Г) иммуностимуляторов

Д) гормональных препаратов

5. Осложнениями регионарного илеита могут быть все, кроме:

А) перфорации

Б) кровотечения

В) образования абсцесса

Г) образования внутреннего свища

+Д) кишечной непроходимости

6. Для оперативного лечения язвенного колита применяется:

А) илеостомия

Б) тотальная проктоколэктомия с илеостомией

В) субтотальная колэктомия с илеостомией

+Г) все названные операции

Д) ни одна из них

7. При перфорации кишки, связанной с язвенным колитом, показано:

А) ушивание перфорации

Б) проксимальная колостомия

В) тотальная колэктомия и илеостомия

+Г) резекция сегмента кишки с перфорацией

Д) выведение петли с перфорацией из брюшной полости

8. Для болезни Крона не характерно:

А) развитие наружных и внутриорганных свищей

Б) длительное течение заболевания

+В) поражение только слизистой оболочки кишки

Г) развитие параректальных свищей

Д) анемия

9. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает:

А) диету

Б) витамины

+В) сульфаниламиды

Г) десенсибилизирующую терапию

Д) все перечисленное

10. Дивертикулез обычно наблюдается:

А) в пищеводе

+Б) в желудке

В) в 12-перстной кишке

Г) в подвздошной кишке

Д) в ободочной кишке

11. Токсическая дилатация ободочной кишки при неспецифическом язвенном колите может осложняться:

А) кровотечением

Б) перфорацией

+В) кишечной непроходимостью

Г) интоксикацией

Д) всем названным

12. Дивертикул Меккеля может быть причиной:

- +А) инвагинации*
 - Б) кишечной непроходимости*
 - В) перфорации*
 - Г) кровотечения*
 - +Д) все перечисленное верно*
- 13. При болезни Гиршпрунга не имеет диагностического значения:*
- А) ирригоскопия*
 - Б) исследование пассажа бария по толстой кишке*
 - +В) измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки*
 - Г) биопсия по Свенсону*
 - Д) колоноскопия*
- 14. Чаще всего дивертикулез локализуется в кишке:*
- А) восходящей*
 - Б) поперечноободочной*
 - +В) слепой*
 - Г) сигмовидной*
 - Д) прямой*
- 15. Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки является:*
- А) рентгеноскопическое исследование пероральным введением бария*
 - Б) ирригоскопия*
 - В) колоноскопия*
 - +Г) исследование кала на скрытую слизь*
 - Д) УЗИ*
- 16. Меккелев дивертикул является анатомическим элементом:*
- А) подвздошной кишки*
 - Б) тощей кишки*
 - В) он представляет собой выпячивание желчных ходов*
 - Г) часто возникает после аппендэктомии*
 - +Д) все перечисленное верно*
- 17. При острой правосторонней толстокишечной непроходимости при тяжелом состоянии больного необходимо выполнить:*
- А) правостороннюю гемиколэктомию*
 - Б) наложение обходного илеотрансверзоанастомоза*
 - В) подвесную илеостомию*
 - Г) цекостомию*
 - +Д) резекцию кишки с опухолью*
- 18. К облигатным предракам ободочной кишки относят:*
- А) ювенильные полипы*
 - +Б) одиночный полип ободочной кишки*
 - В) регионарный энтерит*
 - Г) терминальный илеит*
 - Д) диффузный семейный полипоз*
- 19. Основной гистологической формой рака толстой кишки является:*
- А) скирр*
 - Б) перстневидноклеточный (слизистый)*
 - В) плоскоклеточный (ороговевающий)*
 - Г) аденокарцинома*
 - +Д) недифференцированный*
- 20. Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме:*
- А) перфорации опухоли*
 - Б) периколита*
 - В) острой кишечной непроходимости*

Г) кровотечения

+Д) токсического панкреатита

21. При обтурационной кишечной непроходимости на почве рака сигмовидной кишки в 80 лет показана:

+А) левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзостомы

Б) наложение трансверзостомы

В) обходной трансверзосигмоанастомоз

Г) резекция сигмы с анастомозом конец в конец

Д) объем операции определяется состоянием больного и брюшной полости

22. Для болезни Гирипрунга характерны следующие симптомы: 1) запоры;

2) вздутие живота; 3) рвота; 4) периодические боли в животе; 5) тошнота

+А) 1,2,3

Б) 1,3,4

В) 2,3,4,5

Г) 1,2,4

Д) все правильно

23. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать со следующими заболеваниями: 1) дизентерией; 2) раком прямой кишки; 3) простатитом;

4) болезнью Крона

+А) 1,2,3

Б) 2,3

В) 3,4

Г) 1,3,4

Д) 1,2,4

Тема 34. Методы исследования больных с заболеваниями почек. Гломерулонефриты (ГН) острые и хронические.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Перечислите и дайте характеристику основным жалобам пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы, укажите их патогенез и диагностическое значение.

- Опишите методики сбора анамнеза основного заболевания и анамнеза жизни пациента по их разделам.

- Укажите особенности сбора анамнеза болезни и анамнеза жизни у пациентов с заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

- Общий осмотр и осмотр области почек. Особенности общего осмотра при заболеваниях органов мочеотделения.

- Правила осмотра пациентов с заболеваниями почек и мочевых путей (положения пациента, внешний вид, цвет кожных покровов, состояние кожи, подкожной клетчатки и доступных осмотру слизистых, осмотр области почек и мочевого пузыря).

- Особенности отеков при заболеваниях почек. Механизм возникновения почечных отеков и их характеристика. Отличие почечных и сердечных отеков.

- Показатели общего анализа мочи в норме.

- Показатели анализа мочи по Нечипоренко в норме.

- Показатели пробы по Зимницкому в норме.

- Методики пальпации и перкуссии почек и мочевого пузыря, аускультации почечных артерий.

Методика и правила пальпации почек в вертикальном и горизонтальном положении пациента.

- Мочевой синдром, его характеристика и диагностическое значение.

- Острый гломерулонефрит (ОГН). Определение. Этиология. Классификация. Основные звенья патогенеза. Клиническая картина различных форм ОГН.

- Лабораторные, инструментальные критерии диагностики острых гломерулонефритов. Принципы терапии.

- *Хронический гломерулонефрит: определение, предрасполагающие факторы, классификация, этиопатогенез.*
- *Хронический гломерулонефрит (ХГН), латентная форма, клиническая картина, критерии диагноза, лабораторные инструментальная диагностика. Принципы терапии.*
- *Хронический гломерулонефрит (ХГН), гипертоническая форма, клиническая картина, критерии диагноза, лабораторные инструментальная диагностика. Принципы терапии.*
- *Хронический гломерулонефрит (ХГН), нефротическая форма, клиническая картина, критерии диагноза, лабораторные инструментальная диагностика. Принципы терапии*
- *Хронический гломерулонефрит (ХГН), смешанная форма, клиническая картина, критерии диагноза, лабораторные инструментальная диагностика. Принципы терапии.*
- *Хронический гломерулонефрит (ХГН), гематурическая форма, клиническая картина, критерии диагноза, лабораторные инструментальная диагностика. Принципы терапии.*

Тестовый контроль:

1. *Какое из перечисленных утверждений не характерно для идиопатического мембранозного гломерулонефрита?*

А. В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет

Б. Преобладают мужчины

В. Заболевание начинается исподволь, незаметно

Г. Уровень комплемента нормален

+Д. Часто встречается макрогематурия

2. *Какое из перечисленных положений, касающихся острого постстрептококкового гломерулонефрита, неверно?*

А. Гипертония необычна для дебюта болезни

Б. Энцефалопатия наиболее часта у детей

В. Атипичное течение болезни чаще всего встречается у стариков

+Г. В клинической картине могут преобладать симптомы застойной недостаточности кровообращения

Д. Перечисленные симптомы являются следствием задержки натрия и воды

3. *Средством выбора для лечения гипертонии при остром гломерулонефрите является все, кроме:*

+А. валсартан

Б. Диуретики

В. Допегит

Г. Коринфар

4. *Какое положение, касающееся экстракапиллярного гломерулонефрита, неверно?*

А. Возможен антительный механизм развития

Б. Возможен иммунокомплексный механизм развития

В. Возможно отсутствие иммунных депозитов на базальной мембране клубочков при иммунофлюоресцентном исследовании биоптата почки

Г. Может развиваться при других уже имеющихся формах гломерулонефрита

+Д. Клинически быстро прогрессирующее течение отмечается редко

5. *При каком из перечисленных заболеваний не встречается быстро прогрессирующий гломерулонефрит?*

А. Системная красная волчанка

Б. Эссенциальная криоглобулинемия

В. Инфекционный эндокардит

+Г. Липоидный нефроз

Д. Болезнь Шенлейн-Геноха

6. *Какой фактор не является прогностически неблагоприятным при быстро прогрессирующем гломерулонефрите?*

А. Полулуния более чем в 80% клубочков

+Б. Микрогематурия

В. Выраженный интерстициальный фиброз и атрофия канальцев

Г. Гломерулосклероз и фиброзные полулуния

Д. Олигурия

7. Укажите адекватную дозу преднизолона на 1 кг веса больного, которая применяется для лечения хронического гломерулонефрита нефротического типа

А. 0,3 - 0,4 мг

Б. 0,5 - 0,6 мг

В. 0,7 - 0,8 мг

+Г. 1 мг

8. Какие проявления имеют значение для дифференциальной диагностики острого и хронического гломерулонефрита?

А. Наличие стойкой артериальной гипертонии

Б. Величина протеинурии

В. Гипертрофия левого желудочка

+Г. Снижение относительной плотности мочи

Д. Макрогематурия

9. Какие методы могут быть использованы для дифференциальной диагностики преходящей почечной недостаточности при остром гломерулонефрите от хронической необратимой почечной недостаточности, связанной с хроническим гломерулонефритом?

А. Проба Реберга

+Б. Ультразвуковое исследование почек

В. Проба Зимницкого

Г. Провокационная проба с преднизолоном

Д. Определение уровня мочевины сыворотки

10. Какие проявления характерны для острого гломерулонефрита?

А. Стойкие боли в пояснице

Б. Лихорадка с ознобами

+В. Макрогематурия

Г. Наличие лекарственной аллергии

11. Назовите основной этиологический фактор острого гломерулонефрита:

А. стафилококк;

Б. клебсиелла;

+В. β -гемолитический стрептококк группы А;

Г. синегнойная палочка;

Д. пневмококк Компетенции;

12. В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит?

+А. 12-20 дней;

Б. 4 дня;

В. 7 дней;

Г. 30 дней;

Д. 2 месяца

13. Какие из перечисленных факторов вызывают развитие острого гломерулонефрита? а) охлаждение; б) алкоголь; в) яд насекомых; г) лекарственные вещества; д) пищевые продукты. Выберите правильную комбинацию ответов:

А. а, б;

Б. а, б, д;

В. а,

+Г; 4. все ответы правильные;

Д. в, г, д.

14. Патологические механизмы прогрессирования гломерулонефрита: а) активация гуморальных иммунных процессов; б) продукция медиаторов воспаления; в) коагуляционный механизм; г) гемодинамический механизм; д) метаболические нарушения.

А. а, д

Б. б, в, г

+В. все ответы правильные

Г. а, в, г, д

Д. б, д

15. Источником продукции воспалительных цитокинов при гломерулонефрите являются: а) клетки мезангия; б) мононуклеарные лейкоциты; в) тромбоциты;

А. б, в;

Б. а, б;

В. а, в;

+Г. все ответы верны

16. Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при гломерулонефрите? а) протеинурия; б) эритроцитурия; в) трансферинурия; г) ухудшение кровоснабжения канальцев

А. а, б;

Б. а, б, в, г;

В. а, б, в;

Г. а, г;

+Д. кроме эритроцитурия.

17. Какая возрастная группа наиболее подвержена заболеванию острым гломерулонефритом?

А. до 2 лет;

+Б. с 2-летнего возраста до 40 лет;

В. климактерический период;

Г. период менопаузы;

Д. пубертатный период.

18. Наиболее часто встречается форма хронического гломерулонефрита

А. гипертоническая

+Б. латентная

В. нефротическая

Г. смешанная

19. Выберите клинический вариант хронического гломерулонефрита:

А. Стенозирующий.

+Б. Гематурический.

В. Нефритический.

Г. Склеротический.

Д. Гнойный.

20. Какой вариант хронического гломерулонефрита может не сопровождаться развитием хронической почечной недостаточности?

А. латентный;

+Б. гематурический;

В. гипертонический;

Г. нефротический;

Д. смешанный.

Тема 35. Пиелонефриты. Тубуло-интерстициальные нефриты. Амилоидоз почек.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Критерии диагностики и принципы терапии острого тубулоинтерстициального нефрита.

- Критерии диагностики и принципы терапии хронического тубулоинтерстициального нефрита.

- Определение амилоидоза. Этиология и патогенез.
- Классификация амилоидоза в зависимости от биохимического типа белка-предшественника.
- Клиническая картина амилоидоза.
- Дифференциальный диагноз амилоидоза.
- Лечение AA-типа амилоидоза.
- Лечение AL-типа амилоидоза.
- Алгоритм оказания неотложной помощи при ОПН.
- Лечение диализного амилоидоза.
- Лечение наследственной амилоидной нефропатии.
- Профилактика амилоидоза почек.
- Прогноз и трудоспособность при амилоидозе
- Пиелонефрит: определение, предрасполагающие факторы, классификация основные звенья патогенеза.
- Клинические, лабораторные, инструментальные критерии диагностики острого и хронического пиелонефрита, принципы терапии
- Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- Хронический пиелонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- Клинические проявления, диагностика нефритического синдрома (постстрептококкового).
- Клинические проявления, классификация, диагностика нефротического синдрома; понятие врожденный, инфантильный тип нефротического синдрома.
- Лечение и диспансерное наблюдение нефритического синдрома.
- Лечение, диспансерное наблюдение дебюта, рецидива нефротического синдрома; стероидзависимого и стероидрезистентного нефротического синдрома.

Тестовый контроль:

1. Обнаружение в моче клеток Штейнгеймера-Мальбина является признаком:

+А. амилоидоза почек

Б. хронического гломерулонефрита

В. пиелонефрита

Г. мочекаменной болезни

Д. туберкулеза почек

2. Появление в моче лейкоцитурии и бактериурии (более 100000 бактерий в 1 мл мочи) предполагает наличие у больного заболевания:

А. гломерулонефрит

+Б. пиелонефрит

В. амилоидоз почек

Г. поликистоз почек

Д. хроническая почечная недостаточность

3. Укажите морфологическую форму нефрита, при которой лечение преднизолоном бесперспективно:

А. Минимальные изменения

Б. Мезангиопролиферативный

+В. Фибропластический

Г. Мезангиомембранозный

Д. Мембранозный

4. Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома?

А. Отеки

Б. Сывороточный альбумин ниже 30 г/л

+В. Суточная протеинурия более 3,5 г

Г. Гиперхолестеринемия

Д. Гиперкоагуляция

5. Какое из перечисленных заболеваний является наименее вероятной причиной нефротического синдрома?

А. Гломерулонефрит

+Б. Поликистоз почек

В. Тромбоз почечных вен

Г. Волчаночный нефрит

Д. Диабетическая нефропатия

6. Какие злокачественные опухоли чаще других осложняются амилоидозом?

А. Рак желудка

+Б. Лимфогранулематоз

В. Рак легкого

Г. Рак почки

Д. Неходжскинские лимфомы

7. У 23-летнего больного, 4 года страдающего остеомиелитом костей таза, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружены: нефротический синдром, гепатоспленомегалия. В крови тромбоцитоз 868000, резко повышен уровень фибриногена.

Наиболее вероятен диагноз:

А. Постинфекционный гломерулонефрит

Б. Декомпенсированный цирроз печени

В. Гепаторенальный синдром

+Г. Вторичный амилоидоз с поражением почек

Д. Миелопролиферативный синдром

8. Для лечения амилоидоза колхицин назначают в дозе:

А. 20 - 30 мг в сутки

Б. 10 мг в сутки

+В. 2 мг в сутки

Г. 0,5 - 1 мг в сутки

9. Какой признак отличает пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек?

А. Дисфункция канальцев с нарушением ацилификации мочи

Б. Стойкая артериальная гипертензия

+В. Отек и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки

Г. Развитие "сольтеряющей почки" с артериальной гипотензией

Д. Лимфогистиоцитарная инфильтрация и склероз почечной лоханки.

10. Возбудитель, который наиболее часто вызывает развитие хронического пиелонефрита:

А. Энтерококк

+Б. Кишечная палочка

В. Протей

Г. Синегнойная палочка

11. Структура почек, вовлекаемая в процесс при пиелонефрите:

А. Клубочки

Б. Строма почек

+В. Канальцы и строма почек

Г. Клубочки и канальцы

12. Для диагностики хронического пиелонефрита не используют:

А. общий анализ мочи;

+Б. проба Реберга;

В. проба Зимницкого;

Г. проба Нечипоренко;

Д. УЗИ почек.

13. Мочевой синдром при пиелонефрите не включает в себя:

А. лейкоцитурия;

- +Б. эритроцитурия;
- В. протеинурия;
- Г. бактериурия;
- Д. олигурия.

14. Основной клинический признак нефротического синдрома:

- А. Повышение АД
- Б. Сердцебиение
- +В. Отеки

Г. Дизурия

15. Какое из перечисленных заболеваний реже приводит к развитию пиелонефрита ?

- А. Сахарный диабет
- Б. Прием гормональных контрацептивов
- +В. Ревматоидный артрит

Г. Беременность

Д. Простатит

16. Сочетание каких синдромов соответствует понятию смешенного нефрита?

А. Нефритический + почечная недостаточность

Б. Мочевой + гипертония

+В. Нефротический + гипертония

Г. Почечная недостаточность + гипертония

17. Какие этиологические факторы острого интерстициального нефрита встречаются реже?

А. Лекарственные

Б. Вирусные

В. Бактериальные

Г. Паразитарные

+Д. Травматические.

18. Больная, женщина 60 лет с мягкой артериальной гипертензией. Имеется выраженная протеинурия (до 18-20 г/сут), повышенная концентрация белка в плазме крови (85 г/л).

Вероятный диагноз:

А. Поражение почек при артериальной гипертензии

Б. Миеломная болезнь

В. Амилоидоз

+Г. Хронический пиелонефрит

Д. Хронический гломерулонефрит

19. Для подтверждения диагноза хронического пиелонефрита необходимо осуществить все, кроме:

А. Анализ мочи

Б. Посев мочи

В. Внутривенную урографию

+Г. Ретроградную пиелографию

20. Для больного хроническим пиелонефритом полезно:

А. Ограничение поваренной соли

Б. Ограничение жидкости

+В. Чередование курсов уросептиков

Г. Ограничение белка в диете

Ситуационные задачи:

Задача 1. У пожилого мужчины, страдающего гиперплазией предстательной железы, появились болезненность в правом рёберно позвоночном углу, лихорадка, недомогание. При осмотре выявлен положительный симптом Пастернацкого. В процессе обследования в анализе крови обнаружен лейкоцитоз, в моче лейкоцитурия и лейкоцитарные цилиндры.

1. Диагноз
2. Определение этого заболевания
3. Предрасполагающие факторы для развития заболевания у пациента.
4. Возможные осложнения в данном случае.
5. Прогноз данного заболевания в случае длительного течения.

Задача 2. При аутопсийном исследовании у мужчины выявлены следующие изменения почек: их размеры неодинаковы, поверхность с грубыми участками западений, капсула утолщена, снимается с трудом. Стенки лоханки утолщены и уплотнены за счет склероза, деформированы. Паренхима содержит очаги фиброза серого цвета, чередующиеся с неизменённой почечной тканью. Диагностированы также фибринозное воспаление серозных и слизистых оболочек, дистрофические изменения миокарда и печени, отек легких.

1. Наиболее вероятный диагноз
2. Основные микроскопические изменения в почках
3. Причина смерти данного больного.
4. Определение этого осложнения.
5. Другие возможные исходы этого заболевания

Задача 3. 1. Пациентка, 15 лет, с диагнозом «острый бронхит», получала терапию НПВС, симптоматическое лечение. Однако состояние больной продолжало ухудшаться и через 5 дней была диагностирована пневмония и к лечению присоединены антибактериальные препараты (цефалоспорины, аминогликозиды). Через несколько дней состояние пациентки улучшилось, нормализовалась температура тела. Через 12 дней от начала терапии антибиотиками снова появилась лихорадка, кожные высыпания, вялость, головная боль, «ломота» в суставах, пастозность век и лица, боли в области поясницы. При осмотре в стационаре: состояние тяжелое, температура тела 38⁰С, пастозность век и лица, сыпь. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Суточный диурез 2800 мл. В общем анализе крови: легкая анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилез, ускорение СОЭ (далее - СОЭ). В общем анализе мочи: относительная плотность 1005, белок 1,3 г / л, глюкоза 1+, эритроциты до 100 в поле зрения, лейкоциты 25-30 в поле зрения, цилиндры - гиалиновые, зернистые, эритроцитарные, слизи умеренное количество, бактерий нет. В биохимическом анализе крови: мочевины - 11,5 ммоль / л, креатинин - 145 мкмоль / л, общий билирубин - 58 ммоль / л, аланинаминотрансфераза (далее - АЛТ) - 51 Ед / л, аспаратаминотрансфераза (далее - АСТ) - 69 ед / л, натрий - 127 ммоль / л, калий - 4,5 ммоль / л.

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какова причина состояния, которое возникло?
3. Как можно охарактеризовать функциональное состояние почек пациентки?
4. Которая наиболее оптимальна тактика врача в данном случае?

Задача 4. Больная Н., 32-х лет, предъявляет жалобы на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Своё заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы. Объективно: температура 38⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 5. У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38⁰ С, снижение

аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом XII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.

1. Предварительный диагноз. Где должен лечиться больной?
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.
3. Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.
4. С чем связано вынужденное положение больного.
5. Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Задача 6. Больной 36 лет, обратился к врачу по поводу отеков голени 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 - 6,9 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.

1. Поставьте диагноз в развернутом виде (основной, сопутствующий, осложнения)
2. Наметьте план обследования больного.
3. Приведите план лечения.
4. Ваш прогноз в отношении выздоровления, жизни, трудоспособности больного.

Задача 7. Больной 56 лет, 10 лет страдает бронхоэктатической болезнью с выделением гнойной мокроты до 100-150 мл в сутки, в последний год заметно похудел, усилилась одышка, появились отеки на ногах и пояснице. Объективно: бледен, лицо одутловатое, масса тела 68 кг при росте 179 см, цианоз губ, ушных раковин, пальцы в виде "барабанных палочек", на ногах отеки, пастозность поясничной области. Дыхание 26 в минуту затруднен выдох. Пульс 98 уд/мин., ритмичный, АД - 105/85 мм рт.ст. Сердце прикрыто эмфизематозными легкими, тоны глухие. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, ниже угол лопаток, больше справа притупление. Дыхание ослабленное, в задне-базальных отделах обильные мелко- и среднепузырчатые хрипы, рассеянные сухие хрипы. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка - на 1 см. Кровь - Нв- 100 г/л, лейкоциты - 7,8 тыс., э-0, п-5, с-74, л-13, м-8, СОЭ-54 мм/час. Белок крови 50 г/л, альбумины - 30,2%, глобулины - 69,8%. Креатинин - 123 ммоль/л. Холестерин - 6,6 ммоль/л. Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 5,6%, Лейкоциты-8-10 в п/зр, эритроцитов нет, цилиндры гиалиновые 2-3 в п/зр. Колебания относительной плотности мочи по Зимницкому - 1003-1015, суточный диурез 750 мл. Суточная протеинурия -6,5 г. Мокрота гнойная, вязкая, лейкоциты покрывают все п/зр., эпителий 6-8 в п/зр, эритроциты 30-50 в п/зр., обнаружены эластические волокна. Рентгенологическое исследование легких: легочные поля повышенной прозрачности, корни расширены, фиброзные, в нижних отделах, больше справа ячеистый рисунок. Сердце увеличение правого желудочка, выбухает конус легочной артерии, аорта уплотнена.

1. Сформулируйте диагноз и осложнения.
2. Как Вы расцениваете изменения в анализах мочи?
3. Назначьте необходимое лечение.

Тема 36. Поражение почек при системных заболеваниях, подагре, болезнях крови.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Поражение почек при системной красной волчанке. Этиология. патогенез.
- Клиническая картина волчаночного нефрита. Патоморфология. Морфологическая классификация.
- Клинические варианты волчаночного нефрита. Лабораторные данные. Дифференциальная диагностика. Лечение.
- Заместительная почечная терапия при волчаночном нефрите. Прогноз.
- Системная склеродермия. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз.
- Системная склеродермия. Лечение. Прогноз.
- Ревматоидный артрит. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз.
- Ревматоидный артрит. Лечение. Прогноз.
- Подагрическая почка. Определение. Клиническая картина. Подходы к терапии.
- Понятие уратной нефропатии. Клинико-морфологические варианты уратной нефропатии.
- Поражение почек при системной красной волчанке. Особенности поражения почек – роль ишемии в прогрессировании почечной недостаточности. Лечение. Прогноз.
- Синдром Гудпасчера. Понятие почечно-легочного синдрома. Этиология. Патоморфогенез. Клиника. Лечение. Место плазмафереза. Иммуносупрессивная терапия. Прогноз.
- Узелковый периартериит. Этиология. Роль вируса гепатита В. Патоморфология. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз.
- Узелковый периартериит. Особенности поражения почек – роль ишемии в прогрессировании почечной недостаточности. Лечение. Прогноз.
- Микроскопический полиангиит. Определение. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Серологические маркеры диагноза и активности. Особенности поражения почек. Подходы к терапии.
- Гранулематоз Вегенера. Определение. Клиническая картина. Поражение ЛОР органов, легких. Дифференциальный диагноз. Серологические маркеры диагноза и активности. Особенности поражения почек. Подходы к терапии.
- IgA васкулит Шенлейна – Геноха (геморрагический васкулит, пурпура Шенлейна - Геноха). Клиническая картина. Особенности поражения кожи. Дифференциальный диагноз сосудистой пурпуры. Особенности поражения почек. Лечение. Прогноз.

Тестовый контроль:

1. Наиболее частый морфологический вариант поражения почек при подагре:
 - + А. Интерстициальный нефрит
 - Б. Мезангиокапиллярный нефрит
 - В. Фокально-сегментарный гиалиноз
 - Г. Мембранозный нефрит
 - Д. Нефрит с минимальными изменениями
2. Поражение почек при узелковом полиартериите может проявляться:
 - А. Почечной недостаточностью
 - Б. Изолированным мочевым синдромом
 - В. Нефротическим синдромом
 - Г. Тромбозом почечных вен
 - +Д. Любым из перечисленных состояний
3. Для поражения почек при АНЦА-ассоциированных васкулитах наиболее характерно развитие:
 - а) нефротического синдрома
 - б) остроснефритического синдрома
 - +в) быстро прогрессирующего гломерулонефрита
 - г) макрогематурии
 - д) нефротического синдрома с артериальной гипертензией
4. Специфичным диагностическим тестом при ревматоидном артрите является:

+а) антитела к циклическому цитруллинированному пептиду

б) С-реактивный белок

в) антицентромерные антитела

г) антинейрофильные цитоплазматические антитела

д) антиядерные антитела

5. Признаками развития острой склеродермической нефропатии (склеродермического почечного криза) являются

1 быстро прогрессирующая почечная недостаточность

2 злокачественная (гиперрениновая) артериальная гипертензия у 90% пациентов

3 быстро нарастающая протеинурия

4 нарастающая олиго- анурия

5 боли в поясничной области и лихорадка

+а. верно 1, 2, 3, 4

б. верно 1, 3, 4, 5

в. верно 1, 2, 4, 5

г. верно 2, 3, 4, 5

6. Критериями умеренной степени тяжести мембранозного волчаночного нефрита считают:

1 протеинурия менее 3 г/сутки

2 нормальная функция почек

3 нефротический синдром

4 увеличение сывороточного креатинина на 30% и более

5 смешанный мембранозный и пролиферативный нефрит

Варианты ответов

а. верно 1 и 2

+б. верно 2 и 3

в. верно 3 и 4

г. верно 4 и 5

7. Поражение почек при СКВ с равномерным утолщением базальной мембраны клубочков вследствие субэпителиального и внутримембранного отложения иммунных депозитов являются морфологическими особенностями

Варианты ответов

а. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита

б. фокального гломерулонефрита

в. диффузного пролиферативного гломерулонефрита

г. мембранозного гломерулонефрита

8. Для системной красной волчанки является редкостью возникновение заболевания

1 у мужчин

2 у девушек, молодых женщин

3 у женщин в пожилом возрасте

Варианты ответов

а. верно 1 и 2

+б. верно 1 и 3

в. верно 2 и 3

г. всё перечисленное верно

9. Прогноз в отношении жизни больных при системной склеродермии обычно определяет поражение

Варианты ответов

а. легких

б. сердца

в. почек

г. серозных оболочек

10. Для поражения почек при системной склеродермии характерно:

1 повышения артериального давления

2 гематурии

3 нефротический синдром

4 лейкоцитурии

5 боли в пояснице

Варианты ответов

а. верно 1, 2, 3

+б. верно 1 и 3

в. верно 2 и 4

г. верно 4

11. Наиболее часто встречающимися осложнениями системной красной волчанки и волчаночного нефрита со стороны органов мочевого выделения и мочевыводящих путей являются:

1 развитие инфекционных осложнений (пиелонефрит)

2 геморрагический цистит

3 анальгетическая нефропатия

4 АА-амилоидоз

Варианты ответов

а. верно 1, 3, 4

б. верно 1, 2, 4

в. верно 2, 3, 4

г. верно 1, 2, 3

12. Не являются достоверным лабораторным признаком волчаночной природы нефрита обнаружение

1 повышенного СОЭ

2 анемии

3 антител к нативной ДНК

4 LE-клеток

5 лейкопении

Варианты ответов

а. верно 1, 2, 3, 4

б. верно 1, 3, 4, 5

+в. верно 1, 2, 4, 5

г. верно 2, 3, 4, 5

13. В развитии системной склеродермии наименьшее значение придают:

Варианты ответов

а. охлаждению

б. травмам

в. эндокринным нарушениям

+г. стрептококковой инфекции

14. Поражение почек у пациентов с системной склеродермией выявляется в

Варианты ответов

а. 5-10% случаев

б. 1-5% случаев

+в. 10-20% случаев

г. 20-30% случаев

15. Лекарственный фактор является наиболее частым в этиологии

Варианты ответов

а. системной склеродермии

б. системной красной волчанки

+в. узелкового периартериита

г. всех вышеперечисленных состояний

16. Основными клиническими проявлениями узелкового периартериита являются

Варианты ответов

- а. поражение почек*
- б. артериальная гипертония*
- в. периферические невриты*
- +г. все перечисленное*

17. В патогенезе геморрагического васкулита основное значение имеет

Варианты ответов

- а. непосредственное токсическое воздействие*
- б. аллергическое воспаление*
- +в. иммунокомплексное повреждение*
- г. атеросклеротическое поражение*

18. При морфологическом исследовании в почках при узелковом периартериите обнаруживается

Варианты ответов

- а. мембранозный гломерулонефрит*
- б. пролиферативный гломерулонефрит*
- +в. поражение артерий с образованием аневризм и инфарктов в почках*
- г. фибропластический гломерулонефрит*

19. Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с поражением почек приходится проводить

Варианты ответов

- а. с хроническим нефритом*
- б. с экстракапиллярным нефритом*
- в. с бактериальным эндокардитом*
- +г. со всеми перечисленными заболеваниями*

20. Поражение почек при СКВ с нормальными клубочками при световой микроскопии и наличием депозитов в мезангии при иммунофлюоресценции являются морфологическими особенностями

Варианты ответов

- +а. нефрита с минимальными изменениями*
- б. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита*
- в. фокального гломерулонефрита*
- г. диффузного пролиферативного гломерулонефрита*

21. Наиболее частым патогенетическим механизмом развития узелкового периартериита является

Варианты ответов

- а. прямое воздействие микроорганизма на стенку сосуда*
- б. прямое воздействие химических продуктов на стенку сосуда*
- в. антительный механизм повреждения*
- +г. иммунокомплексное поражение*

22. Поражение почек при СКВ с выраженной протеинурией, гематурией, цилиндрурией, часто с артериальной гипертензией, почечной недостаточностью различной степени выраженности, низким уровнем комплемента характерно для

Варианты ответов

- а. нефрита с минимальными изменениями*
- б. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита*
- в. фокального гломерулонефрита*
- +г. диффузного пролиферативного гломерулонефрита*

Тема 37. Поражение почки при гипертонической болезни.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Факторы риска. Изменения почечных сосудов и нарушения почечной гемодинамики при эссенциальной артериальной гипертензии. Лабораторная и инструментальная диагностика.
- Лечение. Прогноз. Профилактика поражения почек при ГБ.
- Механизмы регуляции артериального давления, роль почек.
- Характерные патологические изменения в почках при развитии артериальной гипертензии.
- Поражение почек при гипертонической болезни.
- Профилактика поражения почек при ГБ.

Тестовый контроль:

1. Исходом поражения почек при артериальной гипертензии не являются

Варианты ответов

1 первично-сморщенная почка

2 пиелонефрит

3 стеноз почечных артерий

4 вторично-сморщенная почка

Варианты ответов

а. если верно 1, 2, 3

б. если верно 1, 2, 4

в. если верно 1, 3, 4

+г. если верно 2, 3, 4

2. Наиболее ранним функциональным проявлением поражения почек при артериальной гипертензии является

Варианты ответов

а. снижение клубочковой фильтрации

+б. снижение канальцевого максимума для парааминогипурата

в. повышение плазматока

г. снижение реабсорбции фосфора

3. Функциональное состояние почек у больных со стенозом почечных артерий не зависит

1 от степени стенозирования

2 от давности заболевания

3 от одно- или двустороннего процесса

4 от присутствия инфекции мочевых путей

Варианты ответов

а. если верно 1, 2, 3

б. если верно 1, 2, 4

в. если верно 1, 3, 4

+г. всё перечисленное не верно

4. К мерам профилактики развития поражения почек при артериальной гипертензии не относится

1 систематическое наблюдение

2 диспансеризация

3 адекватная терапия гипертензии

4 назначение индометацина

Варианты ответов

а. верно 1, 2, 3

б. верно 1 и 2

в. верно 2 и 4

+г. верно 4

5. Артериальная гипертензия вследствие атеросклероза почечных артерий характеризуется главным образом

Варианты ответов

а. выраженной протеинурией

б. выраженной гематурией

в. выраженной лейкоцитурией

+г. ни одним из указанных симптомов

б. При поражении почек вследствие артериальной гипертензии показана диетотерапия с ограничением хлористого натрия и использованием

Варианты ответов

а. преднизолона

б. цитостатика

в. курантила

+г. гипотензивной и диуретической терапии

7. При поражении почек вследствие артериальной гипертензии не показано назначение следующих лечебных мероприятий

1 преднизолона

2 цитостатика

3 курантила

4 гепарина

5 диуретической терапии

Варианты ответов

+а. если верно 1, 2, 3, 4

б. если верно 1, 2, 4, 5

в. если верно 1, 3, 4, 5

г. если верно 2, 3, 4, 5

8. Морфологические изменения клубочков при артериальной гипертензии являются

Варианты ответов

а. первичными и независимыми

+б. вторичными по отношению к поражению сосудов

в. как первичными, так и вторичными

г. клубочки не поражаются

9. Морфологические изменения клубочков при артериальной гипертензии не являются

1 первичными и независимыми

2 вторичными по отношению к поражению сосудов

3 как первичными, так и вторичными

4 клубочки не поражаются

Варианты ответов

а. если верно 1, 2, 3

б. если верно 1, 2, 4

+в. если верно 1, 3, 4

г. если верно 2, 3, 4

10. К мерам профилактики развития поражения почек при артериальной гипертензии относится

1 систематическое наблюдение

2 диспансеризация

3 адекватная терапия гипертензии

4 назначение индометацина

5 ничего из перечисленного

Варианты ответов

+а. верно 1, 2, 3

б. верно 1 и 2

в. верно 2 и 4

г. верно 4

11. Не являются ранними проявлениями поражения почек при артериальной гипертензии

1 снижение клубочковой фильтрации

2 снижение канальцевого максимума для парааминогипурата

3 повышение плазмотока

4 снижение реабсорбции фосфора

Варианты ответов

а. если верно 1, 2, 3

б. если верно 1, 2, 4

+в. если верно 1, 3, 4

г. если верно 2, 3, 4

12. Возможными исходами поражения почек при артериальной гипертензии являются

Варианты ответов

+а. первично-сморщенная почка

б. пиелонефрит

в. стеноз почечных артерий

г. вторично-сморщенная почка

13. Исходом поражения почек при артериальной гипертензии не являются

Варианты ответов

1 первично-сморщенная почка

2 пиелонефрит

3 стеноз почечных артерий

4 вторично-сморщенная почка

Варианты ответов

а. если верно 1, 2, 3

б. если верно 1, 2, 4

в. если верно 1, 3, 4

+г. если верно 2, 3, 4

14. Морфологические изменения клубочков при артериальной гипертензии являются

Варианты ответов

а. первичными и независимыми

+б. вторичными по отношению к поражению сосудов

в. как первичными, так и вторичными

г. клубочки не поражаются.

15. При поражении почек вследствие артериальной гипертензии не показано назначение следующих лечебных мероприятий

1 преднизолона

2 цитостатика

3 курантила

4 гепарина

5 диуретической терапии

Варианты ответов

+а. если верно 1, 2, 3, 4

б. если верно 1, 2, 4, 5

в. если верно 1, 3, 4, 5

г. если верно 2, 3, 4, 5

16. К мерам профилактики развития поражения почек при артериальной гипертензии не относится

1 систематическое наблюдение

2 диспансеризация

3 адекватная терапия гипертензии

4 назначение индометацина

Варианты ответов

а. верно 1, 2, 3

б. верно 1 и 2

в. верно 2 и 4

+г. верно 4

17. Для артериальной гипертензии вследствие атеросклероза почечных артерий не характерно

Варианты ответов

а. выраженная протеинурия

б. выраженная гематурия

в. выраженная лейкоцитурия

+г. всё вышеперечисленное не характерно

18. К мерам профилактики развития поражения почек при артериальной гипертензии относится

1 систематическое наблюдение

2 диспансеризация

3 адекватная терапия гипертензии

4 назначение индометацина

5 ничего из перечисленного

Варианты ответов

+а. верно 1, 2, 3

б. верно 1 и 2

в. верно 2 и 4

г. верно 4

19. Возможными исходами поражения почек при артериальной гипертензии являются

Варианты ответов

+а. первично-сморщенная почка

б. пиелонефрит

в. стеноз почечных артерий

г. вторично-сморщенная почка

20. Наиболее ранним функциональным проявлением поражения почек при артериальной гипертензии является

Варианты ответов

а. снижение клубочковой фильтрации

+б. снижение канальцевого максимума для парааминогипурата

в. повышение плазматока

г. снижение реабсорбции фосфора

Тема 38. Лекарственная почка. Поражение почки при беременности.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Острые лекарственные поражения почек. Острый канальцевый некроз.
- Острый лекарственный интерстициальный нефрит.
- Особенности лекарственной ОПН
- Хронические лекарственные поражения почек. Особенности диагностики и лечения.
- Характерно ли поражение клубочков при лекарственной нефропатии?
- Перечислите лекарственные препараты наиболее часто вызывающие нефропатию.
- Особенности течения беременности при различных первичных заболеваниях почек и системных заболеваниях с поражением почек;
- Осложнения и исходы беременности при диабетической нефропатии;
- Принципы дифференциальной диагностики преэклампсии и обострения хронических заболеваний почек;
- Список лекарственных препаратов (антибиотиков, антигипертензивных препаратов, антикоагулянтов и антиагрегантов, иммуносупрессантов), используемых в нефрологической практике, разрешенных или запрещенных к применению во время беременности;

- Возможности вынашивания и риск осложнений беременности у женщин, получающих лечение программным гемодиализом, и у пациенток с функционирующим почечным трансплантатом;
- Общие принципы планирования и ведения беременности у пациенток с хронической болезнью почек додиализных стадий, получающих программный гемодиализ, у женщин с трансплантированной почкой;
- Частота развития, причины, особенности диагностики и лечения острого почечного повреждения у беременных.

Тестовый контроль:

1. нефротоксичность в большей степени выражена при назначении

- +а) напроксена
- б) пироксикама
- в) ибупрофена
- г) аспирина
- д) целикоксиб

2. доза ранитидина при хронической почечной недостаточности, если клиренс составляет меньше 30 мл/мин, составляет

- а) 300 мг/сутки
- б) 150мг/сутки
- +в) 50 мг/сутки
- г) 25 мг/сутки
- д) 12,5 мг/сутки

3. при выборе режима дозирования лс на основе $t_{1/2}$ определяют 1) суточную дозу 2) разовую дозу 3) кратность приема 4) частоту побочных эффектов 5) интенсивность печеночного кровотока инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- а) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- +б) – если правильны ответы 1 и 3
- в) – если правильны ответы 2 и 4
- г) – если правильный ответ 4
- д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

4. какие основные факторы определяют почечный клиренс? 1) функциональное состояние организма 2) скорость клубочковой фильтрации 3) скорость кровотока 4) объем притока крови 5) объем распределения б) биодоступность инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- а) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) – если правильны ответы 1 и 3
- в) – если правильны ответы 2 и 4
- г) – если правильный ответ 4
- +д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

5. при каких состояниях характерно увеличение $t_{1/2}$? 1) шок 2) пожилой возраст 3) почечная недостаточность 4) прием барбитуратов 5) инфаркт миокарда б) увеличение скорости клубочковой фильтрации инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- +а) – если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) – если правильны ответы 1 и 3
- в) – если правильны ответы 2 и 4
- г) – если правильный ответ 4
- д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

б. селективность действия лекарственного вещества зависит от

- а) периода полувыведения
- б) способа приема
- в) связи с белком

г) объема распределения

+д) дозы

7. более точно характеризует скорость выведения лс из организма

а) $t_{1/2}$

+б) общий клиренс

в) биоэквивалентность

г) биодоступность

д) биотрансформация препарата в печени

8. одновременное назначение цефалоспоринов с фуросемидом может вызвать осложнение в виде

а) кровотечения

+б) нефрита

в) альвеолита

г) агранулоцитоза

д) гепатита

9. при одновременном назначении варфарина и аспирина больных

а) увеличивается риск тромбоэмболических осложнений

б) уменьшается риск кровотечений

в) риск кровотечений не изменяется

+г) уменьшается риск тромбоэмболических осложнений

д) возрастает риск развития пристеночного тромбоза в левом желудочке

10. при употреблении алкоголя на фоне антикоагулянтов непрямого действия

а) увеличивается метаболизм антикоагулянтов

б) уменьшается действие алкоголя

+в) снижается метаболизм антикоагулянтов

г) усиливается действие алкоголя

д) метаболизм антикоагулянтов не изменяется

11. умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно корригировать путем введения 1) солей кальция 2) раствора гидрокарбоната натрия 3) концентрированного раствора глюкозы с инсулином 4) панангина 5) хлорида калия инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

+а) – если правильны ответы 1, 2 и 3

б) – если правильны ответы 1 и 3

в) – если правильны ответы 2 и 4

г) – если правильный ответ 4

д) – если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

12. токсические реакции при приеме производных сульфонилмочевины проявляются в виде

+а) сыпи

б) нарушений вестибулярного аппарата

в) изменений состава крови

г) холестатической желтухи

д) судорог в мышцах

13. процент элиминации гентамицина с мочой составляет

а) 30%

б) 50%

в) 75%

г) 80%

+д) 100%

14. больным с нарушением функции почек можно назначать

а) окситетрациклин

б) тетрациклин

в) миноциклин

г) доксициклин

д) метациклин

15. препаратом из группы аминогликозидов, который можно использовать даже при наличии резистентности к гентамицину, является

а) стрептомицин

б) амикацин

в) неомицин

+г) тобрамицин

д) канамицин

16. Особенности течения беременности при хроническом пиелонефрите (в отличие от того же при гестационном пиелонефрите) являются все перечисленные, кроме

а) часто развивается поздний выкидыш или преждевременные роды;

б) часто присоединяется поздний токсикоз беременных;

+в) как правило, развивается внутриутробное инфицирование плода;

г) не оказывает влияния на течение беременности;

д) как правило, развивается ВЗРП.

Тема 39. Острая почечная недостаточность. Хроническая почечная недостаточность, хроническая болезнь почек.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Острая почечная недостаточность (ОПН) и острое повреждение почек (ОПП). Лечение. \

- Особенности ОПП при различных заболеваниях (сепсис, сердечно-сосудистая хирургия, пигментные нефропатии, системные васкулиты и др.)

- Лабораторная диагностика хронической почечной недостаточности. Клиническая симптоматика хронической почечной недостаточности (ХПН).

- Клиническая симптоматика ХПН: нефрогенная анемия, нарушения фосфорно – кальциевого обмена и вторичный гиперпаратиреоз

- Особенности медикаментозного лечения урологических больных при хронической почечной недостаточности.

- Острая почечная недостаточность при урологических заболеваниях. Механизмы развития, диагностика.

- Лечение при острой почечной недостаточности, обусловленной урологическими заболеваниями

- Хроническая почечная недостаточность при урологических заболеваниях. Классификация, диагностика, принципы лечения

- Определение и классификация ОПП.

- Перечислить факторы риска развития ОПП.

- Диагностические критерии ХБП.

- Классификация ХБП

Тестовый контроль:

1. Укажите наиболее частое осложнение ОПН:

А. Артериальная гипертензия

Б. Гипокалиемия

+В. Острые бактериальные инфекции

Г. Застойная сердечная недостаточность

Д. Вторичный гиперпаратиреоз

2. Укажите ранний признак хронической почечной недостаточности (ХПН)

А. Метаболический ацидоз

Б. Гиперкальциемия

+В. Никтурия

Г. Азотемия

Д. Уменьшение размеров почек

3. Острая почечная недостаточность чаще развивается при применении

А. пенициллинов

Б. макролидов

В. тетрациклинов

+Г. аминогликозидов

Д. цефалоспоринов

4. Возможная продолжительность олигурии при острой почечной недостаточности составляет

А. 1-2 недели

Б. несколько часов

+В. от нескольких часов до нескольких недель

Г. все перечисленное

5. Период восстановления диуреза при острой почечной недостаточности характеризуется

А. увеличение удельного веса мочи

+Б. полиурией

В. изостенурией

Г. всем перечисленным

6. В стадии восстановления диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает

А. отек легких

+Б. гипокалиемия

В. гипергидратация

Г. уремический перикардит

Д. все вышеперечисленное

7. В стадии снижения диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает

+А. отек легких

Б. гипокалиемия

В. дегидратация

Г. все перечисленное

8. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленной коррекции, является

А. повышение концентрации мочевины крови

Б. повышение содержания креатинина в крови

В. гиперфосфатемия

+Г. гиперкалиемия

Д. гиперурикемия

9. Причиной мышечной слабости при острой почечной недостаточности является

А. увеличение внутриклеточного натрия

Б. гипокальциемия

В. гиперкалиемия и метаболический ацидоз

Г. увеличение внутриклеточной воды и внутриклеточного кальция

+Д. все перечисленное

10. На 1-ом месте в этиологии хронической почечной недостаточности стоит

А. хронический пиелонефрит

+Б. хронический гломерулонефрит

В. гипертоническая болезнь

Г. системные заболевания

Д. сахарный диабет

11. «Уремическим токсином» не является

А. мочевины

Б. креатинин

В. бета- 2- микроглобулин

Г. холестерин

+Д. билирубин

87. Развитием сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует

+А. артериальная гипертензия

Б. анемия

В. перегрузка жидкостью и натрием

Г. высокий уровень липидов плазмы

Д. все указанные факторы

12. Содержание ренина плазмы у больных с тяжелой ХПН и неконтролируемой гипертензией

А. понижено

+Б. повышено

В. не изменено

Г. закономерности не отмечается

13. Стойкая гипертензия при ХПН может быть обусловлена

А. полинейропатией

Б. наличием «солетеряющей» почки

В. перикардитом

+Г. всеми перечисленными факторами

Д. ни одним из перечисленных факторов

14. Причиной уменьшения длительности жизни эритроцитов при ХПН является

А. продукция измененных эритроцитов

+Б. Уремическое окружение

В. понижение образования эритропоэтина

Г. все указанные факторы

Д. верно А и В

15. Костные изменения при ХПН включают

А. остеопороз

Б. остеофиброз

В. остеомаляцию

+Г. все указанные изменения

16. Наиболее ранним клиническим признаком ХПН является

А. гиперкалиемия

Б. тошнота, рвота

В. повышение артериального давления

+Г. никтурия

Д. гипокальциемия

17. Общее количество калия в организме при ХПН

+А. повышается

Б. понижается

В. не меняется

Г. меняется в зависимости от артериального давления

Д. не закономерно

18. Уровень паратгормона при ХПН как правило

+А. повышен

Б. понижен

В. нормален

Г. зависит от рН

Д. зависит от артериального давления

19. Критериями обострения заболевания у больных с ХПН являются

А. утяжеление гипертензии

- Б. появление отеков
 В. быстрое повышение уровня креатинина
 Г. ни один из указанных симптомов
 +Д. все указанные симптомы
20. Абсолютным показанием к срочному проведению гемодиализа при ОПН является
 А. анурия
 Б. высокая гипертензия
 В. повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв\л
 Г. повышение уровня калия сыворотки до 800 мкмоль\л
 Д. развитие перикардита
21. При гемодиализе возможны следующие осложнения
 А. гипотония или аритмии
 Б. дизэквилибриум- синдром
 +В. острое кровотечение, активация комплемента
 Г. технические сложности
 Д. все перечисленное
22. Умеренную гиперкалиемию при ОПН возможно корригировать введением растворов
 +А. солей кальция
 Б. гидрокарбоната натрия
 В. концентрированного раствора глюкозы с инсулином
 Г. любым из перечисленных средств
23. При консервативном лечении острой почечной недостаточности применяется диета
 А. богатая белками
 Б. фруктово-овощная
 В. обезжиренная
 +Г. углеводно- жировая
 Д. малобелковая
24. Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности являются
 А. гломерулонефрит
 Б. папиллярный некроз
 +В. тубулярный некроз
 Г. поражение интерстиция

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной 50 лет, жалуется на слабость, вялость, плохой аппетит, постоянную тошноту, кожный зуд, малое количество мочи, отеки век. Много лет страдает хроническим гломерулонефритом. Больной заторможен, определяется запах аммиака. Кожа и слизистые бледные, следы расчесов на коже. Лицо отечное - *facies nefritica*. АД 180 и 100 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Диурез за сутки – 600 мл. Креатинин сыворотки крови - 800 мкмоль/л. Анализ мочи: у. в. 1010, белок – 1,6 г/л, эритроциты – 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 2-3 в поле зрения. 39 УЗИ органов брюшной полости: почки уменьшены в размерах, изменен кортикоренальный индекс.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, реабилитации, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 2. Больная Н. 42 лет предъясвляет 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 37,30С. 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 снаружи 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.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача 3. Больной 60 лет оперирован по поводу расслаивающей аневризмы брюшного отдела аорты. Боли в животе и падение АД отмечались в течение 5 часов, выполнена срочная операция, которая длилась около 4 часов. Аневризма аорты иссечена, аорта протезирована. В послеоперационном периоде отмечается развитие олигурии - 100 мл мочи за сутки. В крови выявляется высокий уровень креатинина - 600 мкмоль/л, который продолжает нарастать до 800 мкмоль/л, увеличился уровень К до 6,2 ммоль/л. Анализ мочи: у. в. 1013, белок - 1,8 г/л, эритроциты измененные - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 2-3 в поле зрения, зернистые - 1-2 в поле зрения.

1. Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача 4. Больной 50 лет, жалуется на слабость, вялость, плохой аппетит, постоянную тошноту, кожный зуд, малое количество мочи, отеки век. Много лет страдает хроническим гломерулонефритом. Больной заторможен, определяется запах аммиака. Кожа и слизистые бледные, следы расчесов на коже. Лицо отечное - *facies nefritica*. АД 180 и 100 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Диурез за сутки - 600 мл. Креатинин сыворотки крови - 800 мкмоль/л. Анализ мочи: у. в. 1010, белок - 1,6 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 2-3 в поле зрения. УЗИ органов брюшной полости: почки уменьшены в размерах, изменен кортикоренальный индекс.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача 5. Больную 30 лет, беспокоят ознобы, подъемы температуры до 39° в течение недели, профузные поты, боли в поясничной области справа, частое мочеиспускание, выраженная слабость. Пальпация живота болезненна в правом подреберье, болезненно поколачивание по поясничной области справа. В гемограмме: лейкоциты - 15×10^9 /л, палочкоядерные лейкоциты - 24%, сегментоядерные лейкоциты - 55%, лимфоциты - 12%, моноциты - 9%, СОЭ - 48 мм/ч. Ам мочи: у. в. - 1012, лейкоциты - покрывают все поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения. Микробное число - 108/мл, выделена кишечная палочка.

1. Назовите синдром поражения органов мочевого выделения.

2. предварительный диагноз.

3. дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Тема 40. Методы обследования больных с заболеваниями органов кроветворения.

Современная теория кроветворения. Анемический синдром в практике ВОП. Анемии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Строение и функции костного мозга

- Клеточное представительство (клетки стромы и кроветворной паренхимы)

- Строение и функция лимфоидных органов

- Возрастные особенности кроветворения

- Организация амбулаторно-поликлинической гематологической помощи Современное состояние и пути развития

- Особенности лечения гематологических больных и амбулаторнополиклинических условиях

- Организация гематологической стационарной помощи. Современное состояние и пути развития, перспективы
- Специализация и интеграция гематологической стационарной медицинской помощи
- Преемственность в работе поликлиники и стационара
- Основные направления организации работы главного специалиста
- Организация и управление службой
- Организация научно-практической работы специалистов гематологического профиля
- Организация экспертизы трудоспособности в подразделениях гематологической службы
- Организация экспертизы временной нетрудоспособности в подразделениях гематологической службы
- Организация социальной медицинской реабилитации гематологических больных
- Дайте определение Анемии
- Этиопатогенетическая классификация анемий
- Классификация Анемий
- Железодефицитная анемия(ЖДА):определение, этиология, патогенез
- Клиническая картина ЖДА
- Лабораторные признаки ЖДА
- Лечение ЖДА
- Анемия гемолитическая наследственная микросфероцитарная: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз
- Анемия гемолитическая наследственная несфероцитарная: этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
- Анемия гемолитическая приобретенная.
- Гипо-и апластические анемии: этиология, патогенез, классификация, клиника, клинико-лабораторные особенности, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз
- В12-дефицитная анемия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
- Препараты железа: показания, противопоказания, механизм действия.

Тестовый контроль:

1. Какой лабораторный показатель наиболее информативен для подтверждения синдрома анемии:
 - а) количество эритроцитов,
 - б) количество ретикулоцитов,
 - +в) цветовой показатель,
 - г) уровень гемоглобина,
 - д) показатель гематокрита?
2. К симптомам анемии относятся:
 - а) одышка,
 - б) бледность,
 - в) сердцебиение,
 - +г) головокружение,
 - д) все перечисленное.
3. Наличие какого показателя патогномично для железодефицитной анемии?
 - а) снижение гематокрита,
 - б) снижение цветового показателя,
 - в) снижение гемоглобина,
 - г) снижение количества лейкоцитов,
 - +д) снижение сывороточного железа.
4. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии является:
 - а) кровопотеря,
 - б) глистная инвазия,
 - +в) врожденный дефицит железа,

г) авитаминоз,

д) недостаток железа в пище.

5. У больного 40 лет с язвенной болезнью ДПК появились резкая слабость, головокружение, одышка, сердцебиение, снизилось АД. Анализ крови: гемоглобин 70 г/л, ССГЭ 24 пг, лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /л. О каком осложнении можно думать:

а) инфекционное заболевание,

б) острая кровопотеря,

в) гемолитический криз,

+г) перфорация язвы,

д) панкреатит?

6. Больная 38 лет жалуется на слабость, утомляемость, тenses с 12 лет, обильные, по 6 дней. Кожные покровы бледные. В общем анализе крови: Hb 83 г/л, эр. $3,8 \times 10^{12}$ /л, ССГЭ 22 пг, лейкоциты 6×10^9 /л, сывороточное железо 4 мкмоль/л. Какой из перечисленных препаратов показан в данном случае?

+а) эритромаасса,

б) витамин В12,

в) сорбифер,

г) витамин В6,

д) феррум-лек.

7. Для железodefицитной анемии характерно все перечисленное, кроме:

а) мегалобластоза костного мозга,

б) низкого уровня ферритина крови,

+в) гипохромии и микроцитоза эритроцитов,

г) эффекта от лечения препаратами железа,

д) отсутствия отложения железа в костном мозге.

8. Какой признак не соответствует диагнозу железodefицитной анемии:

а) цветовой показатель 0,7,

+б) гипохромия эритроцитов,

в) микроцитоз,

г) анизоцитоз, пойкилоцитоз,

д) гиперсегментация ядер нейтрофилов?

9. Если у больного имеется гипохромная анемия, снижение сывороточного железа, повышение железосвязывающей способности сыворотки крови, то у больного:

а) сидероахрестическая анемия,

б) железodefицитная анемия,

в) апластическая анемия,

+г) В12-дефицитная анемия.

10. Первостепенным вмешательством при анемической коме является:

а) трансфузия свежзамороженной плазмы,

б) трансфузия эритромаассы,

+в) назначение стероидов,

г) трансфузия коллоидов.

11. Наиболее частой причиной В12-дефицитной анемии является:

а) кровопотеря,

б) глистная инвазия,

в) атрофический гастрит,

+г) беременность,

д) алиментарный фактор.

12. При изменении какого лабораторного показателя диагноз В12-дефицитной анемии становится несомненным?

а) повышение цветового показателя,

б) снижение количества эритроцитов,

- в) макроцитоз эритроцитов,
- г) мегалобластоз костного мозга,
- +д) снижение количества лейкоцитов.

13. Среди клинических симптомов В12-дефицитной анемии не характерно появление:

- а) желтухи
- б) субфебрильной температуры,
- в) глоссита,
- г) анорексии,
- +д) сидеропенического синдрома.

14. При лечении витамином В12:

- +а) обязательно назначать фолиевую кислоту,
- б) ретикулоцитарный криз наступает через 12 - 24 часа от начала лечения,
- в) ретикулоцитарный криз на 5 - 7 день от начала лечения,
- г) всем больным проводят гемотрансфузии.

15. Если у больного в гемограмме гиперхромная анемия, тельца Жолли, кольца Кебота, то необходимо исключить:

- а) сидероахрестическую анемию,
- +б) железодефицитную анемию,
- в) апластическую анемию,
- г) В12-дефицитную анемию.

16. Больной 70 лет отмечает выраженную слабость, отсутствие аппетита, неуверенную походку. При осмотре: бледность кожных покровов и слизистых. В анализе крови: Нв - 70 г/л, эр. $2,0 \times 10^{12}/л$, ССГЭ – 35 пг, ретикулоциты 1,2 %, лейкоциты $3,1 \times 10^9 /л$, тромбоциты $98 \times 10^9 /л$, СОЭ 24 мм/ч. Какие изменения костного мозга наиболее вероятны:

- а) мегалобластный эритропоэз,
- б) увеличение плазматических клеток,
- +в) гиперплазия эритропоэза,
- г) гипоплазия кроветворения?

17. Какой фактор необходим для всасывания витамина В12?

- + а) соляная кислота,
- б) гастрин,
- в) гастромукопротеин,
- г) пепсин,
- д) фолиевая кислота.

18. Чем обусловлены жалобы на парестезии в стопах и неустойчивость походки у больных В12-дефицитной анемией:

- а) гипокалиемией,
- б) фуникулярным миелозом,
- в) алкогольной энцефалопатией,
- +г) ангиопатией сосудов нижних конечностей?

19. Больная 37 лет. Жалобы на слабость, головокружение. Потемнение в глазах, парестезии в стопах и неустойчивую походку. Выявлена некоторая желтушность кожных покровов. Печень +1,5 см. В общем анализе крови: Нв 70 г/л, ЦП 1,4, лейкоциты $4,5 \times 10^9 /л$, п 5%, с 56%, м 10%, л 22 %, СОЭ 12 мм/ч. При эндоскопическом исследовании желудка обнаружен атрофический гастрит. Ахилия. Каков предполагаемый диагноз?

- а) вирусный гепатит,
- +б) хронический алкоголизм,
- в) аутоиммунная гемолитическая анемия,
- г) В12-дефицитная анемия,
- д) болезнь Конна.

20. В12-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается:

- а) через 1 месяц,

- +б) через 6 месяцев,
- в) через 5 лет,
- г) через 1 неделю.

Тема 41. Гемобластозы. Острые лейкозы.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Понятие гемобластозы. Патогенез. Хромосомные аномалии при гемобластозах.
- Острые лейкозы (ОЛ). Классификация. Основные клинические и лабораторные синдромы, возможные первичные проявления в дебюте заболевания
- Принципы и методы сопроводительной терапии при острых лейкозах. Неотложная помощь.
- Внекостномозговые поражения. Особенности отдельных форм острых лейкозов, их цитологическая и цитохимическая характеристика, дифференциальная диагностика
- Определение Лейкоза. Этиология лейкозов. Общих патогенез лейкозов
- Клинические стадии ОЛ, критерии стадии ремиссии, критерии прогрессирования ОЛ
- Диагностика и лечение ОЛ
- Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК): показания, методика, реакция отторжения» трансплантат против хозяина».
- Лабораторные и инструментальные исследования острых лейкозов(ОАК, цитохимическое исследование мазков периферической крови, трепанобиопсия подвздошной кости)
- Клинико-гематологические стадии острого лейкоза
- Клинико-гематологические особенности различных форм острого лейкоза: острый миелобластный лейкоз, острый лимфобластный лейкоз
- Диагностика острого лейкоза
- Дифференциальный диагноз острых лейкозов. Лейкемоидные реакции.
- Общие принципы лечения
- Полихимиотерапия: принципы, группы химиопрепаратов, этапы цитостатической терапии, лечение осложнений

Тестовый контроль:

1. Гемограмма в период развернутых клинических проявлений лейкоза характеризуется:

- +а) анемией, тромбоцитопенией, лимфоцитозом
- б) анемией с выраженным ретикулоцитозом
- в) анемией, тромбоцитозом, лимфопенией
- г) анемией, эозинофилией, лейкопенией

2. Феномен «лейкемического зияния» при лейкозе характеризуется:

- а) увеличением числа лейкоцитов
- б) сдвигом лейкоцитарной формулы влево
- в) отсутствием в крови лимфоцитов

+г) отсутствием промежуточных форм между бластами и гранулоцитами

3. Для какого варианта острого лейкоза характерно раннее возникновение ДВС синдрома: а) для острого миелобластного, б) для острого лимфобластного, в) для острого монобластного,

+г) для острого промиелоцитарного, д) для острого эритромиелоза

4. При наличии какого процента бластных клеток в миелограмме диагноз острого лейкоза становится несомненным:

- а) 5%,
- б) 10%,
- +в) 20%,
- г) 30%.

5. Лечение острых лейкозов включает:

- +а) мероприятия, направленные на индукцию ремиссии,
- б) мероприятия, направленные на консолидацию ремиссии,
- в) непрерывную поддерживающую терапию,
- г) курсы реиндукционной терапии,

д) все перечисленное.

6. При каком заболевании могут быть обнаружены “тени” Боткина-Гумпрехта:

а) при остром миелобластном лейкозе,

б) при хроническом миелолейкозе,

в) при множественной миеломе,

+г) при хроническом лимфолейкозе,

д) при В12-дефицитной анемии?

7. Лечение острых лейкозов включает:

+а) мероприятия, направленные на индукцию ремиссии,

б) мероприятия, направленные на консолидацию ремиссии,

в) непрерывную поддерживающую терапию,

г) курсы реиндукционной терапии,

д) все перечисленное.

8. Для острого миелобластного лейкоза наиболее характерным цитохимическим показателем является

а) гликоген;

+б) миелопероксидаза;

в) неспецифическая эстераза;

г) нет достоверного теста;

д) щелочная фосфатаза.

9. Какая цитохимическая реакция укажет на течение острого лимфобластного лейкоза?

+а) ШИК (PAS) – реакция;

б) реакция на миелопероксидазу;

в) реакция на неспецифическую эстеразу;

г) реакция с черным суданом;

д) щелочная фосфатаза.

10. Классификация лейкозов основана на

а) анамнестических данных;

б) клинической картине заболевания;

в) ответе на проводимую терапию;

г) продолжительности жизни больного;

+д) степени зрелости клеточного субстрата опухоли.

11. Клинически энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется всеми признаками, кроме

а) высокой лихорадки;

б) диареи;

в) развития симптомов на фоне агранулоцитоза;

+г) тенезмов;

д) шума плеска и урчания при пальпации в илиоцекальной области.

12. Критерием диагноза острого недифференцированного лейкоза (МО) не является

+а) отрицательная реакция на гликоген;

б) отрицательная реакция на миелопероксидазу;

в) отсутствие палочек Ауэра в цитоплазме бластов;

г) положительная реакция на гликоген в диффузном виде;

13. Наиболее важными прогностическими критериями для благоприятного ответа на терапию острых миелобластных лейкозов являются

а) вариант М6 (острый эритробластный лейкоз);

б) вариант М3 (острый промиелоцитарный лейкоз) в возрасте до 12 лет;

в) высокий индекс метки, наличие в бластах палочек Ауэра;

+г) исходный уровень лейкоцитов менее 50 тыс/мкл;

д) хромосомные аномалии: $t(8;21)$; $inv16$; $t(15;17)$.

14. Наиболее часто встречаемый гемобластоз в возрасте до 12 лет - это

- +а) острый лимфобластный лейкоз;
- б) острый миелобластный лейкоз;
- в) острый эритромиелоз;
- г) хронический лимфолейкоз;
- д) хронический миелолейкоз.

15. Последовательность терапии острых лейкозов выглядит следующим образом, кроме

- а) индукция ремиссии;
- б) консолидация достигнутой ремиссии;
- +в) непрерывная поддерживающая терапия;
- г) реиндукционные курсы

16. При первом рецидиве острого лимфобластного лейкоза необходимо назначить

- +а) интенсивную терапию;
- б) курс ПХТ, на котором была достигнута первая ремиссия;
- в) малые дозы Цитозара;
- г) монотерапию Вепезидом;
- д) симптоматические средства.

17. С чем связано развитие геморрагического синдрома при остром лейкозе?

- а) с коагулопатией потребления;
- б) с недостаточностью факторов свертывания;
- в) с повышенной проницаемостью сосудистой стенки;
- г) с повышенным разрушением тромбоцитов;
- +д) с тромбоцитопенией.

18. Субстратом опухоли при острых лейкозах являются

- а) все клетки гранулоцитарного ряда;
- б) зрелые клетки гранулоцитарного ряда;
- в) клетки лимфоидной линии дифференцировки;
- +г) ранние предшественники гемопоэза.

19. Тактика трансфузионной терапии влечении острых лейкозов сводится к

- а) переливанию коллоидных растворов;
- б) переливанию лейкоцитарной массы для профилактики инфекционных осложнений;
- +в) трансфузии компонентов крови, что позволяет проводить интенсивную химиотерапию острых лейкозов в полном объеме;
- г) трансфузии цельной крови для профилактики инфекционных осложнений и анемической комы;

20. Бластные клетки характеризуются ядерно-цитоплазматическим соотношением

- а) в пользу цитоплазмы;
- +б) в пользу ядра;
- в) значения не имеет;
- г) разное соотношение.

21. В I-ую фазу индукции ремиссии острого лимфобластного лейкоза детей «стандартной» группы риска из цитостатиков наиболее эффективна следующая комбинация

- +а) Преднизолон + Винкристин + Рубомицин + L-аспарагиназа;
- б) Преднизолон + Винкристин + Цитозар;
- в) Преднизолон + Метотрексат + 6-меркаптопурин;
- г) Преднизолон + Эндоксан;
- д) Рубомицин + L-аспарагиназа.

22. В основе деления лейкозов на острые и хронические лежит

- а) возраст больных;
- б) гепатоспленомегалия;
- +в) степень анаплазии элементов кроветворной ткани;

- г) степень угнетения нормальных ростков кроветворения;
- д) характер течения заболевания.

Тема 42. Хронический миелолейкоз. Хронический лимфолейкоз.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение хронического миелолейкоза (ХМЛ). Факторы, предрасполагающие к его развитию.
- Клинические проявления ХМЛ.
- Лабораторные проявления ХМЛ (картина периферической крови, цитологическое исследование пунктата костного мозга). Фазы ХМЛ.
- План обследования пациента с подозрением на ХМЛ.
- Определение хронического лимфолейкоза (ХЛЛ).
- Клинические проявления, критерии диагностики ХЛЛ.
- Лабораторные проявления ХЛЛ (картина периферической крови, цитологическое исследование пунктата костного мозга, биоптата лимфатического узла).
- План обследования пациента с подозрением на ХЛЛ.
- Принципы ведения пациентов с ХМЛ и ХЛЛ врачом общей практики совместно с гематологом.
- Хронический миелолейкоз, методы лечения.
- Хронический лимфолейкоз, принципы лечения.

Тестовый контроль:

1. Хронический миелолейкоз:

А) Возникает у больных с острым миелобластным лейкозом

+Б) Относится к миелопролиферативным заболеваниям

В) Характеризуется панцитопенией

Г) Характеризуется тромбоцитозом

2. Филадельфийская хромосома:

+А) Представляет собой утрату длинного плеча 22 пары хромосом

Б) Обязательный признак заболевания

В) Определяется только в клетках гранулоцитарного ряда

Г) Определяется в клетках предшественниках мегакариоцитарного ростка

3. Хронический лимфолейкоз – это заболевание

А) молодых мужчин

Б) молодых женщин

+В) пожилых мужчин

Г) пожилых женщин

4. Субстратом опухоли при хроническом лимфолейкозе являются

А) миелоциты

+Б) лимфоциты

В) миелобласты

Г) лимфобласты

Д) плазматические клетки

5. 4 стадия хронического лимфолейкоза характеризуется

А) только лимфоцитозом

Б) лимфоцитозом и анемией

В) лимфоцитозом и спленомегалией

+Г) лимфоцитозом и тромбоцитопенией

6. Т-лимфоцитарный лейкоз встречается в

+А) 5% случаев хронического лимфолейкоза

Б) 25-40% случаев

В) 50% случаев

Г) 80-90% случаев

7. Хронический лимфолейкоз характеризуется

А) относительным лимфоцитозом

Б) абсолютным лимфоцитозом в крови более 3×10^9 /л

В) абсолютным лимфоцитозом более 5×10^9 /л

+Г) абсолютным лимфоцитозом более 10×10^9 /л

8. Препарат выбора при хроническом миелолейкозе

+А) гидроксимочевина

Б) хлорбутин

В) циклофосфан

Г) миелосан

9. При резистентности к интерферонам и гидроксимочевине при лечении хронического миелолейкоза используют

А) циклофосфан

+Б) цитозар (ара-С)

В) винкристин

Г) Преднизолон

10. Субстрат опухоли при хроническом лимфолейкозе представлен:

+А) зрелыми лимфоцитами

Б) лимфобластами

В) плазмоцитами

Г) Пролимфоцитами

11. Показанием к цитостатической терапии при хроническом лимфолейкозе является количество лейкоцитов более:

А) 40×10^9 /л

Б) 60×10^9 /л

В) 80×10^9 /л

+Г) 100×10^9 /л

12. Основные клинические проявления первой (хронической, доброкачественной) стадии хронического миелолейкоза:

+А) спленомегалия

Б) боли в костях

+В) нейтрофильный лейкоцитоз с умеренным омоложением лейкоцитарной формулы крови

Г) анемия

13. Гистологическая картина, обнаруживаемая в печени, селезенке и лимфатических узлах при хроническом миелолейкозе:

+А) миелоидная метаплазия

Б) дегенеративные гемоглобиновые структуры;

В) суданофильные гранулы и тельца Ауэра в миелобластах;

Г) анизоцитоз и пойкилоцитоз.

14. Тени Боткина-Гумпрехта, обнаруживаемые в крови при хроническом лимфолейкозе, это:

А) гиперсегментированные нейтрофилы (более 5-ти сегментов);

Б) эритроциты с остатками ядер;

+В) измененные ядра патологических лимфоцитов, разрушенных в момент приготовления мазка

Г) лимфопрлиферативные инфильтраты внутренних органов.

15. При хроническом миелолейкозе отмечаются все признаки, кроме:

а) "тени" Боткина-Гумпрехта,

б) эозинофильно-базофильная ассоциация,

в), снижение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов,

+г) спленомегалия,

д) филадельфийская хромосома.

16. Характерные особенности периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии:

- а) увеличение числа лимфоцитов,
- б) сдвиг лейкоформулы влево до метамиелоцитов,
- +в) эозинофильно-базофильная ассоциация,
- г) панцитопения,
- д) верно б и в.

17. Каков наиболее характерный клинический признак хронического лимфолейкоза:

- а) лихорадка,
- +б) увеличение лимфоузлов,
- в) оссалгии,
- г) кровоточивость.

18. В сомнительных случаях хронического миелолейкоза необходимо дополнительно исследовать

- А) лактатдегидрогеназу;
- Б) миелопероксидазу;
- В) мочевую кислоту;
- Г) пируваткиназу;
- +Д) щелочную фосфатазу нейтрофилов.

19. Наиболее характерным клинико-гематологическим проявлением терминальной стадии ХМЛ является все перечисленное, кроме

- А) возникновения лейкемидов на коже;
- Б) лихорадки;
- В) панцитопении разной степени выраженности;
- Г) рефрактерности к терапии гидроксимочевинной;
- +Д) увеличения % миелоцитов и промиелоцитов.

20. Наиболее эффективно в хронической стадии ХМЛ назначить

- +А) Гливек (Иматиниб);
- Б) монотерапию Преднизолоном;
- В) монотерапию интерфероном-альфа;
- Г) облучение селезенки;
- Д) сеансы лейкоцитафереза

21. Наличие филадельфийской хромосомы патогномично для

- А) острого промиелоцитарного лейкоза;
- Б) сублейкемического миелоза;
- В) хронического волосатоклеточного лейкоза;
- +Г) хронического миелолейкоза, пре-В и соттоп форм острого лейкоза;
- Д) эритремии.

22. Следующая картина крови: лейкоцитоз - 80 тыс. в 1 мкл с лимфоцитозом (80%), умеренная нормохромная анемия, нормальное количество тромбоцитов, в костном мозге - лимфоидные элементы до 70% - характерна для

- А) лимфогранулематоза;
- Б) множественной миеломы;
- В) острого лейкоза;
- +Г) хронического лимфолейкоза;
- Д) хронического моноцитарного лейкоза.

Тема 43. Современные представления о системе гемостаза. Тромбофилии.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Понятие о системе гемостаза и ее механизмах.

- Первичный (сосудисто-тромбоцитарный) и вторичный (плазменно-тромбоцитарный, коагуляционный) гемостаз и его значение.
- Современные представления об основных факторах и механизмах первичного и вторичного гемостаза.
- Фазы свертывания крови.
- Фибринолиз и его механизмы.
- Роль сосудистой стенки в регуляции свертывания крови и фибринолизе.
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура; Особенности клинических проявлений, осложнения. Алгоритмы современного лечения ИТП.
- ИТП и беременность. Алгоритм неотложной помощи при угрожающих жизни кровотечениях, в том числе при чрезвычайных ситуациях.
- Неотложная помощь при угрожающих жизни кровотечениях. Показания к спленэктомии, трансфузиям тромбоцитарной массы, криоплазмы при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре.
- Вторичные тромбоцитопении. Особенности дифференциальной диагностики и лечения.
- Тромбоцитопении при ВИЧ-инфекции.
- Тромбоцитопатии семейно-наследственные. Патогенез. Дифференциальная диагностика. Особенности предоперационной профилактики. Лечение.
- Приобретенные тромбоцитопатии. Причины. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения.
- Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики при тромбоцитопатиях.
- Осложнения тромбоцитопатий. Принципы предоперационной подготовки. Принципы диспансеризации больных тромбоцитопатиями.

Тестовый контроль:

1. Какая геморрагическая сыпь характерна для тромбоцитопении?

- а) васкулитно-пурпурная
- б) локализованная вокруг суставов
- +в) петехиально-экхиматозная
- г) несимметрично расположенная

2. Назовите методы лечения при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

- +а) спленэктомия
- б) криопреципитат
- в) преднизолон
- г) инфузия иммуноглобулина G

3. Алгоритм ведения пациентов с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) не включает

- +А) инструментальную диагностику;
- Б) комплексное лечение;
- В) лабораторную диагностику;
- +Г) реабилитацию;
- Д) сбор анамнеза пациента;

4. Алгоритм ведения пациентов с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) не включает

- +А) генетическое консультирование;
- Б) диагностику по показаниям, в том числе, повторную; +
- В) комплексное лечение; +
- Г) лабораторную и инструментальную диагностику; +
- Д) сбор анамнеза пациента и физикальное обследование. +

5. В РФ заболеваемость идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) взрослого населения в среднем составляет
- А) 1,06 / 100000 человек;
 - +Б) 2,09 / 100000 человек;
 - В) 3,09 / 100000 человек;
 - Г) 4,50 / 100000 человек.
6. В патогенезе идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) большую роль играют
- А) NK-клетки;
 - Б) В-лимфоциты;
 - +В) Т-лимфоциты;
 - Г) антитела IgG1 к ГП мембран тромбоцитов и мегакариоцитов; +
 - Д) антитела IgG1 к ГП мембран тромбоцитов и моноцитов.
7. Всем пациентам с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) наблюдение у гематолога рекомендуется
- А) в течение 5 лет после спленэктомии;
 - Б) динамическое до наступления стойкой ремиссии;
 - +В) динамическое постоянное в течение всей жизни;
 - Г) после лечения по индивидуальным показаниям.
8. Выраженная потеря крови характерна для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП)
- А) 1-й степени;
 - Б) 2-й степени;
 - +В) 3-й степени;
 - Г) 4-й степени.
9. Динамическое наблюдение пациенток с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) в случае беременности
- А) возможно только в I – II триместрах при отсутствии жалоб со стороны пациентки;
 - Б) возможно только в I – II триместрах, если геморрагический синдром отсутствует, тромбоциты выше $30,0 \times 10^9/\text{л}$;
 - +В) возможно, если геморрагический синдром отсутствует, тромбоциты выше $30,0 \times 10^9/\text{л}$;
 - Г) не рекомендуется.
10. Для диагностики идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) необходимо наличие
- +А) всех диагностических критериев; +
 - Б) не менее 2 диагностических критериев при выраженных симптомах;
 - В) не менее 3 диагностических критериев;
 - Г) только теста на тромбоцитассоциированные антитела.
11. Заболеваемость идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) в мире варьирует
- +А) от 1,6 до 12,5 случаев на 100 000 населения в год; +
 - Б) от 1,6 до 12,5 случаев на 500 000 населения в год;
 - В) от 1,6 до 15,2 случаев на 100 000 населения в год;
 - Г) от 1,6 до 15,2 случаев на 500 000 населения в год.
12. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) характеризуется
- А) изолированной тромбоцитопенией ниже $100,0 \times 10^9/\text{л}$ и наличием выраженного геморрагического синдрома;
 - +Б) изолированной тромбоцитопенией ниже $100,0 \times 10^9/\text{л}$ и наличием/отсутствием геморрагического синдрома различной степени выраженности;
 - В) изолированной тромбоцитопенией ниже $150,0 \times 10^9/\text{л}$ и наличием выраженного геморрагического синдрома;
 - Г) изолированной тромбоцитопенией ниже $150,0 \times 10^9/\text{л}$ и наличием/отсутствием геморрагического синдрома различной степени выраженности.

13. Инструментальная и иная диагностика при подозрении на идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру (ИТП) проводится

- +А) всем пациентам в необходимом объеме по индивидуальным показаниям;+
- Б) только пациентам с клиническими проявлениями сопутствующей патологии;
- В) только пациентам с отягощенным диагнозом;
- Г) только пожилым пациентам по показаниям.

14. К резистентной форме идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) следует относить случаи

- +А) отсутствия или потери ответа после 2 и более курсов лекарственной терапии, требующие возобновления лечения;
- Б) отсутствия или потери ответа после спленэктомии и необходимостью проведения дальнейшего лечения для купирования клинически значимых кровотечений;
- В) тяжелой ИТП, требующей увеличения дозировки используемых лекарственных средств;
- Г) хронической прогрессирующей ИТП.

15. К тяжелой идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) относят случаи

- А) определяющиеся отсутствием непосредственного ответа на спленэктомию, потерей ответа после спленэктомии и необходимостью проведения дальнейшего лечения для купирования клинически значимых кровотечений;
- Б) отсутствия или потери ответа после 2 и более курсов лекарственной терапии, требующие возобновления лечения;
- +В) сопровождавшиеся симптомами кровотечения в дебюте заболевания и потребовавшие назначения терапии, или случаи возобновления кровотечений с необходимостью проведения дополнительных терапевтических мероприятий, повышающих число тромбоцитов, или увеличения дозировки используемых лекарственных средств;
- Г) сопровождавшиеся симптомами кровотечения в дебюте заболевания и потребовавшие назначения терапии, по продолжительности, продолжающиеся более 12 месяцев.

16. На этапе диагностики идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) для исключения других заболеваний гематологической и негематологической природы рекомендуется пункция костного мозга

- +А) всем пациентам;
- Б) пациентам по показаниям;
- В) пациентам с ВИЧ;
- Г) пациентам с подозрением на вторичные тромбоцитопении.

17. На этапе диагностики идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) для исключения других заболеваний гематологической и негематологической природы рекомендуется трепанобиопсия

- А) всем пациентам;
- +Б) пациентам по показаниям;
- В) пациентам с ВИЧ;
- Г) пациентам с подозрением на вторичные тромбоцитопении.

18. Под временем ответа на терапию идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) подразумевают срок от начала терапии до

- +А) достижения ответа или полного ответа;
- Б) достижения полного ответа;
- В) клинической компенсации;
- Г) полного выздоровления.

19. При ведении пациенток с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) в I триместре беременности рекомендовано динамическое наблюдение в случае

- +А) геморрагический синдром отсутствует, тромбоциты выше $30,0 \times 10^9/\text{л}$;
- Б) геморрагический синдром слабо выражен, тромбоциты не ниже $50,0 \times 10^9/\text{л}$;
- В) отсутствие жалоб со стороны пациентки;
- Г) отсутствие кровотечений.

20. Рекомендована схема лечения беременных пациенток с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) ВВИГ (0,4 г/кг от 2-5 введений до максимальной дозы 2 мг/кг); ГКС (0,5 мг/кг или малые дозы 10--30 мг)

А) всем пациенткам с III семестра до родоразрешения;

+Б) всем пациенткам с геморрагическим синдромом;

В) пациенткам в случае кровотечения;

Г) пациенткам в случае кровотечения перед родоразрешением.

21. Рекомендуемый график диспансерного наблюдения пациентов с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП)

А) контроль 2 раза в год в течение 5 лет с последующим урежением частоты визитов;

Б) контроль 2 раза в год в течение всей жизни;

В) при достижении ремиссии контроль 1-2 раза в год в течение всей жизни;

+Г) при достижении ремиссии контроль 1-2 раза в год с последующим урежением частоты визитов.

22. Тромбоцитопения – патологическое состояние, характеризующееся снижением количества тромбоцитов ниже

А) $150,0 \times 10^6/\text{л}$;

+Б) $150,0 \times 10^9/\text{л}$;

В) $160,0 \times 10^6/\text{л}$;

Г) $160,0 \times 10^9/\text{л}$.

23. УЗИ щитовидной железы, определение уровней тиреотропного гормона при подозрении на идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру (ИТП) рекомендуется

+А) всем пациентам;

Б) только пациентам с клиническими проявлениями нарушения функции щитовидной железы;

В) только пациентам с отягощенным диагнозом;

Г) только пожилым пациентам (старше 60 лет) по показаниям.

24. Форма идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП), определяющаяся

отсутствием непосредственного ответа на спленэктомию, потерей ответа после

спленэктомии и необходимостью проведения дальнейшего лечения для купирования клинически значимых кровотечений

А) резистентная;

+Б) рефрактерная;

В) тяжелая;

Г) хроническая.

Тема 44. Геморрагические васкулиты. Коагулопатии. Гемофилии.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Коагулопатии: определение, классификация.

- Гемофилия А: патогенез, клиническая картина, осложнения, течение, диагностика, лечение

- Гемофилия В, С: лечение. Дифференциальная диагностика гемофилий.

- Геморрагическая телеангиэктазийная болезнь. Современные алгоритмы диагностики и лечения.

- Геморрагический васкулит. Лабораторные исследования. Клиникодиагностическое значение результатов исследования.

- Коагулопатии. Особенности наследования. Осложнения. Особенности профилактического лечения.

- Гемофилия, клинические рекомендации по диагностике и лечению.

- Современные препараты факторов свертывания. Новое в лечении.

Тестовый контроль:

1. Какой тип кровоточивости характерен для геморрагического васкулита?

а) гематомный

- б) петехиально-пятнистый
в) смешанный синячково-гематомный
+г) локуло-вакулитный
2. Укажите эффективные методы остановки кровотечения при гемофилии А:
а) спленэктомия
б) трансфузия криопреципитата
в) преднизолон
+г) переливание очищенного VIII фактора
3. О каком заболевании можно думать при появлении у больного после легкого ушиба обширной, глубокой, болезненной гематомы в области правого бедра:
а)геморрагический васкулит
б)болезнь Верльгофа
в)гемофилия
+г)болезнь Рандю-Ослера
4. Для какого заболевания характерны носовые, десневые, маточные кровотечения, синяковость, тромбоцитопения:
а)гемолитическая анемия
+б)тромбоцитопеническая пурпура
в)гемофилия
г)болезнь Шенлейна-Геноха
5. Васкулярно-пурпурный тип кровоточивости характерен для:
а)болезнь Рандю-Ослера
+б)болезнь Шенлейн-Геноха
в)гемофилия А
г)гемофилия В
д)гемофилия С
6. Для гемофилии А характерен дефицит фактора свертывающей системы крови:
а)-VII
+б)-VIII
в)-IX
г)-XI
7. Для гемофилии В характерен дефицит фактора свертывающей системы крови:
а)-VII
б)-VIII
+в)-IX
г)-XI
8. Для гемофилии С характерен дефицит фактора свертывающей системы крови:
а)-VII
б)-VIII
в)-IX
+г)-XI
9. Каким типом кровоточивости проявляется количественный или качественный дефект тромбоцитов:
а)гематомный
+б)петехиально-пятнистый (микроциркуляторный)
в)васкулярно-пурпурный
г)ангиоматозный
10. Какое заболевание характеризуется нарушением тромбоцитарного звена гемостаза:
а)гемофилия
б)болезнь Шейнлейн-Геноха
+в)болезнь Верльгофа
г)болезнь Рандю-Ослера

11. Какое заболевание характеризуется нарушением сосудистого звена гемостаза:

- а) гемофилия
- +б) болезнь Шейнлейн-Геноха
- в) болезнь Верльгофа
- г) болезнь Рандю-Ослера

12. Какое заболевание обусловлено нарушением коагуляционного звена гемостаза:

- +а) гемофилия
- б) болезнь Шейнлейн-Геноха
- в) болезнь Верльгофа
- г) болезнь Рандю-Ослера

13. Режим при геморрагическом васкулите должен быть:

- а) строгий постельный
- +б) постельный
- в) полупостельный
- г) любой

14. Геморрагический васкулит у детей следует лечить:

- а) амбулаторно, соблюдая постельный режим
- б) амбулаторно в условиях поликлиники
- в) амбулаторно в гематологическом диспансере под наблюдением гематолога
- +г) всегда в стационаре
- 5) в любом из перечисленных мест, в зависимости от тяжести

15. Какой уровень снижения тромбоцитов при сохранении их функции может дать спонтанную кровоточивость:

- а) 120,0-140,0 $\pm 10^9$ /л
- б) 90,0-120,0 $\cdot 10^9$ /л
- в) 70,0-80,0 $\cdot 10^9$ /л
- +г) 30,0 $\cdot 10^9$ /л

16. Наследственный дефицит какого из плазменных факторов свертывания наблюдается при гемофилии А:

- а) VII фактора
- б) V фактора
- +в) VIII фактора
- г) X фактора
- д) IV фактора

17. С помощью каких лабораторных тестов исследуют первичный гемостаз:

- +а) время свертывания по Ли-Уайту
- б) длительность кровотечения по Дьюку
- в) протромбиновый индекс
- г) ретракция кровяного сгустка

18. Какие показатели коагулограммы будут изменены у больного гемофилией А тяжелой степени (уровень фактора менее 1%):

- 1) свертывание крови по Ли-Уайту
- 3) длительность кровотечения по Дьюку
- +в) тромбиновое время
- 5) активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)

19. Какие показатели коагулограммы будут изменены при гематомном типе кровоточивости:

- а) длительность кровотечения по Дьюку
- +б) время свертываемости крови по Ли-Уайту
- в) спонтанный фибринолиз
- г) изменений не должно быть

20. Какие симптомы характерны для анемии Минковского-Шоффара:

- +а) спленомегалия

- б) хорошее самочувствие
- в) бледность кожи и слизистых
- г) лихорадка

Тема 45. Лейкемоидные реакции. Лимфопролиферативные заболевания.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Система кроветворения. Общие понятия. Классификация лимфопролиферативных заболеваний.
- Этиология, патогенез, классификация лимфопролиферативных заболеваний.
- Алгоритм дифференциальной диагностики при синдроме генерализованной лимфаденопатии.
- Алгоритм дифференциальной диагностики при синдроме спленомегалии.
- Основы цитологической, цитохимической диагностики, иммунофенотипирования
- Классификация лимфом
- Лимфома Ходжкина.
- Неходжкинские лимфомы. Дифференциальный диагноз.
- Основы современной диагностики и принципы лечения лимфом.
- Хронический лимфоцитарный лейкоз.
- Классификация хронического лимфолейкоза. Дифференциальный диагноз.
- Основы современной диагностики и принципы лечения хронического лимфолейкоза.
- Множественная миелома. Классификация. Дифференциальный диагноз. Основы современной диагностики и принципы лечения множественной миеломы
- Макроглобулинемия Вальденстрема.
- Вопросы симптоматической терапии. Диспансерное наблюдение.
- Лейкемоидные реакции. Классификация.
- Лейкемоидные реакции. Основные отличия от лейкозов.
- Показания к консультации гематолога при лейкемоидных реакциях.
- Лейкемоидные реакции миелоидного типа

Тестовый контроль:

1. Лейкемоидные реакции:

- а. Встречаются при лейкозах;
- б. Могут быть миелоидного и лимфоцитарного типа;
- +в. Встречаются при септических состояниях;
- г. Встречаются при иммунном гемолизе.

д. Встречаются при язвенной болезни

2. Моноцитозно-макрофагальные реакции:

- а. Возможны при любой инфекции;
- б. Чаще сопровождают туберкулез;
- +в. Возникает моноцитоз в крови;
- г. Следует дифференцировать с хроническим моноцитарным лейкозом.

д. Выявляются при острых кровотечениях

3. Решающим признаком лейкемоидных реакций является: 1.непродолжительность;

2.прогрессирующее течение; 3.спонтанное выздоровление; 4.доброкачественность течения.

а. если правильны ответы 1, 2 и 3

б. если правильны ответы 1 и 3

в. если правильны ответы 2 и 4

+г. если правильный ответ 4

4. Выраженное похудание характерно для:

+а. лимфопролиферативных заболеваний

б. миелопролиферативных заболеваний

в. болезни Кули

- г. мегалобластной анемии
 д. геморрагического васкулита
5. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:
 а. исследования крови (гемограмма, биохимические исследования)
 +б. микроскопическое исследование лимфоидной ткани
 в. сцинтиграфия
 г. лимфография
 д. компьютерная и ЯМР-томография
6. Острым агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся:
 +а. быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $0,7 \times 10^9/\text{л}$
 б. быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $1,0 \times 10^9/\text{л}$
 в. резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $20 \times 10^9/\text{л}$
 г. резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $5 \times 10^9/\text{л}$
 д. быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже $0,05 \times 10^9/\text{л}$
7. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:
 а. исследования крови (гемограмма, биохимические исследования)
 +б. микроскопическое исследование лимфоидной ткани
 в. сцинтиграфия
 г. лимфография
 д. компьютерная и ЯМР-томография
8. Решающим признаком лейкомоидных реакций является: 1. непродолжительность; 2. прогрессирующее течение; 3. спонтанное выздоровление; 4. доброкачественность течения.
 а. если правильны ответы 1, 2 и 3
 б. если правильны ответы 1 и 3
 в. если правильны ответы 2 и 4
 +г. если правильный ответ 4
 д. если правильны ответы 1, 2, 3 и 4
9. Гемолитический криз может развиваться при: 1. аутоиммунной гемолитической анемии; 2. хроническом лимфолейкозе; 3. ферментопатии эритроцитов; 4. аплазии костного мозга.
 +а. если правильны ответы 1, 2 и 3
 б. если правильны ответы 1 и 3
 в. если правильны ответы 2 и 4
 г. если правильный ответ 4
 д. если правильны ответы 1, 2, 3 и 4
10. Формы хронического лимфолейкоза:
 а) Доброкачественная
 б) Прогрессирующая
 в) Опухолевая
 г) Костномозговая
 +д. если правильны ответы
11. Хронический лимфолейкоз:
 а) Самая частая форма - Т-клеточная лейкемия
 б) В большинстве случаев возникает угнетение всех ростков кроветворения
 +в) Цитопенический синдром часто обусловлен аутоиммунным конфликтом
 г) Количество лейкоцитов в крови редко превышает 30.000
 д) Увеличение лимфоузлов не характерно
12. Хронический лимфолейкоз:
 а) Самый распространенный вид гемобластоза
 б) Характеризуется доброкачественным течением
 в) Возникает в старшем и пожилом возрасте
 г) Во многих случаях не требует цитостатической терапии
 +д. если правильны ответы

13. Для какой формы хронического лимфолейкоза характерно значительное увеличение лимфатических узлов при относительно невысоком лейкоцитозе:

- а) Спленомегалической
- б) Классической
- в) Доброкачественной
- г) Костномозговой
- +д) Опухолевой

14. Какие осложнения характерны для хронического лимфолейкоза:

- а) Тромботические
- б) Инфекционные
- в) Кровотечения
- +г) Аутоиммунная гемолитическая анемия

15. При паранепротемических гемобластозах:

- а) Синтезируются моноклональные Ig
- б) Возникает поликлональная иммуноглобулинопатия
- в) Опухолевые клетки относятся к миелоидному ряду
- +г) Опухолевые клетки относятся к лимфоидному ряду

16. При лимфогранулематозе:

- а) Поражаются только лимфатические узлы
- б) Рано возникает лимфоцитопения
- +в) В биоптатах определяют клетки Ходжкина
- г) В биоптатах определяют клетки Березовского-Штернберга-Рид

17. Началу заболевания лимфогранулематозом соответствует гистологический вариант:

- а) Лимфоидное истощение
- +б) Лимфоидное преобладание
- в) Нодулярный склероз
- г) Смешанноклеточный

18. Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно:

- а) Поражение лимфатических узлов одной области
- б) Поражение лимфатических узлов двух и более областей по одну сторону диафрагмы
- +в) Поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы
- г) Локализованное поражение одного внемлимфатического органа
- д) Диффузное поражение внемлимфатических органов

19. Лихорадка при лимфогранулематозе:

- а) Волнообразная
- б) Сопровождается потливостью
- в) На ранних стадиях купируется индометацином
- г) В поздних стадиях постоянная
- +д. если правильны ответы

20. Врачебная тактика при иммунном агранулоцитозе включает в себя:

- а) Профилактику и лечение инфекционных осложнений
- +б) Обязательное назначение глюкокортикоидов
- в) Применение парентерального питания
- г) Переливание одногруппной крови

21. Иммуноагранулоцитоз:

- а) Протекает бессимптомно
- +б) Характеризуется изолированным исчезновением гранулоцитов и моноцитов
- в) Характеризуется панцитопенией
- г) Вызывается цитостатиками

22. Для цитостатической болезни характерно:

- +а) Депрессия кроветворения
- б) Костный мозг богат клеточными элементами

в) Значительное увеличение печени и селезенки

г) Бластоз в периферической крови 50-70%

Тема 46. Клиническая трансфузиология. Беременность и патология системы крови.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определения - служба крови, трансфузионная иммунология.
- Лабораторное обследование реципиентов компонентов донорской крови. Трехэтапный алгоритм трансфузиологии.
- Критерии эффективности трансфузий ЭСС. Концентраты тромбоцитов.
- Корректоры плазменно – коагуляционного гемостаза.
- Показания и противопоказания для переливания компонентов крови
- Иммунологическая безопасность при переливании компонентов крови
- Инфекционная безопасность при переливании компонентов крови
- Интенсивная терапия коагулопатии и ДВС-синдрома
- Тромбоцитопении и их коррекция
- Профилактика и лечение осложнений инфузионно-трансфузионной терапии
- Реинфузия крови. Показания, противопоказания и осложнения
- Факторы свертывания крови и их концентраты в клинической практике
- Острое посттрансфузионное поражение крови. Диагностика и лечение. Профилактика
- Почему необходимо проводить перекрестное определение группы крови?
- В чем особенность определения группы крови у новорожденных?
- Какой метод позволяет определить кровяную химеру?
- Опишите порядок проведения пробы на совместимость на плоскости
- Опишите порядок проведения пробы на совместимость в пробирке
- Опишите порядок проведения биологической пробы.
- Какие функции выполняет трансфузионная комиссия в ЛПУ?
- Какие серологические исследования необходимо выполнить пациенту, поступающему в отделение в плановом порядке?
- Каким пациентам необходимо определение антиэритроцитарных антител?
- Назовите клинические проявления несовместимой трансфузии у пациента, находящегося под наркозом?
- Как оценить эффективность переливания свежесзамороженной плазмы?
- По каким признакам оценивается эффективность переливания концентрата тромбоцитов?
- Назовите порядок действий при подозрении или возникновении реакций или осложнений при переливании компонентов донорской крови
- Диагностика анемии у беременных.
- Тактика ведения беременных с анемиями.
- Лечение анемий у беременных.
- Профилактика анемий.

Тестовый контроль:

1. Пациентка X., возраст - 21 год, диагноз: беременность 38-40 недель. Тазовое предлежание плода. Изолированный дефицит XII фактора свертывания крови (АЧТВ 67сек; фактор XII 1%).

Какой препарат необходимо использовать в случае кровотечения?

+а) СЗП

б) Протромплекс 600

в) rVIIa фактор свертывания крови

2. Для чего собираются посттрансфузионный и акушерский анамнезы перед гемотрансфузией

+а) Для предотвращения возможных гемотрансфузионных осложнений

б) Для экстренного подбора донорской крови

в) Для определения резус-принадлежности

3. Причиной гипертермической негемолитической реакции во время или после переливания компонентов крови является:

- +а. Наличие донорских лейкоцитов в трансфузионной среде и антител к ним у больного.
- б. Изменения в ферментных системах донорских эритроцитов вследствие длительного хранения трансфузионной среды.
- в. Наличие цитрата натрия в трансфузионной среде и повышенная чувствительность к нему реципиента.
- г. Повышенное содержание калия в трансфузионной среде длительных сроков хранения.
- 4. Проведение всех проб и переливание компонентов крови в операционной осуществляет:
 - а. Врач анестезиолог, проводящий общее обезболивание.
 - б. Медицинская сестра – анестезист, участвующая в проведении общего обезболивания.
 - в. Ассистент хирурга, участвующий в проведении этой операции.
- +г. Специально назначенный врач, не участвующий в проведении операции и наркоза.
- 5. Транспортировка компонентов крови (СЗП, эритроцитарной взвеси и тромбоконцентрата) производится:
 - а. В двухслойных стеганных мешках, отдельно друг от друга.
 - б. В трех разных биксах.
 - в. В сумке-холодильнике, тромбоциты и эритроцитарная взвесь вместе, СЗП отдельно.
- +г. В трех специальных термоконтейнерах, отдельно СЗП, отдельно эритроцитарная взвесь, отдельно концентрат тромбоцитов.
- б. Эритроцитарная масса с длительным сроком хранения имеет рН:
 - а. Нейтральную.
 - +б. Кислую.
 - в. Щелочную.
- г. рН не изменяется в процессе хранения.
- 7. Криопреципитат не содержит:
 - а. 150 мг фибриногена; I фактора свертывания крови.
 - б. 80 – 100 ЕД VIII фактора свертывания крови (антигемофильного глобулина).
 - в. 30-60 мг фибронектина
 - г. 40-60 ЕД фактора XI фактора свертывания крови
 - +д. 55X10⁹ тромбоцитов.
- 8. К кровезаменителям гемодинамического действия не относятся:
 - а. Растворы декстранов.
 - б. Растворы гидроксиэтилкрахмала.
 - в. Растворы желатины.
 - +г. Растворы инфузионных антигипоксантов.
- 9. К изонкотическим растворам альбумина относится:
 - а. 10 % раствор альбумина.
 - +б. 5% раствор альбумина.
 - в. 20 % раствор альбумина.
 - г. Растворы альбумина не являются изонкотическими.
- 10. Показанием для заместительного введения неспецифических иммуноглобулинов не являются:
 - а. Инфекционные осложнения острых ситуаций в хирургии и интенсивной терапии.
 - +б. Гипокоагуляционная фаза ДВС - синдрома.
 - в. Неонатальный сепсис у недоношенных и доношенных детей.
 - г. Тяжело протекающие торпидные инфекции различной этиологии (вирусные, грибковые, хламидийные).
- 11. Выберете причину развития реакции «трансплантат против хозяина» после переливания необлученных компонентов крови:
 - +а. Наличие иммунокомпетентных клеток в трансфузионной среде и переливание иммуноскомпрометированному реципиенту.
 - б. Наличие донорских лейкоцитов в трансфузионной среде и антител к ним у реципиента.

в. Наличие донорских тромбоцитов в трансфузионной среде и антител к ним у иммунокомпетентного реципиента.

г. Переливание донорских компонентов крови длительных сроков хранения иммунокомпетентному реципиенту с выраженными нарушениями гемостаза.

12. Выберите температуру хранения и транспортировки эритроцитарной взвеси:

+а. $+4^{\circ}+2^{\circ}\text{C}$.

б. $+8^{\circ}+2^{\circ}\text{C}$.

в. $+10^{\circ}+2^{\circ}\text{C}$.

г. $-18^{\circ}+2^{\circ}\text{C}$.

13. При отсутствии эритроцитарной взвеси необходимой группы крови по жизненным показаниям можно перелить больному:

+а. Эритроцитарную массу O (I) соответствующего резус фактора не более 500,0 мл.

б. Эритроцитарную взвесь O (I) резус отрицательный не более 500,0

в. Эритроцитарную взвесь AB (IV) резус отрицательную не более 500,0 мл.

г. Эритроцитарную взвесь AB (IV) резус отрицательную не более 500,0 мл.

14. Основными задачами трансфузионной терапии при кровопотере до 15% ОЦК являются все, кроме:

+а. Устранение дефицита эритроцитов.

б. Устранения гиповолемии.

в. Нормализация реологии крови.

г. Возмещение дефицита интерстициальной воды.

15. К кровезаменителям инфузионным антигипоксантам относятся:

а. Растворы декстранов.

+б. Растворы фумората.

в. Растворы гидроксиэтилкрахмала.

г. Растворы желатины.

16. Выберите скорость введения препаратов крови фибринолитического ряда (фибринолизин):

а. Частыми каплями струйно.

б. 100 капель в минуту

в. 30–40 капель в минуту.

+г. 10–15 капель в минуту.

17. Показанием к введению альбумина не является:

а. Восполнение ОЦК.

б. Выраженная гипоальбуминемия.

в. Печеночная недостаточность с билирубинемией.

+г. Проведение парентерального питания.

18. При ведении беременной с полным предлежанием плаценты нельзя

а) выписывать ее из родильного дома вплоть до родоразрешения;

б) производить влагалищное исследование вне операционной;

в) назначать слабительные медикаментозные препараты;

+г) все перечисленное;

д) ничего из перечисленного.

19. Появление небольших кровянистых выделений из половых путей в III периоде родов, как правило, свидетельствует

а) о возможности частичного плотного прикрепления плаценты;

б) о разрывах мягких тканей родовых путей;

в) о краевом отделении плаценты;

г) правильно а) и б);

+д) о всем перечисленном.

20. Осложненная гемотрансфузия – это

а) синдром массивной трансфузии;

б) инфицирование (вирусный гепатит, СПИД);

- в) цитратная интоксикация;
- г) несовместимость по системе АВО или резус-фактору;
- +д) все перечисленное.

21. Факторы риска развития ДВС-синдрома при кровотечении вследствие частичной отслойки предлежащей плаценты

- а) анемия на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей;
- б) отсутствие корригирующих лечебных мероприятий на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей;
- в) запоздалое возмещение кровопотери (без учета кровопотери, бывшей ранее);
- г) правильно б) и в);
- +д) все перечисленные факторы.

22. В системе гемостаза условно выделяются следующие звенья, действующие в тесной взаимосвязи друг с другом 1. тромبوцитарное; 2. прокагулянтное; 3. фибринолитическое; 4. ингибиторов свертывания крови и фибринолиза.

- а) правильно 1, 2, 3;
- б) правильно 1, 2;
- +в) все ответы правильны;
- г) правильно только 4;
- д) все ответы неправильны.

Тема 47. Физиология щитовидной железы. Синдром зоба. Эндемический и узловой зоб.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Гормоны щитовидной железы. Механизмы действия?
- Гипертиреоз и недостаточность щитовидной железы?
- Парашитовидные железы. Физиологическая роль, механизмы действия паратгормона.
- Щитовидная железа. Строение и функции, возрастные особенности.
- Гормоны щитовидной железы, механизм их действия.
- Биосинтез и секреция Т4 и Т3.
- Влияние гормонов щитовидной железы на физиологические функции организма.
- Патология щитовидной железы (гипо- и гипертиреоз).
- Эндемический зоб, дифференциальная диагностика, лечение.
- Дайте определение понятию «эндемический зоб», назовите патогенетические механизмы его формирования.
- Назовите основные йоддефицитные состояния.
- Критерии оценки степени увеличения щитовидной железы (ВОЗ).
- Дайте определение понятию «Синдром зоба».
- Йоддефицитные болезни. Определение. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
- Дефицит йода и другие зобогенные факторы как причина и условия развития зоба. Наследственность.
- Эутиреоидный и спорадический зоб. Определение. Этиология. Патогенез.
- Клиника эутиреоидного зоба.
- Диагноз и дифференциальный диагноз эутиреоидного зоба.
- Профилактика эутиреоидного зоба: массовая, групповая, индивидуальная.
- Лечение эутиреоидного зоба.

Тестовый контроль:

1. Появление зоба у значительного числа лиц, живущих в одной биогеохимической области, будет определено вами как: Самыми активными стимуляторами секреции инсулина являются:

- а) эпидемический зоб,
- +б) спорадический зоб,
- в) зоб Хашимото,
- г) эндемический зоб

2. В лечении эндемического зоба предпочтительнее:

- А) препараты йода
- Б) препараты тиреоидных гормонов
- В) глюкокортикоиды
- +Г) сочетание препаратов йода и тиреоидных гормонов
- Д) радиоактивный йод

3. Тиреотропин (тиреотропный гормон) вызывает усиление синтеза:

- +А) тироксина;
- Б) адреналина;
- В) норадреналина;
- Г) кортизола;
- Д) тестостерона

4. Йод всасывается в организме в виде йодида в:

- А) желудке
- Б) полости рта
- В) толстом кишечнике
- +Г) тонком кишечнике
- Д) дыхательных путях.

5. Для профилактики эндемического зоба предпочтительнее:

- +А) препараты йода
- Б) глюкокортикоиды
- В) б-блокаторы
- Г) витамины
- Д) анаболики

6. Для эндемического зоба наиболее характерен уровень ТТГ:

- А) нормальный.
- Б) нормальный или повышенный.
- В) повышенный.
- +Г) нормальный или сниженный.
- Д) сниженный.

7. Видами профилактики эндемического зоба не является:

- А) государственная профилактика – применение йодированной соли.
- Б) групповая профилактика, специфическая профилактика.
- В) индивидуальная профилактика.
- +Г) фторирование воды.

8. Осложнениями эндемического зоба больших размеров, являющимися показаниями к оперативному лечению зоба является все, кроме:

- А) сдавление пищевода.
- Б) сдавление трахеи.
- В) сдавление сосудисто-нервного пучка шеи.
- +Г) неприятные ощущения при глотании.
- Д) слабость, быстрая утомляемость.

9. Особенностью эндемического зоба у детей и подростков является:

- +А) преобладание диффузного увеличения щитовидной железы
- Б) узловые формы зоба
- В) сочетание зоба с эндокринной офтальмопатией
- Г) присутствие субклинического гипотиреоза
- Д) самопроизвольное излечение во взрослом возрасте

10. При избытке тироксина в крови:

- А) повышается уровень тиреотропного гормона;
- +Б) снижается уровень тиреотропного гормона;
- В) не изменяется уровень тиреотропного гормона;

Г) повышается содержание тиреолиберина;
Д) не изменяется содержание тиролиберина.

11. Тиреоглобулин является:

- А) стероидом;
- Б) липопротеидом;
- +В) гликопротеидом;
- Г) углеводом;
- Д) витамином.

12. Избыток тиреоидных гормонов вызывает:

- А) усиление синтеза белков;
- Б) не изменяет обмен белков;
- +В) усиление катаболизма белков;
- Г) усиление синтеза липидов;
- Д) не изменяет обмен липидов.

13. Тяжелой степени зобной эндемии соответствует содержание йода в воде:

- +А) 1-2 мкг/л
- Б) 2-3 мкг/л
- В) 3-4 мкг/л
- Г) 4-5 мкг/л
- Д) более 5 мкг/л

14. Исходным продуктом для синтеза тиреоидных гормонов является:

- А) фенилаланин;
- +Б) тирозин;
- В) валлин;
- Г) лейцин;
- Д) оксипролин.

15. Для эндемического зоба больших размеров характерно:

- А) диффузное увеличение щитовидной железы.
- Б) многоузловые формы зоба.
- В) одиночный узел в щитовидной железе.
- Г) смешанный зоб.
- +Д) все ответы правильные

16. Признаками сдавления органов шеи являются:

- А) затрудненное дыхание.
- Б) сердцебиение.
- В) неприятные ощущения при глотании.
- Г) чувство комка в горле.
- +Д) все ответы правильные

17. Высокие дозы йода не...

- А) ингибируют поглощение йода, его органификацию;
- +Б) повышают синтез и секрецию тиреоидных гормонов;
- В) снижают поглощение глюкозы и аминокислот;
- Г) снижают синтез и секрецию тиреоидных гормонов.

18. Диффузный эндемический зоб и узловой коллоидный зоб входят в спектр

- А) аутоиммунных заболеваний;
- Б) гастроэнтерологических заболеваний;
- В) инфекционных заболеваний;
- +Г) йододефицитных заболеваний.

19. Йод в щитовидной железе не...

- А) регулирует рост щитовидной железы;
- Б) регулирует функцию щитовидной железы;

- В) служит субстратом для синтеза тиреоидных гормонов;*
+Г) способствует фиброзу ткани железы.
- 20. Клиническое (физикальное) обследование пациента с узловым зобом не включает*
А) медицинский анамнез вмешательств на ЩЖ;
Б) предшествующее облучение области головы и шеи;
+В) прием лекарственных витаминных препаратов в настоящий период;
Г) семейный анамнез, включая наличие узлового зоба и медуллярного рака у родственников.
- 21. Не основная роль в патогенезе йододефицитного зоба по современным представлениям.*
А) инсулиноподобному ростовому фактору I типа;
+Б) повышению продукции ТТГ или повышению чувствительности к нему тиреоцитов;
В) фактору роста фибробластов;
Г) эпидермальному ростовому фактору.
- 22. Формирование в щитовидной железе узловых образований расценивается как*
А) инволюция органа на фоне воспалительного процесса в щитовидной железе;
Б) инволюция органа на фоне диффузного эндемического зоба в условиях дефицита калия;
+В) инволюция органа на фоне диффузного эндемического зоба в условиях хронического йодного дефицита;
Г) структурные изменения в щитовидной железе на фоне воспалительных процессов дыхательных путей.

Тема 48. Синдромы тиреотоксикозы и гипотиреоза. Заболевания паращитовидных желез.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация тиреотоксикоза, причины возникновения.
- Этиология, патогенез тиреотоксикоза.
- Клинические проявления тиреотоксикоза, степени тяжести.
- Основные принципы лечения тиреотоксикоза.
- Какие заболевания приводят к развитию синдрома гипотиреоза?
- Какие выделяют основные клинические синдромы при гипотиреозе?
- Какие изменения сердечно-сосудистой системы характерны для гипотиреоза?
- Какие изменения желудочно-кишечного тракта наблюдаются при гипотиреозе?
- Какие изменения кожи и её придатков наблюдаются при гипотиреозе?
- Какие лабораторные и инструментальные методы используют в диагностике гипотиреоза?
- Исследование какого гормона наиболее информативно в диагностике первичного гипотиреоза?
- Каковы принципы заместительной терапии тиреоидными гормонами?
- Каковы критерии компенсации гипотиреоза?
- Каковы основные клинические проявления эндемического зоба?
- Какие существуют методы йодной профилактики? В чём они заключаются?
- Классификация заболеваний паращитовидной железы.
- Причины гипопаратиреоза.
- Клиническая картина гипопаратиреоза, основной симптом.
- Как выявить скрытую тетанию.
- Основные лабораторные критерии.
- Лечение гипопаратиреоза.
- Причины гиперпаратиреоза.
- Механизм метаболических нарушений при гиперпаратиреозе.
- Клиническая картина гиперпаратиреоза.
- Дифференциальный диагноз гиперпаратиреоза.
- Лечение гиперпаратиреоза.

Тестовый контроль:

1. Для диагностики аденомы паращитовидных желез могут быть использованы следующие исследования: 1. субтракционная сцинтиграфия с Tl-204 и Tc-99m. 2. пневмопаратиреоидография; 3. компьютерная томография. 4. сканирование с селен – метионином. 5. термография.

А – если правильны 1,2 и 3 ответы;

Б – если правильны 1 и 3 ответы;

В - если правильны 2 и 4 ответы;

Г - если правилен 4 ответ;

+Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

2. Какие наиболее характерные нарушения со стороны иммунной системы при диффузном токсическом зобе?

А. повышение Т-хелперов

+Б. снижение Т-супрессоров

В. повышение В-лимфоцитов

Г. снижение В-лимфоцитов

Д. повышение Ig G

3. Назовите важнейшее показание для назначения глюкокортикоидов при лечении аутоиммунного тиреоидита:

А. большие размеры зоба

Б. большая плотность зоба

+В. чувствительность, признаки воспаления

Г. наличие узлов

Д. ограничение подвижности зоба, симптом сдавления трахеи

4. Какой важнейший признак гликозидной интоксикации при лечении тиреотоксического сердца?

А. возбуждение

Б. восстановление признаков сердечной недостаточности

В. потеря аппетита, тошнота, рвота

С. появление тахикардии

+Д. экстрасистолия, бигеминия

5. Наиболее оптимальный срок оперативного лечения диффузного токсического зоба на фоне беременности:

А. первые 2 месяца

+Б. конец первого и начало второго триместра

В. второй триместр

Г. третий триместр

Д. оперировать не рекомендуется

6. Апатическая форма тиреотоксикоза характеризуется наличием:

А. апатии, депрессии

Б. значительного похудения

В. проксимальной миопатии

Г. мерцательной аритмии

+Д. все выше обозначенное

7. Все ниже перечисленные болезни имеют аутоиммунное происхождение, кроме:

А. тиреоидит Хашимото

Б. болезнь Аддисона

+В. синдром Нельсона

Г. синдром Шмидта

Д. болезнь Грейвса

8. Наиболее информативным исследованием при узловом зобе есть:

А. УЗИ щитовидной железы

Б. сканирование щитовидной железы

+В. тонкоигольная пункционная биопсия

Г. термография

Д. МРТ щитовидной железы

9. На основе какого исследования можно дифференцировать эндемический зоб от спорадического?

А. уровня Т4 крови

Б. уровня ТТГ крови

В. УЗИ щитовидной железы

Г. сканирование щитовидной железы

Д. суточной экскреции йода с мочой

10. Какой из критериев наиболее адекватный в коррекции дозы тиреоидных гормонов при лечении зоба Хашимото?

А. нормализация уровня ТЗ

Б. нормализация уровня Т4

Г. нормализация ТТГ при исходном его повышении

Д. уменьшение размеров и плотности щитовидной железы

Е. снижение титра антител к тиреоглобулину

11. При диспансерном наблюдении больных с нарушением функции и структуры щитовидной железы и паращитовидных желез целесообразно провести рентгенденситометрию: 1. поясничного отдела позвоночника 2. проксимального отдела бедренной кости 3. лучевой кости

Ответы:

А – если правильны 1 и 2 ответы;

Б – если правильны 1 и 3 ответы;

В - если правильны 2 и 3 ответы;

Г - если правилен 4 ответ;

+Д – если правильны ответы 1,2,3

12. Санаторно-курортное лечение показано больным с гипотиреозом и тиреотоксикозом: 1. средней степени активности 2. без выраженных осложнений 3. в условиях достаточной коррекции гормональных нарушений.

А – если правильны 1 и 2 ответы;

Б – если правильны 1 и 3 ответы;

В - если правильны 2 и 3 ответы;

Г - если правилен 4 ответ;

+Д – если правильны ответы 1,2,3

13. Диспансерное наблюдение за следующими категориями больных осуществляет эндокринолог: 1. беременных женщин с гипотиреозом 2. лиц пожилого и старческого возраста с гипотиреозом 3. лиц старше 18 лет с поддержанием уровня ТТГ в пределах референтных значений.

А – если правилен 1 ответ;

Б – если правильны 1 и 3 ответы;

В - если правильны 2 и 3 ответы;

Г - если правилен 2 ответ;

+Д – если правильны ответы 1 и 2

14. Какие из перечисленных патогенетических механизмов лежат в основе увеличения щитовидной железы при диффузном токсическом зобе?

А. нарушение обмена в тканях

+Б. аутоиммунная агрессия

В. компенсаторная гиперплазия ткани щитовидной железы

Г. влияние центральной и вегетативной нервной системы

Д. гиперстимуляция тиреотропином

15. Важной особенностью клинического проявления диффузного токсического зоба у детей есть:

А. преобладание нервно- психических нарушений

+Б. хорееподобное подергивание мышц и мышечная слабость

В. значительное увеличение щитовидной железы

Г. задержка физического развития

Д. наличие гипокортицизма

16. Гипопаратиреоз характеризуется перечисленными признаками: 1. снижением кальция в сыворотке крови. 2. повышением фосфора в сыворотке крови. 3. снижением экскреции кальция с мочой. 4. повышением выведения фосфора почками. 5. повышением кальция в сыворотке крови. Ответы:

+А – если правильны 1,2 и 3 ответы;

Б– если правильны 1 и 3 ответы;

В - если правильны 2 и 4 ответы;

Г - если правилен 4 ответ;

Д – если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

17. Важнейшая особенность структуры ультразвукового изображения щитовидной железы при аутоиммунном тиреоидите:

А. эхогенная плотность повышена

Б. эхогенная плотность снижена

В. эхогенная плотность не изменена

+Г. эхогенная плотность не однородная

Д. эхогенная плотность однородная

18. Особенность ультразвукового изображения кисты в щитовидной железе:

А. эхогенная плотность повышена

Б. эхогенная плотность снижена

В. эхогенная плотность не изменена

+Г. анехогенность

Д. эхогенная плотность не однородная

19. Какая максимальная протяженность действия тироксина после его отмены?

А. один день

Б. два дня

В. 4-6 дней

+Г. 2-3 недели

Д. 1 месяц

20. Наиболее частая причина развития раннего послеоперационного гипотиреоза:

+А. избыточное удаление щитовидной железы

Б. нарушение иннервации послеоперационной культи

В. нарушение кровообращения в послеоперационной культе

Г. втягивание культи в рубцовую зону

Д. аутоиммунная агрессия

21. Больным, которые находятся в гипотиреоидной коме, противопоказано:

А. введение тироксина

Б. введение глюкокортикоидов

В. введение трийодтиронина

Г. искусственная вентиляция легких

+Д. активное согревание

22. С которой из опухолей чаще всего объединяется узловый зоб?

А. опухолями печени

Б. опухолями легких

+В. фибромиомой матки

Г. опухолями яичников

Д. опухолями молочных желез

23. Какой из видов дистопии щитовидной железы встречается чаще всего?

+А. зоб корня языка

Б. срединная дистопия

В. внутритрахеальная дистопия

Г. миокардиальная дистопия

Д. внутригрудная дистопия

24. Какой метод диагностики наиболее информативный при эктопическом зобе?

А. термография

Б. обзорная рентгенография органов грудной клетки

+В. сцинтиграфия

Г. ультразвуковое исследование

Д. пункция

25. Какой из препаратов наиболее эффективный при лечении бесплодия у больных гипотиреозом?

А. эстрогены

Б. прогестерон

В. бромкриптин

+Г. тироксин

Д. витамин Е

26. Клиническими и лабораторными показателями эффективности лечения гипотиреоза являются:

а) улучшение физического развития

б) снижение уровня холестерина в крови

в) нормализация уровня глюкозы в крови

+г) нормализация уровня тироксина в крови

Тема 49. Ожирение. Метаболический синдром.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Чем характеризуется метаболический синдром?

- Определение понятия метаболический синдром. Этиологические факторы.

- Клинические проявления и значимость метаболического синдрома. Полные и неполные формы, ранние и поздние проявления метаболического синдрома.

- Инсулинорезистентность при метаболическом синдроме: причины, следствия. Формы инсулиновой недостаточности. Выявление нарушений толерантности к глюкозе.

- Гипер-, дислиппротеидемия при метаболическом синдроме: причины, следствия, диагностика.

- Ожирение при метаболическом синдроме: варианты, критерии. Определение индекса массы тела, его значение.

- Артериальная гипертензия при метаболическом синдроме: критерии диагноза, особенности течения, осложнения.

- Программа обследования в стадии доклинических проявлений.

- Программа лечения больных метаболическим синдромом. Уменьшение воздействия провоцирующих факторов (изменение образа жизни).

- Лечение инсулинорезистентности и сахарного диабета при метаболическом синдроме.

- Лечение артериальной гипертензии при метаболическом синдроме.

- Лечение ожирения при метаболическом синдроме.

- Каким образом ожирение влияет на репродуктивную функцию у мужчин и у женщин?

- Каков риск развития гинекологических заболеваний при ожирении и с чем это связано?

- Какие виды хирургического лечения ожирения Вы знаете.

Тестовый контроль:

1. Дополните фразу: «Ожирение является фактором риска развития...»

+А. Гиперплазии энтометрия

- Б. Эндометриоза
В. Воспалительных заболеваний малого таза
Г. Преждевременной менопаузы
2. Гестационными осложнениями в условиях метаболического синдрома не являются
А) дистоция плечиков при фетальной макросомии;
Б) кровотечения в родах и послеродовом периоде;
+В) пороки развития плода;
Г) фетоплацентарная недостаточность.
3. Дислипидемия при метаболическом синдроме не характеризуется
А) повышением липопротеинов очень низкой плотности;
Б) повышением триглицеридов;
+В) повышением уровня липопротеинов высокой плотности;
Г) снижением уровня липопротеинов высокой плотности.
4. Дополнительными критериями метаболического синдрома являются
А) артериальная гипертензия на медикаментозной терапии;
Б) повышение уровня ХС ЛПВП;
+В) повышение уровня триглицеридов;
Г) понижение уровня холестерина.
5. Достоверным метаболический синдром считается при наличии
+А) 1-го основного и 2-х дополнительных критериев;
Б) 1-го основного критерия;
В) 1-го основного критерия и одного дополнительного критерия;
Г) 2-х дополнительных критериев.
6. Достоверным метаболический синдром считается при наличии у пациентки
А) 1-го критерия;
Б) 1-го основного критерия;
В) 2-х критериев;
+Г) 3-х критериев.
7. Индекс массы тела 25,0-29,9 соответствует
А) дефициту массы тела;
+Б) избыточной массе тела;
В) нормальной массе тела;
Г) ожирению I степени.
8. Индекс массы тела 30,0-34,9 соответствует
А) избыточной массе тела;
Б) нормальной массе тела;
+В) ожирению I степени;
Г) ожирению II степени.
9. Индекс массы тела 35,0-39,9 соответствует
А) избыточной массе тела;
Б) ожирению I степени;
+В) ожирению II степени;
Г) ожирению III степени.
10. Исследования у пациентов с метаболическим синдромом, кроме
+А) КТ головного мозга;
Б) СМАД;
В) измерение уровня артериального давления методом Короткова;
Г) определение в крови показателей липидного обмена;
Д) определение уровня мочевины.
11. К дополнительным критериям метаболического синдрома не относятся
А) повышение уровня холестерина;
Б) снижение уровня ХС ЛПВП <1,2 ммоль/л у женщин;

- +В) снижение уровня триглицеридов;
Г) уровень АД >140 и 90 мм рт.ст..
12. Критерий центрального типа ожирения
А) избыточная масса тела;
Б) масса тела более 80 кг;
В) окружность талии 75 см;
+Г) окружность талии более 80 см у женщин.
13. Метаболический синдром (МС) не характеризуется
А) артериальной гипертонией;
Б) гиперинсулинемией;
В) нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена;
+Г) повышением чувствительности периферических тканей к инсулину;
Д) увеличением массы висцерального жира.
14. Не частые показания к оперативному родоразрешению при метаболическом синдроме:
А) клинически узкий таз;
+Б) ожирение 3 степени;
В) преэклампсия;
Г) хроническая прогрессирующая гипоксия плода.
15. Нарушение липидного спектра крови при метаболическом синдроме не проявляется
А) повышением липопротеинов низкой плотности;
Б) повышением липопротеинов очень низкой плотности;
В) повышением триглицеридов;
+Г) повышением уровня липопротеинов высокой плотности.
16. Основным критерием метаболического синдрома является
А) избыточная масса тела;
Б) масса тела более 80 кг;
В) окружность талии 75 см;
+Г) центральный (абдоминальный) тип ожирения.
- 17.. Соотношение «объем талии/объем бедер» для висцерального распределения жировой ткани составляет
А) 0,75;
Б) 0,85;
+В) более 0,85;
Г) менее 0,75.
18. У пациентов с метаболическим синдромом отмечают
+А) повышение кортизола;
Б) повышение пролактина;
В) понижение кортизола;
Г) понижение пролактина.

Тема 50. Болезни системы гипоталамуса и гипофиза. Заболевания надпочечников. Климактерический синдром.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Этиология, патогенез заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы.
- Классификация заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы.
- Патогенез клинических проявлений акромегалии.
- Диагностика и дифференциальный диагноз при акромегалии.
- Основные методы лечения акромегалии. Реабилитация и прогноз.
- Этиология, патогенез болезни и синдрома Иценко-Кушинга (ИК).
- Патогенез клинических проявлений при гиперкортицизме.
- Особенности клиники в зависимости от локализации патологического процесса.
- Дифференциальный диагноз при болезни и синдроме ИК.

- Принципы диагностики болезни и синдрома ИК.
- Возможности основных и дополнительных методов лечения.
- Этиология, патогенез заболеваний надпочечников при наличии синдрома артериальной гипертензии.
- Патогенез клинических проявлений феохромоцитомы и первичного гиперальдостеронизма.
- Диагностика и дифференциальный диагноз при феохромоцитоме и первичном гиперальдостеронизме.
- Основные методы лечения феохромоцитомы и первичного гиперальдостеронизма.
- Реабилитация и прогноз при феохромоцитоме и первичном гиперальдостеронизме.
- Аденомы гипофиза и методы их диагностики.
- Лабораторно-инструментальная диагностика климактерического периода
- Клинические проявления климактерического синдрома
- Менопаузальная гормональная терапия
- Противопоказания к менопаузальной гормональной терапии
- Критерии диагностики постменопаузального остеопороза
- Принципы лечения постменопаузального остеопороза
- Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде и их коррекция

Тестовый контроль:

1. Для болезни Иценко-Кушинга наиболее характерно:

- А) гиперкалиемия;
- Б) гипонатриемия;
- В) гиперкальциемия;
- +Г) гипокалиемия;

2. В лечении АКГГ-зависимого гиперкортицизма (болезни Иценко-Кушинга) используют:

- А) октреотид
- Б) дексаметазон
- +В) каберголин
- Г) клофелин.

3. Продолжительность ранней постменопаузы составляет

- а. 3 года
- +б. 5 лет
- в. 10 лет
- г. 15 лет

4. Репродуктивными (классическими) органами-мишенями для половых гормонов являются

- а. половой тракт
- б. гипоталамус и гипофиз
- в. молочные железы
- +г. все перечисленное

5. Результаты лабораторного исследования в период климакса характеризуются

- а. низким уровнем эстрадиола (менее 80 пмоль/л) и соотношения эстрадиол/эстрон (менее 1)
- б. высоким уровнем фсг и соотношением лг/фсг менее 1
- в. низким уровнем белка, связывающего половые гормоны, и ингибина в
- +г. всем перечисленным

6. Причиной летального исхода у пациентов с акромегалией может быть:

- 1. ночное апноэ;
- 2. сахарный диабет;
- 3. сердечная недостаточность;
- 4. гипергликемия;
- 5. гипогликемия.

Варианты ответов

- а. если правильны ответы 1, 2 и 3

+б. если правильны ответы 1 и 3

в. если правильны ответы 2 и 4

г. если правильный ответ 4

д. если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5

7. В клинической картине акромегалии могут наблюдаться изменения со стороны ЦНС:

1. синдром карпального канала;

2. головные боли;

3. парестезии;

4. миопатический синдром;

5. У пациентов, больных акромегалией при нарушении зрения показано следующее:

Варианты ответов

+а. хирургическое лечение

б. лучевая терапия

в. применение препарата парлодел

г. сочетания лучевая и медикаментозная терапия

д. сочетание хирургической и лучевой терапии

8. Причинами сердечной недостаточности при акромегалии могут быть:

1. задержка натрия и воды;

2. кардиомегалия;

3. артериальная гипертензия;

4. нарушение ритма сердечной деятельности;

5. артериальная гипотензия.

Варианты ответов

+а. если правильны ответы 1, 2 и 3

б. если правильны ответы 1 и 3

в. если правильны ответы 2 и 4

г. если правильный ответ 4

д. если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5

9. Явными рентгенологическими признаками акромегалии являются:

1. гиперостоз внутренней пластины лобной кости;

2. гипертрофический остеопороз костей черепа;

3. пневматизация лицевых костей черепа;

4. истончение передних и задних клиновидных отростка;

5. остеопороз поясничных позвонков.

Варианты ответов

+а. если правильны ответы 1, 2 и 3

б. если правильны ответы 1 и 3

в. если правильны ответы 2 и 4

г. если правильный ответ 4

д. если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5

10. Наиболее вероятным этиологическим фактором болезни Иценко-Кушинга является:

а. опухоль гипофиза

б. черепно-мозговая травма

+в. нейроинфекция

г. опухоль надпочечника

д. опухоль легкого

11. Для эктопического АКТГ-синдрома характерно:

а. положительная большая проба с дексаметазоном

б. повышение экскреции 17-ОКС (проба с метопивроном)

в. равномерное ожирение

+г. очень высокий уровень АКТГ

д. гиперкалиемия

12. Причиной болезни Иценко-Кушинга является:

а. пролактинома

б. опухоль яичников

в. кортикостерома

+г. базофильная аденома гипофиза

д. тиреотропинома

13. Типичными проявлениями повышенной продукции глюкокортикоидов являются:

а. похудание

+б. стрии на коже

в. артериальная гипотония

г. повышенная влажность кожных покровов

д. снижение глюкозы в крови

14. Участие центрального механизма в развитии болезни Иценко-Кушинга заключается в:

1. нарушении ритма секреции АКТГ и кортизола;

2. повышении пролактина;

3. снижении СТГ;

4. снижении ТТГ;

5. снижении гонадотропинов.

Варианты ответов

а. если правильны ответы 1, 2 и 3

б. если правильны ответы 1 и 3

в. если правильны ответы 2 и 4

г. если правильный ответ 4

+д. если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5

15. Наиболее эффективно при болезни Иценко-Кушинга:

+а. облучение межзачаточной-гипофизарной области

б. хирургическая аденомэктомия

в. применение блокаторов гипоталамо-гипофизарной системы

г. удаление одного или двух надпочечников

д. аутотрансплантация коры надпочечника

16. Ремиссия болезни Иценко-Кушинга после лучевой терапии наступает через:

а. 1-2 месяца

б. 3 - 4 месяца

в. 5- 6 месяцев

+г. 7-8 месяцев

д. более, чем через 1 год

17. Показанием для адреналэктомии при болезни Иценко-Кушинга является:

+а. неэффективность консервативной терапии

б. прогрессирующее похудание

в. высокий уровень кортизола в крови

г. гипокалиемический алкалоз

д. электролитно-стероидная кардиопатия

18. При болезни Иценко-Кушинга наименее эффективна:

а. терапия хлориданом

+б. терапия парлоделом

в. комбинированная терапия парлоделом и хлориданом

г. терапия мамомитом

д. терапия оримитеном

19. При тяжелой форме болезни Иценко-Кушинга отмечается:

а. равномерное распределение подкожного жирового слоя

+б. патологические переломы костей

- в. транзиторная артериальная гипертензия
 - г. усиление дифференцировки и роста скелета
 - д. сохраненный менструальный цикл
20. Осложнением болезни Иценко-Кушинга является:
- а. гипотензии
 - б. гипотермия
 - в. прогрессирующее похудание
 - г. тромбоцитопения
 - +д. почечная недостаточность

Тема 51. Сахарный диабет. Диабетические комы.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Физиология углеводного обмена
- Определение сахарного диабета (СД). Основные патогенетические и клинические отличия СД I и II типа.
- Этиология СД
- Основные звенья патогенез СД.
- Схема патогенеза основных симптомов СД. Начальные симптомы СД.
- Этапы развития СД.
- Классификация СД.
- Причина и патогенез хронических осложнений СД.
- Группа риска по СД. Тактика участкового педиатра по "Д" группы риска по СД.
- Условия проведения СГТТ.
- Лабораторные критерия постановки ДЗ сахарного диабета.
- Обследование больного с СД:
 - общеклинические показатели;
 - биохимические тесты;
 - специфические методы обследования.
- Основные принципы терапии СД.
- Основные принципы диетотерапии.
- Инсулинотерапия. Схема назначения препаратов инсулина при СД. Механизм действия простого инсулина.
- Виды инсулинов. Осложнения инсулинотерапии.
- Сахароснижающие препараты в лечении СД I типа.
- Дифференциальный диагноз СД.
- Профилактика осложнений СД.
- Критерии компенсации СД.
- Особенности СД у детей грудного возраста.
- Инсулиновые помпы – новое в лечении сахарного диабета.
- Преимущества применения инсулиновой помпы перед инъекционным базально-болюсным методом.
- Основной причиной развития диабетического кетоацидоза является:
- Основной причиной гипогликемического состояния является:
- Клинические проявления гипогликемии характеризуются:
- Адренергические симптомы при развитии гипогликемии включают:
- Нейроглюкопенические симптомы при развитии гипогликемии включают:
- Лечение гипогликемической комы включает:
- Клинические проявления гипергликемического кетоацидотического состояния характеризуются:
- Кардиальные проявления кетоацидоза при сахарном диабете включают:
- Лабораторные признаки диабетического кетоацидоза включают:
- Принципы лечебных мероприятий при диабетической гипергликемической

кетонацидотической коме:

- Причинами летального исхода при диабетическом кетонацидозе являются:
- Чаще развивается гиперосмолярная кома:
- Гиперосмолярная кома при сахарном диабете характеризуется:
- Лечебная тактика при гиперосмолярной коме
- Причины развития лактатацидоза при сахарном диабете:
- Клинические проявления лактатацидоза включают следующие проявления:
- Лечебная тактика при лактатацидемической коме включает использование

Тестовый контроль:

1. Этиологическими факторами кетонацидотической комы являются все перечисленные, кроме...

- а) прекращения или уменьшения дозы вводимого инсулина;
- б) присоединения инфекций и других заболеваний;
- в) хирургического вмешательства;
- +г) передозировки инсулина;
- д) стрессовых ситуаций.

2. Клиническими проявлениями кетонацидотической прекомы являются все перечисленные, кроме...

- а) резкой слабости, вялости, сонливости;
- б) потери аппетита, тошноты, рвоты;
- в) желудочно-кишечных болей;
- +г) повышения аппетита;
- д) полидипсии, полиурии.

3. Начальная доза внутривенного введения инсулина короткого действия при кетонацидотической коме на 1 кг массы тела/час составляет...

- а) 0,05 ед/кг/час;
- б) 25 ед/кг/час;
- в) 50 ед/кг/час; 37
- г) 2-4 ед/кг/час;
- +д) 0,1- 0,2 ед/кг/час.

4. При диабетическом кетонацидозе инфузионную терапию начинают с внутривенного введения...

- +а) изотонического раствора хлорида натрия;
- б) 5% раствора глюкозы;
- в) гипотонического (0,45%) раствора хлорида натрия;
- г) реополиглюкина;
- д) гемодеза.

5. Показанием для введения бикарбоната натрия больным, находящимся в состоянии кетонацидотической комы, является...

- а) бикарбонат натрия вводится всем больным, находящимся в состоянии кетонацидотической комы с целью борьбы с ацидозом;
- б) снижение рН крови ниже 7,36;
- в) начинающийся отек мозга;
- +г) снижение рН крови ниже 7,0;
- д) сопутствующий лактоацидоз.

6. Гипогликемическая кома при сахарном диабете может развиваться вследствие всех перечисленных причин, кроме...

- а) передозировки вводимого инсулина;
- +б) недостаточного приема белков;
- в) недостаточного приема углеводов при введении обычной дозы инсулина; г) недозированной физической нагрузки;

д) ухудшения функций печени и почек.

7. Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям, прежде всего в...

а) миокарде;

б) периферической нервной системе;

+в) центральной нервной системе;

г) гепатоцитах;

д) поперечнополосатой мускулатуре.

8. Гипогликемическая кома характеризуется всем перечисленным, кроме...

а) быстрого развития коматозного состояния;

+б) медленного развития комы;

в) тонических или клонических судорог;

г) влажности кожных покровов;

д) тахикардии.

9. Наличие гипогликемической комы в отличие от кетоацидотической подтверждают на основании всех следующих симптоматических данных, кроме...

а) быстрого внезапного развития тяжелого состояния;

б) ровного дыхания;

в) нормального или повышенного тонуса глазных яблок и скелетных мышц;

г) нормального или повышенного артериального давления;

+д) сниженного артериального давления.

10. При гипогликемической коме проводят всю перечисленную терапию, кроме...

а) струйного внутривенного введения 40% раствора глюкозы (40-60 мл);

б) подкожного введения 0.5-1.0 мл 0.1% раствора адреналина;

в) подкожного внутривенного или внутримышечного введения 1-2 мл глюкагона;

г) внутривенного или внутримышечного введения гидрокортизона (150-200 мг);

+д) внутривенного введения раствора Рингера.

11. Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана:

+а) введением неадекватно большой дозы инсулина;

б) приемом алкоголя;

в) приемом препаратов сульфонилмочевины;

г) приемом бигуанидов.

12. Показаниями для проведения теста на толерантность к глюкозе не являются наличие у пациента:

а) жажды и полиурии;

б) рецидивирующего фурункулеза;

+в) дислипидемии;

г) уровня глюкозы в крови натощак более 10 ммоль/л;

д) ожирения.

13. Из перечисленных препаратов ухудшение течения сахарного диабета не вызывают:

а) ацетилсалициловая кислота;

б) дексаметазон;

в) каптоприл;

г) тиазидовые диуретики;

д) пероральные контрацептивы.

13. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом

1-го типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 ч после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

а) снять ЭКГ;

б) ввести 5% раствор глюкозы;

+в) ввести инсулин (10-20 ЕД);

г) исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови;

д) ввести 20 мл 40% раствора глюкозы.

14. При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо, кроме:
- а) определить уровень глюкозы в крови натощак;
 - б) провести глюкозотолерантный тест;
 - +в) назначить препараты сульфонилмочевины;
 - г) определить уровень базального инсулина.
15. Относительно сахарного диабета 1-го типа не справедливо:
- а) диабет требует постоянного лечения инсулином;
 - б) диабет чаще возникает в молодом возрасте;
 - в) течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу;
 - +г) диабет обычно возникает на фоне ожирения;
16. В диетотерапии для больных с неосложненным СД типа 2-го учитывают:
- а) количество белков в граммах;
 - б) хлебные единицы;
 - +в) количество жиров в граммах;
 - г) суточное потребление калорий.
17. В диетотерапии для больных с неосложненным СД типа 1-го учитывают:
- а) количество белков в граммах;
 - б) суточное потребление калорий;
 - в) количество жиров в граммах;
 - +г) хлебные единицы .
18. Ведущим этиологическим фактором сахарного диабета 1 типа является:
- а) панкреатит
 - б) вирусное поражение Р-клеток
 - в) травма поджелудочной железы
 - г) психическая травма
 - +д) аутоиммунное поражение островков лангерганса с развитием инсулина
19. Основным патогенетическим фактором сахарного диабета 1 типа является:
- а) инсулинорезистентность и деструкция Р-клеток
 - +б) деструкция Р-клеток и инсулиновая недостаточность
 - в) инсулиновая недостаточность, повышение контринсулярных гормонов
 - г) дефицит инкретинов, инсулинорезистентность
20. Основной причиной развития абсолютной инсулиновой недостаточности является:
- а) генетически обусловленное снижение способности Р-клеток к регенерации
 - б) прогрессирующее ожирение
 - в) повышение всасывания глюкозы в желудочно-кишечном тракте
 - +г) аутоиммунная деструкция Р-клеток поджелудочной железы
21. Для диагностики сахарного диабета используется определение:
- а) уровня глюкозы перед завтраком
 - б) уровня глюкозы через 2 часа после еды
 - +в) уровня глюкозы до и через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой
 - г) уровня глюкозы до и через 3 часа после пероральной нагрузки глюкозой
22. Для диагностики сахарного диабета не используется определение уровня глюкозы;
- а) в цельной венозной крови
 - б) в цельной капиллярной крови
 - в) в плазме венозной крови
 - +г) в плазме артериальной крови
23. Диагностическими критериями сахарного диабета являются показатели глюкозы
- а) натощак до 5,5 ммоль/л, через 2 часа после орального гтт более 7,8 ммоль/л
 - б) натощак до 6,1 ммоль/л, через 2 часа после орального гтт до 11,1 ммоль/л
 - +в) натощак более 6,1 ммоль/л, через 2 часа после орального гтт более 11,1 ммоль/л
 - г) натощак до 7,0 ммоль/л, через 2 часа после орального гтт более 7,8 ммоль/л

24. При резистентности к препаратам сульфонилмочевины у больных с нормальным весом следует назначать

а) расширенную диету и инкретины

б) тиазолидиндионы с бигуанидами

+в) инсулинотерапию

г) малокалорийную диету и бигуаниды

25. При развитии у пациента, страдающего сахарным диабетом I типа, заболевания, сопровождающегося повышением температуры, следует:

а) отменить инсулин

б) применить ингибиторы дипептидилпептидазы

в) уменьшить суточную дозу инсулина

г) уменьшить содержание углеводов в пище

+д) увеличить получаемую суточную дозу инсулина

26. Резистентность к инсулину может быть обусловлена

а) инфекционным заболеванием

б) патологией инсулиновых рецепторов и наличием антител к инсулину

в) длительностью течения диабета более 1 года

г) беременностью

+д) все ответы верны

Тема 52. Введение в иммунологию. Противoinфекционный иммунитет. Особенности вакцинации лиц с иммунодефицитами и аллергическими заболеваниями. Иммунодефициты. Иммунотерапия.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Место иммунологии в современной медицине. Роль иммунологии в подготовке врачей-общей практики. Предмет и задачи иммунологии.

- Понятие об иммунной системе. Органы и клетки иммунной системы.

- Врожденные (неспецифические) факторы защиты. Классификация, виды. Толл-рецепторы.

- Секреторный иммуноглобулин А, биологическая роль

- Особенности врожденного иммунитета в норме и патологии

- Антигены: виды, свойства. Понятие о патоген-ассоциированных молекулах (ПАТЕРН).

- Фагоцитарная система. Клетки фагоцитарной системы

- Стадии фагоцитоза, биологическое значение.

- С-реактивный белок и другие белки острой фазы. Происхождение, иммунобиологическая активность.

- Интерфероны, природа. Медицинское применение.

- Видовой (наследственный) иммунитет.

- Понятие об иммунитете. Виды иммунитета.

- Структура и функции иммунной системы. Кооперация иммунокомпетентных клеток.

- Иммунокомпетентные клетки. Т- и В-лимфоциты, макрофаги их кооперация.

- Иммунокомпетентные клетки, и их роль в иммунном ответе.

- Т-клеточная система иммунитета: происхождение, дифференцировка Т-лимфоцитов в тимусе.

- Система В-лимфоцитов человека: происхождение, дифференцировка В-лимфоцитов в костном мозге; миграция, круговорот и распределение В-лимфоцитов в организме.

24. Иммуноглобулины, структура и функции.

- Классы иммуноглобулинов, их характеристика.

- Антигены: определение, основные свойства, отличия от аллергенов. Гаптены. Антигены бактериальной клетки.

- Антителообразование: первичный и вторичный ответ.

- Иммунологическая память. Иммунологическая толерантность.

- Особенности противовирусного, противогрибкового, противоопухолевого, трансплантационного иммунитета.
- Понятие об аллергии, типы аллергических реакций. Иммунный ответ и его стадии.
- Эндоцитоз антигенов, процессинг экзогенных и эндогенных антигенов и их представление.
- Распознавание антигена наивными T- и B-клетками.
- Активация лимфоцитарного клона.
- Клональная экспансия и дифференцировка лимфоцитов. Цитокиновая регуляция. Парадигма T_H1/T_H2 в современной иммунологии.
- Генетическая регуляция разнообразия специфичностей эффекторов и силы иммунного ответа.
- Образование иммунных комплексов и фагоцитоз.
- Активация комплемента по классическому пути.
- Значение реакций преципитации и агглютинации для диагностики.
- Аллергены. Особенности атопического иммунного ответа на аллергены. Роль IgE, тучных клеток, базофилов и эозинофилов.
- Ранняя и поздняя фазы атопической гиперчувствительности. Атопические болезни. Специфическое аллергологическое обследование
- Аллергодиагностика *in vitro* (определение IgE радиоиммунным методом и ИФА).
- Механизмы поддержания иммунологической толерантности к собственным антигенам. Механизмы срыва толерантности.
- Аутоиммунные расстройства и их диагностика.
- Первичные иммунодефициты, принципы диагностики и лечения.
- Классификация иммунодефицитов.
- Молекулярные аномалии, лежащие в основе первичных иммунодефицитов.
- Диагностика и лечение первичных иммунодефицитов. Вторичные иммунодефициты. Роль индуцирующих факторов.
- Иммунный статус человека, методы оценки
- Механизмы противоопухолевого иммунитета. Изменения в иммунной системе опухоленосителей на разных стадиях опухолевого роста.
- Иммунодиагностика и принципы иммунотерапии.

Тестовый контроль:

1. Методами оценки гуморального иммунитета являются 1. подсчет количества В-лимфоцитов 2. подсчет количества Т-лимфоцитов 3. определение иммуноглобулина А, М, G 4. определение иммуноглобулина Е 5. определение циркулирующих иммунных комплексов

+1. если правильные ответы 1, 2 и 3

2. если правильные ответы 1 и 3

3. если правильные ответы 2 и 4

4. если правильный ответ 4.

2. Специфическую иммунологическую функцию выполняет 1. весь организм 2. лимфоциты крови и костного мозга 3. лимфоидные органы 4. лимфатическая система 5. лейкоциты и макрофаги

1. если правильные ответы 1, 2 и 3

2. если правильные ответы 1 и 3

3. если правильные ответы 2 и 4

+4. если правильный ответ 4.

3. Этапами разработки вакцин являются:

а) идентификация протективного антигена в экспериментах на животных;

б) поиск формы введения антигена, которая лучшим образом обеспечивает иммунный ответ

в) клинические испытания безопасности и иммуногенности вакцины на людях разного возраста

г) оценка безопасности и эффективности применения вакцины в восприимчивой популяции.

+д. все ответы правильные.

4. К основным принципам получения эффективных вакцин относятся следующие:

- а) безвредность вакцин для организма человека и животных
- б) вакцинные микроорганизмы при потере патогенности должны сохранять иммуногенность;
- в) биологическая стабильность вакцин;
- г) легкость процедуры массовой вакцинации.

+д. все ответы правильные.

5. К препаратам, обладающим иммуностропной активностью, относятся следующие:

- а) иммуномодуляторы,
- б) иммунокорректоры,
- в) иммуностимуляторы,
- г) иммунодепрессанты.

+д. все ответы правильные.

6. К способам воздействия на иммунную систему относятся:

- а) иммунодепрессия
- б) иммуностимуляция
- в) иммунизация
- г) системная адаптация к условиям внешней среды

+д. все ответы правильные.

7. Иммунодепрессивная терапия в медицине необходима:

- а) реципиентам аллогенных трансплантантов
- б) при аутоиммунных заболеваниях
- в) при хронических иммунных воспалениях
- г) при вторичных иммунодефицитах

+д. все ответы правильные.

8. Критерии создания вакцинных препаратов:

- а) отсутствие побочной биологической опасности
- б) отсутствие индукции патогенных иммунных процессов
- в) наличие индукции протективного иммунитета
- г) отсутствие индукции протективного иммунитета

+д. все ответы правильные.

9. К клеточным факторам неспецифической защиты организма относятся все, кроме:

- а) тучные клетки;
- б) лейкоциты;
- в) макрофаги;
- г) натуральные киллерные клетки;

+д) лимфоциты.

10. Для системы комплемента справедливы следующие положения:

- а) это группа белков сыворотки крови, которые принимают участие в реакциях неспецифической защиты;
- б) белки комплемента относятся к глобулинам или гликопротеинам;
- в) белки комплемента вырабатываются макрофагами, лейкоцитами, гепатоцитами и составляют 5–10 % всех белков крови;
- г) система комплемента представлена 20–26 белками сыворотки крови, которые циркулируют в виде отдельных фракций.

+д. все ответы правильные.

11. Имеются следующие пути активации системы комплемента, кроме:

- а) классический;
- +б) пектиновый;
- в) альтернативный;
- г) лектиновый.

12. Альтернативному пути активации комплемента не отвечает следующее свойство:

- а) система комплемента может активироваться антигенами без участия антител;

б) инициатором процесса является компонент С3b, который связывается с поверхностными молекулами микроорганизмов;

+в) запускается и протекает с участием комплекса антиген–антитело;

г) процесс завершается перфорацией мембраны и лизисом микробных клеток;

д) этот путь активации имеет место на ранних стадиях инфекционного процесса.

13. К неспецифическим факторам защиты организма не относятся:

а) система комплемента и фагоцитоза;

+б) антителогенез;

в) интерферон;

г) бактерицидные субстанции ткани, гидролитические ферменты;

д) лизоцим.

14. К иммунокомпетентным клеткам не относятся:

а) Т-лимфоциты;

б) В-лимфоциты;

в) макрофаги;

+г) НК-клетки.

15. К гуморальным механизмам противомикробной резистентности не относится:

а) лизоцим;

б) интерферон;

в) система пропердина;

+г) функция естественных киллеров.

16. Иммунный ответ не может быть следующего типа:

а) антибактериальный;

б) антитоксический;

+в) антиаллергический;

г) противовирусный;

д) противопротозойный;

е) противогрибковый.

17. Основой иммуносерологической диагностики инфекционных заболеваний является следующий принцип:

а) выявление бактериемии (вирусемии);

б) выявление антигенемии;

в) выявление циркулирующих фрагментов микробного генома;

+г) выявление специфических (иммунных) сдвигов, связанных с инфекцией;

д) выявление неспецифических реакций, связанных с инфекцией.

18. Укажите индикаторы, используемые в иммуносеродиагностике инфекционных заболеваний:

а) фрагменты геномных молекул;

+б) антигены;

в) цитокины;

г) культуральные свойства бактерий.

19. К реакциям агглютинации относятся:

+а) непрямая реакция Кумбса;

б) реакция флоккуляции;

в) иммуноферментный анализ;

г) реакция по Асколи.

20. Серодиагностикой называется:

а) метод распознавания заболеваний человека, животных и растений, основанный на способности антител сыворотки крови специфически реагировать с соответствующими антигенами;

б) метод распознавания заболеваний человека, основанный на принципе комплементарности ДНК;

+в) метод распознавания заболеваний человека, основанный на способности организма к реакциям ГЗТ;

г) метод распознавания заболеваний человека, основанный на способности антител и антигенов диффундировать в агар.

21. К реакциям агглютинации не относится:

а) реакции коагглютинации;

+б) РТГА;

в) иммуноэлектрофорез;

г) реакции Кумбса.

22. К гуморальным факторам неспецифической резистентности макроорганизма относятся следующие:

+а) белки системы комплемента

б) фибронектин

в) система цитокинов

г) антитела

Тема 53. Аллергодерматозы. Крапивница. Ангиоотек. Аллергический ринит. Аллергический конъюнктивит. Пищевая аллергия.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Наиболее распространенные пищевые аллергены и их антигенные свойства.

- Клинические проявления пищевой аллергии.

- Пищевая аллергия и пищевая непереносимость.

- Специфическая диагностика пищевой аллергии. Аллергологический анамнез.

- Роль пищевого дневника в диагностике. Элиминационные диеты.

- Провокационные пробы при пищевой аллергии. Кожные пробы.

- Лабораторные методы диагностики пищевой аллергии.

- Дифференциальная диагностика пищевой аллергии. Лечение пищевой аллергии.

- Фармакотерапия пищевой аллергии. Специфическая терапия (элиминация аллергена).

- Лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта у больного с пищевой аллергией.

- Профилактика пищевой аллергии. Вопросы трудовой экспертизы и реабилитации.

- Крапивница и отек Квинке. Классификация, этиология и патогенез.

- Острая аллергическая крапивница и отек Квинке.

- Хроническая крапивница и отек Квинке. Псевдоаллергические реакции. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.

Тестовый контроль:

1. Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии крапивницы:

+а) реагиновый

б) цитотоксический

в) иммунокомплексный

г) клеточный

2. Необходимые исследования при постановке диагноза аспириновая астма:

а) сцинтиграфия легких

б) радиоаллергосорбентный тест

+в) спирометрия, спирометрия

г) кожные пробы с аллергенами

д) определение Т- и В-лимфоцитов в крови

3. Какие антигистаминные препараты относятся к первому поколению:

+а) клемастин (Тавегил)

б) лоратадин (Кларитин, Кларотадин)

в) цетиризин (Зиртек)

г) фексофенадин (Телфаст)

4. Недостатки антигистаминных препаратов первого поколения:

а) способность проникать через гемато-энцефалический барьер

б) седативный эффект

в) снижают способность к обучению

+г) все из перечисленного

д) ничего из перечисленного

5. Дозировка лоратадина:

а) детям до 2 лет 5 мг 1 раз в сутки

б) детям старше 12 лет и взрослым 10 мг 2 раза в сутки

в) детям старше 2-х лет 10 мг 1 раз в сутки

+г) детям старше 12 лет и взрослым 10 мг 1 раз в сутки

6. Какие из перечисленных блокаторов гистаминовых H1-рецепторов метаболизируются в печени:

+а) перфенадин

б) астемизол

в) фексофенадин

г) все из перечисленных

7. Какие из перечисленных блокаторов гистаминовых H1-рецепторов являются активными метаболитами терфенадина:

а) цетиризин

б) астемизол

в) клемастин

+г) фексофенадин

8. Какие из перечисленных блокаторов гистаминовых H1-рецепторов запрещены к применению в некоторых странах в связи с возможностью развития тяжелых кардио-васкулярных осложнений:

а) фексофенадин

б) лоратадин

в) цетиризин

г) все из перечисленных

+д) никакие из перечисленных

9. С какими препаратами нельзя одновременно назначать терфенадин и астемизол:

а) препараты эритромицина

б) противогрибковые препараты (кетоназол, итраконазол, миконазол)

в) хинин

г) грейфрутовый сок

+д) все из перечисленного

10. Показания к назначению антигистаминных препаратов все, кроме:

а) поллиноз

б) круглогодичный аллергический ринит

в) крапивница

+г) атопический дерматит

11. К топическим антигистаминным препаратам относятся:

а) акривастин

б) гидрокортизон

в) фенистил

+г) гистимет

12. Преимущества антигистаминных препаратов 2-го поколения все, кроме:

а) высокое сродство к H1 рецепторам

б) отсутствие седативного эффекта

в) отсутствие тахифилаксии

+г) блокада других типов рецепторов

13. Какие препараты не включены в стандарты лечения сезонного аллергического ринита легкого течения:

а) системные антигистаминные препараты

б) препараты кромогликата натрия

+в) топические глюкокортикостероиды

г) топические антигистаминные препараты

14. Основными аллергенами у больных аллергическим ринитом является:

а) домашняя пыль

+б) клещ домашней пыли

в) пыльца комнатных растений

г) пищевые продукты

15. Основным препаратом для лечения сезонного аллергического ринита (АР) является

а) сосудосуживающие капли

+б) блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов

в) топические антигистаминные препараты

г) все из перечисленного

16. В стандартах лечения круглогодичного аллергического ринита тяжелого течения не применяются следующие препараты:

а) назонекс

б) беконазе

в) кларитин

+г) кромогексал

17. В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет:

а) сенсibilизация к аллергенам

+б) наличие Ig E - антител

в) наличие IgG- антител

г) наличие гиперчувствительности замедленного типа

д) все из перечисленного

18. О начале аллергического отека гортани могут свидетельствовать:

а) охриплость голоса

б) «лающий» кашель

в) стридорозное дыхание

г) инспираторная одышка

+д) экспираторная одышка

19. Не предрасполагающие факторы аллергических заболеваний у детей:

а) аллергические заболевания у родственников

б) низкий уровень иммуноглобулина E

в) высокий уровень иммуноглобулина E

+г) раннее искусственное вскармливание

20. Все неотложные лечебные мероприятия целесообразны при аллергическом отеке гортани, кроме:

а) внутривенное введение глюкокортикостероидов

+б) прием внутрь антигистаминных препаратов

в) парентеральное введение адреналина

г) горячие ножные ванны

д) ингаляции изадрина, новодрина

е) парентеральное введение лазикса

21. Патогномоничными для atopического дерматита являются:

а) зуд б) , расчесы

в) высыпания в типичных местах

г) появление в раннем детском возрасте

д) ничего из перечисленного

+е) все из перечисленного

97. Какие элементы сыпи не характерны для крапивницы:

а) папула

+б) пустула

в) волдырь

г) отек

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной М, 34 лет, обратился на приём по поводу округлых высыпаний, возвышающихся над поверхностью кожи, сопровождающихся выраженным зудом. Появление сыпи связывает с употреблением сухого вина и жареного мяса, около 2 недель назад по назначению участкового врача принимал супрастин без эффекта. Появились свежие элементы сыпи на других участках тела.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Определите Вашу тактику лечения.

3. Сформулируйте план обследования больного.

4. Определите возможные осложнения.

5. Определите профилактические мероприятия.

Задача 2. Больной О., 21 год, обратился к врачу 22 мая 2003 года с жалобами на слезотечение, покраснение глаз, насморк, обильное отделяемое из носа слизеобразного характера, повышение температуры тела до 37.6 градусов, утомляемость, раздражительность, бессонницу. Из анамнеза известно: ежегодно, в последние 3 года, весной появляются вышеперечисленные жалобы. Из кровных родственников – родная тетьа (по материнской линии) с детства больна экзогенной бронхиальной астмой (триггеры – береза, тополь).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие исследования помогут Вам подтвердить диагноз?

3. В период обострения, какие медикаментозные средства Вы порекомендуете пациенту?

4. Какие препараты используют для профилактики обострений?

5. Каков прогноз данного заболевания?

Задача 3. летнее время после приезда в загородную зону отдыха у мужчины 30 лет покраснели и отекли веки, появились слезотечение, насморк, осиплость голоса, першение в горле, затруднение дыхания. По возвращению домой в город указанные симптомы сохранились, хотя выраженность 320 их стала несколько меньшей. Подобные жалобы наблюдаются ежегодно в июне и июле месяцах в течение 4-5 лет.

1. Как Вы обозначите патологическое состояние, развившееся у пациента?

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Как можно выявить причину, вызвавшую это состояние?

4. Какие подходы к терапии Вы предлагаете использовать в данном случае?

5. Определите профилактические мероприятия

Задача 4. Девочка, 11 лет, жалобы на отек губ, зуд в полости рта, чувство затрудненного глотания, ощущение инородного тела в горле. Симптомы возникли остро, через 15-20 мин после полоскания горла с настоем ромашки. Симптомы ОРВИ в течение 2 дней. В анамнезе ринорея и чихание при выезде на дачу в июне месяце в течение 2 лет. К аллергологу не обращались. Наследственность: у отца сезонный аллергический ринит

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Дальнейшая тактика ведения пациентки.

4. Определите профилактические мероприятия.

5. Каков прогноз данного заболевания?

Задача 5. Мальчик, 5 лет, жалобы на высыпания на коже, сопровождающиеся сильным зудом, отек век, губ, беспокойство, повышение температуры тела до 37,3. Вышеописанные жалобы

появились остро вечером через 30 минут после ужина. Ел рыбу, картофельное пюре, чай. В младенчестве были проявления экссудативно-катарального диатеза. У матери atopическая бронхиальная астма. При осмотре уртикарные элементы сыпи на коже туловища и конечностей, отек лица.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Дальнейшая тактика ведения больного.
4. Определите профилактические мероприятия.
5. Каков прогноз данного заболевания?

Задача 6. Пациент В., 19 лет, обратился с жалобами на чихание, ринорею, зуд глаз, сухой кашель в период с середины июля по август. Хуже себя чувствует за городом в сухую и жаркую погоду, лучше после дождя и в помещении. Болен в течении 3-4 лет, самостоятельно принимал антигистаминные препараты с хорошим эффектом. При употреблении халвы и подсолнечного масла появляется першение в горле, кашель, зуд во рту.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Дальнейшая тактика ведения пациента.
4. Определите профилактические мероприятия.
5. Определите возможные осложнения.

Задача 7. Пациентка, 35 лет, обратилась с жалобами на высыпания на коже, сопровождающиеся сильным нестерпимым зудом, отек век, ощущение комка в горле, озноб. Высыпания появились накануне с вечера. В течение 6 дней принимала цефаклор (антибиотик цефалоспориновой группы) по поводу обострения хронического тонзиллита. В детстве реакция на пенициллин в виде сыпи на коже. При осмотре на коже туловища, конечностей обильные уртикарные элементы сливного характера, отек век, губ.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Дальнейшая тактика ведения данной больной.
4. Определите профилактические мероприятия.
5. Каков прогноз данного заболевания?

Задача 8. Пациентка Б., 29 лет обратилась с жалобами на заложенность носа, чихание, выделения из носа слизистого характера, зуд глаз, сухой кашель в период с конца апреля по июнь. Такие же симптомы возникают в любое время года при уборке в квартире. Больной себя считает с 2004 года. Симптомы появились после родов. При употреблении яблок, вишни, персиков возникает зуд во рту, в ушах, зуд глаз. Наследственность не отягощена. Профессиональные вредности: работает на предприятии по производству красок.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дальнейшая тактика обследования пациентки.
3. Определите тактику лечения.
4. Определите профилактические мероприятия.
5. Определите возможные осложнения.

Задача 9. В приемный покой обратился мужчина, 42 лет, с жалобами на сильный кожный зуд, сопровождающий высыпания в виде волдырей. Болен 1 день, начало заболевания связывает с употреблением в пищу креветок. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7, на коже туловища и конечностей обильная волдырная сыпь местами сливного характера. Дыхание везикулярное, хрипов нет, согтоны ритмичные, АД = 110/70, Ps – 72 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите Вашу тактику лечения.
3. Определите возможность осложнения.
4. Назовите дополнительные исследования.
5. Определите профилактические мероприятия.

Тема 54. Патофизиология аллергических реакций. Побочные лекарственные реакции.

Анафилактический шок.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Патогенез анафилактического шока.
- Клиника анафилактического шока.
- Профилактика анафилактического шока.
- Лекарственные средства для лечения анафилаксии, дозирование и способ и кратность введения.
- Клинические варианты анафилактического шока.
- Неотложная терапия анафилактического шока в зависимости от степени тяжести и клинического варианта.
- Тактика ведения пациента после острого периода анафилактического шока.
- Набор инструментов и лекарственных средств для оказания скорой и неотложной помощи при анафилаксии.
- Общие антигенные детерминанты лекарственных средств, вызывающих анафилаксию.
- Особенности течения лекарственной непереносимости в зависимости от возраста.
- Клинические проявления псевдоаллергических реакций на лекарственные препараты.
- Диагностика и дифференциальная диагностика лекарственной аллергии.
- Основные методы специфической диагностики лекарственной непереносимости.
- Роль анамнеза: оценка и клиническая интерпретации данных анамнеза при лекарственной непереносимости.
- Роль кожных диагностических тестов с лекарственными аллергенами в диагностике лекарственной аллергии и причины их малой диагностической значимости.

Тестовый контроль:

1. Анафилактические реакции - это взаимодействие:

- а. Т-лимфоцитов с антигеном
- б. Макрофагов с бактериями
- +в. IgE-антител, связанных с базофилами/тучными клетками, и аллергена
- г. IgM-антител и антигенов
- д. Все перечисленное

2. Укусы каких насекомых наиболее часто вызывают инсектный анафилактический шок?

- а. комары
- б. москиты
- +в. пчелы
- г. осы

3. Меры профилактики инсектного анафилактического шока:

- а. обучение пациента методам самопомощи (инъекции адреналина, преднизолона)
- б. применение антигистаминных ЛС
- в. смазывание кожи кремами
- +г. специфическая иммунотерапия ядом
- д. все перечисленное

4. Какое лекарственное средство является наиболее частым этиологическим фактором анафилактического шока?

- а. стрептоцид
- б. новокаин
- в. аспирин
- г. тетрациклин
- +д. пенициллин

5. Чаще всего лекарственный неспецифический шок вызывает:

- а. физиологический раствор
- б. кофеин

+в. кровезамещающие растворы

г. преднизолон

д. пенициллин

б. Чаще всего анафилактический шок развивается после употребления:

а. моркови

б. капусты

в. репы

+г. молока

д. сельдерея

7. Наиболее частым триггером развития анафилаксии является:

а. ультрафиолетовые лучи

б. холод

в. тепло

г. инфракрасные лучи

+д. физическая нагрузка

8. Для абдоминального варианта течения анафилактического шока характерно:

а. острая дыхательная недостаточность

б. острая сердечная недостаточность

в. наличие симптомов отека мозга

+г. наличие симптомов «острого живота»

д. приступ удушья

9. Для церебрального варианта течения анафилактического шока характерно:

а. острая дыхательная недостаточность

б. острая сердечная недостаточность

+в. наличие симптомов отека мозга

г. наличие симптомов «острого живота»

д. приступ удушья

10. Какое лекарственное средство необходимо ввести первым при анафилаксии?

а. преднизолон

б. антибиотик

+в. адреналин

г. строфантин

д. кофеин

11. При анафилактическом шоке наиболее целесообразно вводить адреналин:

а. внутривенно

б. внутрикожно

+в. внутримышечно

г. подкожно

д. перорально

12. Для клиники анафилактического шока характерно:

+а. низкое артериальное давление

б. пульс слабого наполнения

в. глухие тоны сердца

г. высокое артериальное давление

д. ясные тоны сердца

13. Патогенез каких заболеваний основан на анафилактических реакциях?

+а) полиноз

б) хронические неспецифические заболевания легких

в) гиперплазия тимуса

г) сахарный диабет

14. Провокационные тесты:

а. кожные

- б. подъязычные*
- в. интраназальные*
- г. ингаляционные*

+д. все перечисленные

15. Аллергенными лекарственными средствами не являются:

- а. все антибиотики*
- б. местные анестетики*
- в. сульфаниламиды*
- г. нестероидные противовоспалительные лекарственные средства*

+д. ничего из перечисленного

16. После перенесенного анафилактического шока может развиваться следующее осложнение:

- а. парапроктит*
- б. делирий*
- +в. миокардит*
- г. остеомиелит*
- д. синдром Ди-Джорджи.*

17. Какие пробы необходимы для исключения ложноотрицательных результатов внутрикожных тестов с лекарственными средствами?

- +а. проба с гистамином*
- б. проба с адреналином*
- в. проба с физиологическим раствором*
- г. все перечисленное*

18. Вариантом клинического течения анафилаксии не являются:

- а. асфиксический*
- б. гемодинамический*
- в. церебральный*
- г. абдоминальный*
- +д. инфекционный*

19. В кабинете районной поликлиники после введения лидокаина у пациента развился анафилактический шок. Какие из перечисленных иммуноглобулинов обуславливают развитие анафилаксии?

- +а. Ig E*
- б. Ig M*
- в. Ig A*
- г. Ig D*

20. У пациента после введения противостолбнячной сыворотки развился анафилактический шок. Какие клетки выделяют медиаторы при классическом варианте протекания анафилаксии?

- +а. тучные клетки*
- б. эозинофилы*
- в. Т-лимфоциты*
- г. нейтрофилы*
- д. В-лимфоциты*

21. Через несколько минут после введения лекарственного средства, артериальное давление у пациента снизилось до 70/30 мм рт. ст. Какой из химических медиаторов анафилаксии вызывает вазодилатацию и шок?

- +а. гистамин*
- б. гепарин*
- в. интерлейкины*
- г. фактор хемотаксиса эозинофилов*
- д. фактор хемотаксиса нейтрофилов*

22. *Врачом скорой помощи у пациента был диагностирован анафилактический шок, сопровождавшийся бронхоспазмом. Выделение какого биологически активного вещества тканевыми базофилами предопределяет такую клиническую симптоматику?*

- +а. гистамина*
- б. гепарина*
- в. брадикинина*
- г. простагландинов*
- д. лейкотриенов*

Раздел 11. Хирургические болезни в общей врачебной практике.

Тема 1. Обследование хирургического больного в амбулаторных условиях. Асептика, антисептика.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Виды асептики. Профилактика экзогенной и эндогенной инфекции. Особенности планировки и работы хирургических отделений.*
- Структура и организация работы операционного блока.*
- Стерилизация. Физические и химические способы стерилизации. Основные этапы стерилизации операционного инструментария и материала.*
- Стерилизация оптических инструментов. Способы контроля стерильности.*
- Обработка рук хирурга, обработка операционного поля.*
- Способы профилактики воздушно-капельной инфекции.*
- Способы профилактики контактной инфекции.*
- Определение, особенности, способы профилактики госпитальной инфекции.*
- Определение антисептики. Механическая антисептика.*
- Виды современной антисептики. Физическая антисептика: определение, виды. Способы дренирования ран, использование сорбентов, технических средств.*
- Химическая антисептика: определение, основные классификации.*
- Антисептики природного происхождения и сульфаниламидные препараты: основные представители, применение в хирургии.*
- Биологическая антисептика: определение, виды. Активная, пассивная иммунизация. Протеолитические ферменты, механизм их действия.*

Тема 2. Методы обезболивания на врачебном участке.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Регионарные методы обезболивания.*
- Осложнения в анестезиологии.*
- Спинальная анестезия. Показания. Противопоказания.*
- Эпидуральная анестезия. Показания. Противопоказания.*
- Классификация способов местной анестезии.*
- Тотальная внутривенная анестезия.*
- Наркотические и ненаркотические анальгетики.*
- Анестезия при лапароскопических операциях.*
- Эпидуральная анестезия. Техника выполнения. Осложнения.*
- Анестезия при лапароскопических операциях.*
- Этапы общей анестезии.*
- Особенности анестезии при операциях на толстой и прямой кишке.*
- Спинальная анестезия. Техника выполнения. Осложнения.*
- Анестезиологическое обеспечение при оперативном родозарешении.*
- Миореолаксанты. Классификация. Применение.*
- Выбор метода анестезии при операциях на дистальных отделах прямой кишки и промежности.*

- Спинальная анестезия. Показания. Противопоказания.
- Особенности анестезии при операциях на толстой и прямой кишке.
- Особенности анестезии при черепно-мозговой травме.
- Стадии наркоза.
- Выбор метода анестезии при операциях на дистальных отделах прямой кишки и промежности.
- Классификация ингаляционных анестетиков.

Тестовый контроль:

1. Фентанил является:

- +а) Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут;
- б) Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты);
- в) Нейролептиком;
- г) Препаратом выраженного психотропного действия;
- д) Антидепрессантом.

2. При поведении ментальной анестезии целевым пунктом введения анестетика является:

- а) мандибулярное отверстие
- б) туннель нижней челюсти
- +в) подбородочное отверстие
- г) подглазничное отверстие
- д) резцовое отверстие

3. Блокада нервов в подколенной ямке

- +а) выполняют при вмешательствах на стопе и в области голеностопного сустава;
- б) используется для транспортировки пострадавших при переломе бедренной кости, при отсутствии прямой травматизации седалищного нерва;
- в) используется при артропатиях тазобедренного сустава с выраженным болевым синдромом;
- г) является постоянным компонентом проводниковой анестезии при всех операциях на нижней конечности.

4. Блокада седалищного нерва

- а) используется для транспортировки пострадавших при переломе бедренной кости, при отсутствии прямой травматизации седалищного нерва;
- б) используется при ампутации верхней конечности на уровне средней трети предплечья;
- в) используется при артропатиях тазобедренного сустава с выраженным болевым синдромом;
- +г) является постоянным компонентом проводниковой анестезии при всех операциях на нижней конечности.

5. Изолированную блокаду запирающего нерва выполняют

- а) для вскрытия панариция нижней конечности;
- б) для обеспечения аналгезии в послеоперационном и посттравматическом периоде;
- +в) при артропатиях тазобедренного сустава с выраженным болевым синдромом;
- г) при операциях на нижней конечности ниже средней трети бедра.

6. Из каких корешков образовано поясничное сплетение?

- а) L1;
- +б) L4;
- в) L5;
- г) T12.

7. Из какого корешка не образовано плечевое сплетение?

- а) C7;
- б) C8;

в) Т1;

+г) Т2.

8. Какой нерв часто не удается заблокировать при межлестничном доступе?

+а) локтевой;

б) лучевой;

в) медиальный кожный нерв предплечья;

г) срединный.

9. Кто первым синтезировал новокаин?

+а) Alfred Einhorn;

б) August Bier;

в) Fidel Pagés Miravé;

г) Илья Мечников.

10. На какие ионные каналы действуют местные анестетики?

а) калиевые;

б) кальциевые;

+в) натриевые;

г) хлоридные.

11. Наиболее опасное осложнение ближайшего периода после осуществления эпидуральной и спинальной анестезии

а) ТЭЛА;

+б) глубокий коллапс;

в) острая кишечная непроходимость;

г) тошнота и рвота.

12. Область выключения симпатической иннервации при спинномозговой анестезии

а) на 1—2 сегмента шире, чем область обезболивания;

+б) на 3—4 сегмента шире, чем область обезболивания;

в) распространяется на все сегменты спинного мозга;

г) соответствует уровню обезболивания.

13. Осложнением эпидуральной анестезии не является

+а) гипертензия;

б) гипотензия;

в) менингит;

г) эпидурит.

14. При блокаде плечевого сплетения ропивакаином длительность эффекта составляет

а) 10-12 ч;

б) 15-20 ч;

в) 2-3 ч;

+г) 6-10 ч.

15. При блокаде срединного нерва эффект достигается

+а) на дистальной части тыльной поверхности среднего пальца;

б) на ладонной поверхности мизинца;

в) на ладонной поверхности среднего пальца;

г) на ладонной поверхности указательного пальца.

16. При введении анестетика во время анестезии по Вишневскому кожа приобретает вид

а) арбузной корки;

б) гусиной кожи;

+в) лимонной корки;

г) мраморной окраски.

17. При внутривенной регионарной анестезии не используется

+а) бупивакаин;

б) лидокаин;

в) прилокаин;

г) ропивакаин.

18. При острых нарушениях кровообращения во время проведения центральной регионарной анестезии не проводят

а) болюсное введение 5-10 мг эфедрина;

+б) болюсное введение адреналина;

в) капельное введение норадреналина;

г) придать операционному столу положения с несколько опущенным головным концом.

19. При предполагаемой перфорации твердой мозговой оболочки в ходе пункции, во время проведения эпидуральной анестезии, период наблюдения до введения основной дозы

а) можно сразу вводить основную дозу анестетика;

б) основную дозу следует вводить через 1 ч наблюдения;

+в) основную дозу следует вводить через 20 мин наблюдения;

г) следует незамедлительно удалить иглу.

20. При эпидуральной анестезии на поясничном уровне ропивакаин начинает действовать

а) сразу после введения;

+б) через 10-20 мин;

в) через 20-30 мин;

г) через 30-40 мин;

д) через 5-10 мин.

21. Признак неадекватного течения внутривенной регионарной анестезии

а) двигательная блокада;

б) парестезия;

в) побледнение кожи;

+г) покраснение кожи.

22. Пункцию при проведении спинномозговой анестезии проводят на уровне

а) 10 и 11-го грудных позвонков;

б) 3 и 4-го грудных позвонков;

+в) 3 и 4-го поясничных позвонков;

г) 3 и 4-го шейных позвонков.

Тема 3. Острый живот.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Понятие острого живота.

- Заболевания, входящие в синдром острого живота.

- Заболевания, наиболее часто симулирующие острый живот

- Общие принципы обследования абдоминальных хирургических больных.

- Понятие боли. Классификация. Характеристика висцеральных и соматических болей. Боль в зависимости от возраста. Этиология абдоминальных болей.

- Особенности обследования пациентов с острой абдоминальной патологией.

- Характеристика болевого синдрома при ургентных заболеваниях (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит)

- Построение диагностического алгоритма при острой абдоминальной патологии

- Тактика ведения пациента с острым абдоминальным синдромом

- Острый живот при травмах брюшной полости

- Клиническая картина абдоминальных болей.

- Этиология, клиника, диагностика и лечение острого аппендицита.

- Этиология, клиника, диагностика и лечение острого холецистита.

- Этиология, клиника, диагностика и лечение острого панкреатита

- Ущемление грыжи как вид странгуляционной кишечной непроходимости.

Тестовый контроль:

1. В лечении острого панкреатита не применяют:
 - а. анальгетиков
 - б. инфузионной терапии
 - в. цитостатиков
 - г. спазмолитиков
 - +д. Морфина
2. При нагноившейся псевдокисте поджелудочной железы показано:
 - а. консервативная антибиотикотерапия
 - б. консервативная дезинтоксикационная терапия
 - +в. операция
 - г. наблюдение
 - д. продолжить ранее назначенную терапию
3. Для острого аппендицита не характерен симптом:
 - а) Ровзинга
 - б) Воскресенского
 - +в) Мерфи
 - г) Образцова
 - д) Бартомье-Михельсона
4. Специфическим для острого аппендицита является симптом:
 - а) Кохера-Волковича
 - б) Ровзинга
 - в) Ситковского
 - +г) все три симптома
 - д) ни один из них
5. К перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы:
 - а) Воскресенского (симптом «рубашки»)
 - б) Щеткина-Блюмберга
 - в) Раздольского
 - +г) все названные симптомы
 - д) ни один из них
6. Острый аппендицит следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:
 - +а) гломерулонефрита
 - б) острого панкреатита
 - в) острого аднексита
 - г) острого гастроэнтерита
 - д) правосторонней почечной колики
7. Клинически острый аппендицит может быть принят за:
 - а) сальпингит
 - б) острый холецистит
 - в) дивертикулит Меккеля
 - г) нарушенную внематочную беременность
 - +д) любую из этих видов патологии
8. Первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается у:
 - а) детей
 - б) тяжелых больных
 - в) мужчин
 - г) женщин
 - +д) пожилых больных
9. Для перфоративного аппендицита характерно:
 - а) симптом Раздольского
 - б) нарастание клинической картины перитонита

- в) внезапное усиление болей в животе
- г) напряжение мышц передней брюшной стенки
- +д) все перечисленное

10. При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения применяются:

- а) срединная лапаротомия
- б) аппендэктомия
- в) промывание брюшной полости
- г) дренирование брюшной полости
- +д) все перечисленное

11. Для диагностики острого аппендицита используются методы:

- а) лапароскопия
- б) клинический анализ крови
- в) ректальное исследование
- г) термография
- +д) все перечисленное

12. При типичной картине острого аппендицита операционным доступом является:

- а) нижнесрединная лапаротомия
- +б) разрез по Волковичу-Дьяконову
- в) параректальный
- г) трансректальный
- д) поперечный разрез

13. Ущемленную бедренную грыжу чаще всего необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, исключая

- а) бедренный лимфаденит
- б) тромбоз варикозного узла в устье большой подкожной вены
- в) ущемленную паховую грыжу
- +г) аневризму подвздошной артерии
- д) паховый лимфаденит

14. Для обострения язвенной болезни наиболее типичны следующие симптомы

- а) озноб, тошнота, живот мягкий, слегка болезненный при пальпации
- +б) боль в эпигастриальной области, язык обложен белым налетом, влажный или суховат
- в) резкие "кинжальные" боли в эпигастрии, рвота
- г) боли по всему животу, рвота, притупление в отлогих местах
- д) боль в эпигастрии, иррадирующая в поясницу, рвота

15. Симптом "шум плеска" при острой кишечной непроходимости свидетельствует

- +а) о скоплении жидкости и газа в приводящих петлях кишечника
- б) о наличии жидкости в брюшной полости
- в) о наличии воздуха (газа) в брюшной полости
- г) о скоплении жидкости в отводящих петлях кишечника
- д) о скоплении газа в отводящих петлях кишечника

16. Основными клиническими признаками диффузного перитонита являются все перечисленные, исключая

- а) ослабление и отсутствие перистальтики
- б) вздутие живота, эндотоксикоз
- в) положительный симптом Щеткина - Блюмберга
- г) гипотонию, тахикардию
- +д) боль при пальпации в эпигастриальной области

17. При острой кишечной непроходимости необходимо:

- а) очистительные клизмы
- б) спазмолитики
- в) газоотводная трубка
- +г) госпитализация в хирургическое отделение

18. Наиболее характерными симптомами для ущемленной грыжи являются

- а) наличие грыжевого выпячивания, боль, тахикардия
- б) наличие грыжевого выпячивания, положительный кашлевой толчок, боль
- +в) наличие грыжевого выпячивания и его невраивимость, отсутствие кашлевого толчка, боль
- г) боль в животе, невраивимость грыжевого выпячивания, повышение температуры
- д) все перечисленные симптомы

19. Для неблагоприятного течения аппендикулярного инфильтрата характерно

- а) снижение температуры, уплотнение инфильтрата, рвота
- +б) повышение температуры, увеличение инфильтрата, рвота
- в) повышение температуры, уменьшение инфильтрата и перитонеальных явлений
- г) уменьшение инфильтрата, болей, снижение температуры
- д) усиление болей, повышение температуры, уменьшение размеров инфильтрата

20. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки как причина перитонита, требующая экстренной госпитализации и операции, встречается

- а) в 20% случаев
- б) в 40% случаев
- в) в 50% случаев
- г) в 60% случаев
- +д) в 70% случаев

21. Для исключения повреждения забрюшинной части двенадцатиперстной кишки при тупой травме живота необходимо

- а) исследовать больного *per rectum*
- +б) провести пальпацию поясничной области в поисках подкожной эмфиземы
- в) при пальпации живота определить локальную болезненность и симптомы местного перитонита
- г) произвести пальпацию передней брюшной стенки в поисках подкожной эмфиземы
- д) выявить симптомы раздражения брюшины

22. Тактика врача скорой помощи на догоспитальном этапе при гнойно-некротическом панкреатите заключается во всем перечисленном, кроме

- а) исключения приема пищи и жидкости, желудок не промывать
- б) холода на живот, спазмолитиков, инфузионной терапии
- в) введения обезболивающих, инфузионной терапии
- +г) инфузионной терапии, госпитализации
- д) введения спазмолитиков, "актива" участкового врача

23. В стадии перитонита основным симптомом, подтверждающим диагноз прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, является симптом

- а) Кохера
- +б) Щеткина - Блюмберга
- в) Ситкевского
- г) Образцова
- д) Мейо - Робсона

24. К прободению органа и развитию такого грозного осложнения как перитонит наиболее часто ведет

- а) острый аппендицит
- б) острый холецистит
- +в) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- г) болезнь Крона
- д) острый гепатит

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота – болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз – $10.2 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Показана ли экстренная операция?
- 4) Ваша лечебная тактика и обследования?

Задача 2. Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, большие в правой подвздошной области. Температура – 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты – $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Какое обследование необходимо провести для его исключения?
- 4) Какое решение должно быть принято?

Задача 3. У больного 54 лет с правосторонней паховой грыжей во время перестановки мебели возникла резкая боль в правой паховой области, продолжающаяся после прекращения усилия, что побудило больного обратиться за помощью в лечебное учреждение. При осмотре: установлено наличие в правой паховой области опухолевидного образования овальной формы размерами 6х4х3 см тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок не проводится.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
- 3) Лечебная тактика

Задача 4. Больной доставлен в отделение с жалобами на боли в эпигастрии, задержку газов и стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течении 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным ЭГДС – язва в стадии рубца. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 124 в минуту. АД – 95/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптомы Щеткина – Блюмберга, Воскресенского положительные. Кишечные шумы резко ослаблены.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие исследования следует произвести для его подтверждения?
- 3) Какое лечение Вы предложите больному?

Задача 5. У больной 46 лет после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку. Поднялась температура тела до 37,8° С, была многократная рвота. При пальпации правого подреберья определялось дно болезненного желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Кера, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При поступлении выполнено УЗИ – желчный пузырь 115х63 мм, стенка 3 мм, в просвете желчного пузыря определяются конкременты. После назначения консервативной терапии состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились, спустя сутки после поступления желчный пузырь перестал пальпироваться, оставалась небольшая болезненность в точке желчного пузыря. При динамическом УЗИ – желчный пузырь 82х59 мм, стенка 3мм, холедох 8 мм. Однако после

купирования болевого приступа у больной появилась иктеричность кожи, показатели билирубина стали нарастать.

1) Ваш диагноз?

2) Каков должен быть диагностический алгоритм и лечебная тактика?

Задача 6. Больной 50 лет поступил с клиникой острого живота. При экстренно выполненной лапароскопии в брюшной полости выявлен геморрагический экссудат и «стеариновые пятна» на висцеральной брюшине корня брыжейки поперечно – ободочной кишки.

1) Ваш диагноз?

2) Ваш план хирургического лечения?

Задача 7. Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2°. АД – 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты $17 \times 10^9/\text{л}$.

1) Ваш предположительный диагноз?

2) Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3) Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?

Задача 8. Больной 42 лет, оперированный 2 года назад по поводу разрыва селезёнки, поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Боли носят схваткообразный характер. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение мышц передней брюшной стенки. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

1) Ваш диагноз?

2) Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях больного?

3) Лечебная тактика?

Задача 9. Больная 25 лет поступила в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Больная беспокойна, стремится изменить положение тела, пониженного питания. Язык влажный. Пульс - 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотно-эластическое образование 6х8 см. Хирургом приемного отделения поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Больная экстренно оперирована. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование диаметром 5 см, с неровной фрагментированной плотно - эластической поверхностью, не связанное со стенкой кишки. Приводящий отдел резко расширен. Ободочная кишка спаиваяся.

1) Ваш диагноз?

2) Круг дифференциального диагноза?

3) Дополнительные методы исследования?

4) Тактика лечения?

Задача 10. Больной 65 лет поступил в хирургическое отделение на 2 день от момента заболевания. Жалобы на умеренные боли в нижних отделах живота схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Страдает запорами, отмечает, что подобные состояния наблюдались несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние средней степени тяжести. Р – 78 в 1 мин. Живот ассиметричен – резко вздута правая половина. При пальпации мягкий, равномерно болезненный. Правую половину живота занимает большое образование мягко – эластической консистенции. Перистальтика над ним не выслушивается, определяется «шум плеска». Перкуторно над образованием высокий тимпанит. Ректально: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке выполнить клизму, жидкость изливается обратно после введения 300,0 мл.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
- 3) Какая должна быть лечебная тактика?

Тема 4. Заболевания венозной системы.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Варикозная болезнь нижних конечностей. Методы определения проходимости глубоких вен, оценки состояния клапанного аппарата поверхностных и коммуникантных вен.
- Лечение: склерозирующая терапия консервативное, оперативное. Показания и противопоказания к операции.
- Виды операций и методы перевязки коммуникантных вен. Эндоскопическая диссекция коммуникантных вен. Ведение послеоперационного периода.
- Осложнения варикозной болезни нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение.
- Острые тромбозы системы нижней полой вены. Клиника острых венозных тромбозов в зависимости от локализации и распространенности тромбоза.
- Лечение консервативное, оперативное, показания и противопоказания. Методы операций: тромбэктомия, перевязка вены, пликация нижней полой вены, имплантация кава-фильтра.
- Осложнения острых тромбозов вен. Венозная гангрена конечности, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения. Показания к ампутации конечности.
- Тромбоэмболия легочной артерии. Причины развития, клиника и диагностика.
- Лечение. Показания к эмболэктомии. Профилактика.
- Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей. Патогенез. Классификация. Клиника различных форм заболевания. Специальные методы диагностики. Консервативное лечение. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.
- Повреждение магистральных вен конечностей в мирное и военное время. Ятрогенная травма. Лечение повреждений магистральных вен конечностей на различных этапах. Шов вен. Пластика вен.
- Ангиодисплазии, классификация. Клиническая картина и инструментальная диагностика.
- Варикозная болезнь вен нижних конечностей, осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение.
- Флебопатия, клиническая картина. Лабораторная и инструментальная диагностика.
- Тромбофлебиты, тромбозы глубоких вен, классификация, клиническая картина. Показания к имплантации КАВА-фильтра.

Тестовый контроль:

1. Через 6 месяцев после выздоровления от острого тромбофлебита нижней конечности больной вновь поступил в стационар с жалобами на персистирующий отек ноги. В качестве первоначального шага в лечении будет оптимальным:

- А - длительное лечение диуретиками;
- Б - удаление венных тромбов;
- В - создание венозного шунта из аутовены;
- Г - шунтирование вены сосудистым протезом;
- +Д - применение эластических чулок.

2. Укажите пробы, применяющиеся для определения проходимости глубоких вен нижних конечностей.

- +А - пробы Пратта I, Дельбе-Пертеса.
- Б - пробы Броди-Троянова-Тренделенбурга, Гаккенбруха, Вальсальвы, Шварца.
- В - пробы Шейниса, Тальмана, Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта-2.
- Г - пробы Шварца, Гаккенбруха, Шейниса, Пратта-2, Вальсальвы.

3. Укажите пробы, выявляющие клапанную недостаточность поверхностных вен.

- А - пробы Пратта I, Дельбе-Пертеса.

+Б - пробы Броди-Троянова-Тренделенбурга, Гаккенбруха, Вальсальвы, Шварца.

В - пробы Шейниса, Тальмана, Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта-2.

Г - пробы Шварца, Гаккенбруха, Шейниса, Пратта-2, Вальсальвы.

4. Укажите пробы, выявляющие несостоятельность перфорационных вен.

А - пробы Пратта 1, Дельбе-Пертеса.

+Б - пробы Броди-Троянова-Тренделенбурга, Гаккенбруха, Вальсальвы, Шварца.

В - пробы Шейниса, Тальмана, Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта-2.

Г - пробы Шварца, Гаккенбруха, Шейниса, Пратта-2, Вальсальвы.

5. Флебэктомия по комплексной методике включает в себя:

А - Операции Маделунга, Топровера, Нарата.

Б - Операции Троянова-Тренделенбурга, Бебкока, Нарата, Линтона, Кокетта, Топровера.

В - Операции Троянова-Тренделенбурга, Бебкока, Клаппа-Соколова, Маделунга.

Г - Операции Троянова-Тренделенбурга, Бебкока, Клаппа-Соколова, Лериша, Вознесенского.

6. Аномалия развития глубоких магистральных вен нижних конечностей, проявляющаяся гипертрофией конечностей, варикозным расширением поверхностных вен, гемангиомами, пигментными пятнами носит название

А - синдром Клиппеля-Фейля.

+Б - синдром Клиппеля-Треноне.

В - синдром Крювелье-Баумгартена.

Г - синдром Паркс Вебера-Рубашова.

7. Аномалия развития вен нижних конечностей, для которой характерно удлинение и утолщение конечности с гиперемией кожи, систолическим шумом и повышением температуры над варикозными узлами вследствие функционирующих артериовенозных шунтов носит название

А - синдром Клиппеля-Фейля.

Б - синдром Клиппеля-Треноне.

В - синдром Крювелье-Баумгартена.

+Г - синдром Паркс Вебера-Рубашова.

8. Целью бинтования нижних конечностей эластическими бинтами в послеоперационном периоде является: 1) необходимость профилактики лимфостаза; 2) профилактика тромбозов легочной артерии; 3) ускорение кровотока по глубоким венам; 4) профилактика трофических расстройств; 5) необходимость воздействия на артериальный кровоток. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1 и 2;

б) 3 и 4;

в) 4 и 5;

+г) 2 и 3;

д) все верно.

9. Факторы, способствующие улучшению венозного кровотока в нижних конечностях в послеоперационном периоде все, кроме:

а) раннего вставания;

б) бинтования голеней эластичными бинтами;

в) возвышенного положения конечностей;

+г) длительного и строгого постельного режима;

д) сокращения икроножных мышц.

10. При наличии каких из перечисленных факторов возможен процесс тромбообразования в венах? 1) повреждение стенки вены; 2) наличие врожденных артерио-венозных шунтов; 3) повышение способности крови к тромбообразованию; 4) нарушение ритма сердечных сокращений; 5) замедление тока крови в венах. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2 и 4;

б) 1, 3 и 4;

+в) 1, 3 и 5;

г) 3, 4 и 5;

д) все верно.

11. Что неправильно? При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей нередко находят:

+а) деформирующий артроз,

б) геморрой,

в) вальгусную деформацию стопы,

г) склонность к грыжеобразованию,

д) телеангиэктазии нижних конечностей.

12. У больного с выраженным варикозным расширением поверхностных вен нижних конечностей проводят следующий тест: накладывают три жгута на конечность. Больной должен ходить. Заполнение варикозных узлов между жгутами говорит о несостоятельности клапанов перфорантных вен. О каком тесте идет речь?

+а) пробе Претта;

б) пробе Тренделенбурга,

в) пробе Шейниса,

г) пробе Пертеса;

д) симптоме Ловенберга.

13. Что можно рекомендовать для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей? 1) регулярное плавание; 2) теплые термальные и плавательные бассейны; 3) переменные бассейны, использование экстрактов с тонизирующим и ангиотетическим действием; 4) ходьба в эластичных чулках. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1 и 4;

б) 3;

в) 1, 2 и 4;

г) 1, 3 и 4;

+д) все верно.

14. Варикозное расширение вен нижних конечностей проявляется:

а) отеками;

б) гиперпигментацией кожи голеней;

в) образованием язв на голеньях;

г) дерматитом;

+д) всем названным.

15. Все перечисленные факторы усиливают варикозное расширение вен нижних конечностей, кроме:

а) беременности;

б) тромбоза;

+в) потери веса;

г) асциты;

д) опухоли брюшной полости.

16. Для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей годится все, кроме:

а) склеротерапии;

+б) тугой кольцевидной перетяжки конечности;

в) оперативной перевязки вен;

г) эластического бинтования конечности;

д) отдыха с приподнятыми нижними конечностями.

17. К осложнениям варикозного расширения вен нижних конечностей относят все, кроме:

+а) гангрены;

б) тромбоза;

в) хронической венозной недостаточности;

г) экземы и дерматита;

д) трофических язв.

18. Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем, кроме:

а) врожденного нарушения клапанного аппарата;

+б) длительной ходьбы;

в) непроходимости глубоких вен;

г) беременности;

д) посттромбофлебитического синдрома.

19. Какие оперативные вмешательства выполняются при варикозной болезни? 1) операция Троянова—Тренделенбурга; 2) операция Бебкока; 3) экстравазальная коррекция несостоятельных клапанов бедренной и подколенной вен каркасной спиралью; 4) операция Нарата; 5) операция Кокетта. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2 и 3;

б) 1, 2, 4 и 5;

в) 1, 3 и 5;

г) 2, 4 и 5;

+д) все верно.

20. С помощью каких методов можно оценить состояние глубоких вен нижних конечностей при варикозной болезни? 1) ультразвуковой доплерографии; 2) восходящей дистальной функциональной флебографии; 3) радиоиндикацией с меченым фибриногеном; 4) ретроградной бедренной флебографии; 5) сфигмографии. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2 и 3;

+б) 1, 2, и 4;

в) 2, 3 и 4;

г) 3, 4 и 5;

д) все верно.

21. Варикозное расширение вен нижних конечностей, проявляется:

а) отеками

б) гиперпигментацией кожи голеней

в) образованием язв на голенях

г) дерматитом

+д) всем названным

22. Факторы, участвующие в развитии варикозной болезни нижних конечностей все у кроме:

а) затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей;

б) сброс крови из глубоких вен а поверхностные через перфоранты

в) относительная клапанная недостаточность глубоких вен

+г) системная артериальная гипертензия

д) несостоятельность остальных клапанов

Тема 5. Воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Дерматиты. Классификация. Простой контактный дерматит. Дерматиты от контакта с растениями (фитодерматиты) и от укусов насекомых. Лечение, профилактика.

- Экзема. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.

- Псориаз. Этиология, патогенез. Клинические формы и стадии развития заболевания. Сезонность. Изоморфная реакция. Диагностические феномены, их гистопатологические особенности. Принципы общей и местной терапии. Зависимость лечения от стадии болезни. Профилактика рецидивов.

- Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиническая характеристика. Изоморфная реакция. Гистопатологические особенности. Принципы лечения.

- Кожный зуд. Понятие об общем (универсальном) и локализованном кожном зуде. План обследования пациентов для выявления причины зуда. Принципы терапии.

- Хейлиты. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
- Классификация пузырьных дерматозов. Истинная пузырчатка. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии
- Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
- Пиодермии. Определение. Стафилококковые пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения
- Стрептококковые пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения.
- Трихофития поверхностная и хроническая. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
- Трихофития инфильтративно-нагноительная. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений, волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
- Рубромикоз. Этиопатогенез. Клинические формы. Клиника, диагностика, современные методы лечения, профилактика.
- Вирусные заболевания. Классификация. Бородавки. Контагиозный моллюск. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- Простой пузырьковый лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение
- Опоясывающий лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
- Поверхностный кандидоз кожи. Клинические проявления молочницы и кандидозных заед, диагностика.
- Клиника, диагностика. Принципы лечения трихомикозов.
- Пиодермии у взрослых. Клиника и течение поверхностных (фолликулит, сикоз) и глубоких (фурункул) стафилодермий.

Тестовый контроль:

1. Для стафилодермии характерно:

- а) Распространение процесса вглубь кожи
- б) Пустула связана с волосом
- в) Содержимое пустулы гнойное
- г) Пустула связана с сальной железой
- +д) Пустула связана с потовой железой

2. Укажите клинические признаки фолликулита:

- а) Инфильтрат вокруг волоса
- б) В центре инфильтрата сформирована пустула
- в) Инфильтрат болезненный при пальпации
- г) Инфильтрат ярко-красного цвета
- +д) Остается временная пигментация

3. При акантолитической пузырчатке поражаются:

- +а) кожные покровы и слизистые оболочки
- б) ногтевые пластинки
- в) костно-суставная система
- г) печень и поджелудочная железа
- д) мочевыделительная система

4. Вторичные морфологические элементы при акантолитической пузырчатке:

- а) эскориации
- +б) эрозии
- в) лихенификации
- г) рубцы

д) язвы

5. При акантолитической пузырьчатке

а) (+) симптом Кебнера

б) (+) симптом Поспелова

в) (+) проба Бальзера

г) (+) проба Ядассона

+д) (+) симптом Никольского

6. Какие патологические изменения обуславливают появление пузырька?

а) гиперкератоз

б) спонгиоз

в) акантоз

г) паракератоз

+д) акантолиз

7. Лечение акантолитической пузырьчатки

а) противомаларийные препараты

б) диаминодифенилсульфон

+в) кортикостероиды

г) противотуберкулезные препараты

д) сульфаниламиды

8. Гистологической картине пузырей при акантолитической пузырьчатке не соответствует:

а) образуются в эпидермисе

б) образуются в шиповидном слое эпидермиса

в) покрывкой служат поверхностные слои эпидермиса

+г) покрывкой служит базальный слой эпидермиса

д) дном служит базальный слой эпидермиса

9. Основной признак, отличающий пемфигоид от акантолитической пузырьчатки:

+а) отсутствие акантолиза

б) (+) проба Бальзера

в) злокачественное течение пемфигоида

г) (+) результат от приема антибиотиков

д) интрадермальное расположение пузыря

10. Укажите, какой признак не относится к эритематозной пузырьчатке:

а) имеет сходство с себореей и красной волчанкой

б) называется синдромом Сенера-Ашера

в) локализуется на лице и голове

г) образует эрозии, покрытые желтовато-кровянистыми корками

+д) сопровождается (-) симптомом Никольского

11. Буллезный пемфигоид Левера:

а) характеризуется появлением напряженных пузырей

б) встречается обычно у лиц старше 50 лет

в) на слизистой полости рта возникающие эрозии быстро эпителизуются

г) этиология не выяснена

+д) верно все выше перечисленное

12. К вирусным заболеваниям не относится:

+а) болезнь Риттера

б) болезнь «кошачьих царапин»

в) «узелки дольщиц»

г) герпетическая экзема Капоши

д) контагиозный моллюск

13. Вирус, вызывающий опоясывающий герпес, идентичен:

а) вирус простого герпеса типа 1

+б) вирус ветряной оспы

в) вирус простого герпеса типа 2

г) коксовирусу

д) цитомегаловирусу

14. Для лечения больных простым герпесом не применяют:

а) интерферон

б) ацикловир

+в) кортикостероиды

г) левамизол

15. Особенностью клинических проявлений простого герпеса у больных с недостаточностью иммунитета является наличие:

а) эрозивно-язвенной формы простого герпеса

б) генерализованного поражения кожи

в) энцефалита герпетического

г) эрозивных высыпаний с необычной локализацией

+д) любого из этих проявлений

16. К эпидермальным вирусным заболеваниям относятся следующие, кроме:

а) папиллом

+б) себорейных кератом

в) моллюска контагиозного

г) юношеских, вульгарных, подошвенных бородавок

д) верруциформной эпидермодислазии

17. Какие стадии развития процесса типичны для фурункула или карбункула?

а) развития инфильтрата

б) нагноения и некроза

в) изъязвления

г) заживления

+д) все перечисленные

18. Клиническими симптомами вульгарного сикоза не являются:

а) поражение области бороды и усов

+б) выпадение волос

в) наличие остиофолликулитов и фолликулитов

г) появление рубцов или рубц

19. Атрофия дермы – это:

а) уплощение сосочкового слоя

б) истончение сетчатого слоя

в) уменьшение количества сосудов дермы

г) сглаженность дермо-эпидермальной границы

+д) все перечисленное, кроме в

20. Гипертрофия эпидермиса – это утолщение

а) рогового слоя

г) зернистого слоя

б) базального слоя

+д) всех слоев, кроме базального

в) шиповидного слоя

21. Какой первичный морфологический элемент предшествует эрозии?

а) узелок

б) волдырь

в) бугорок

г) узел

+д) пузырек

22. При образовании волдыря возникает:

а) инфильтрация дермы

б) паракератоз

в) акантоз

+г) отек сосочкового слоя дермы

д) спонгиоз

23. К первичным бесполостным морфологическим элементам относятся все, кроме:

а) пятна

б) бугорка

в) узла

г) волдыря

+д) гнойничка

24. Вторичным элементом, появляющимся после нарушения целостности эпидермиса, является:

а) язва

б) рубец

в) чешуйка

+г) эрозия

д) лихенификация

25. Лихенификация характеризуется всем, кроме:

а) уплотнения кожи

+б) образования эрозий

в) усиления кожного рисунка

г) утолщения кожи

д) пигментации

26. Какой первичный морфологический элемент предшествует язве?

а) узелок

б) волдырь

в) пятно

г) пузырек

+д) бугорок

Тема 6. Заболевания прямой кишки и заднего прохода.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Что способствует развитию геморроя?

- Какие симптомы характерны для геморроя?

- Каковы показания к оперативному лечению геморроя?

- Какие методы консервативного лечения применяются при геморроидальном кровотечении?

- При каком осложнении геморроя допустимо рассечение геморроидального узла?

- Перечислите осложнения геморроя?

- Какие методы лечения применяются при тромбозе геморроидальных узлов?

- Перечислите степени выпадения прямой кишки.

- Какие методы оперативного вмешательства можно применять при выпадении прямой кишки?

- Какие симптомы характерны для трещины ануса?

- Методы обследования больных с трещиной ануса?

- Какие симптомы характерны для ишиоректального парапроктита?

- Каковы хирургические доступы при пельвиоректальном парапроктите?

- Каково лечение подкожного парапроктита?

- Ректовагинальные свищи. Методы лечения, хирургическая тактика. Реабилитация больных.

- Выпадение прямой кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.

- Стриктуры и стенозы прямой кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.

Тестовый контроль:

1. При экстрасфинктерном свище свищевой ход:

А. находится кнутри от сфинктера прямой кишки.

Б. проходит через сфинктер

+В. проходит под слизистой оболочкой прямой кишки

Г. проходит под мышечным слоем прямой кишки

Д. открывается на коже промежности, минуя сфинктер

2. При раке прямой кишки одним из первых клинических проявлений бывает, как правило:

а) боль в крестце;

+б) выделение крови при дефекации

в) общая слабость

г) кишечная непроходимость

д) анемия

3. К ранним симптомам рака прямой кишки не относится:

а) избыток слизи в стуле;

б) небольшое количество крови в стуле;

в) неустойчивый стул;

+г) боли в крестце;

д) тенезмы.

4. При хроническом геморрое

+а) определяется гипертрофия и варикозная трансформация геморроидальных вен;

б) уровень тиреоидных гормонов понижен;

в) уровень эстрогенных гормонов снижен;

г) определяется слабость мышц промежности ;

д) все перечисленное верно

5. Эффективным методом профилактики анальной трещины является

+а) диета и регуляция стула

б) ограничение половой жизни

в) ограничение веса переносимых тяжестей

г) подготовка антиоксидантами

д) постельный режим

6. Современным подходом к скринингу рака ободочной кишки является

+а) определение онкомаркеров+фкс+ирригоскопия

б) цитология

в) цитология+сигмоскопия

г) колоноскопия+онкомаркеры

д) ирригоскопия

7. Клиника анальной трещины

а) гнойные выделения и кровоточивость из ануса

б) контактные кровяные выделения

в) серозные выделения

г) стулобоязнь

+д) все перечисленное

8. Комбинированный геморрой –

а) реактивная гиперплазия мышечной ткани анального канала;

в) увеличение внутренних геморроидальных узлов;

3) увеличение наружных геморроидальных узлов;

+г) увеличение одновременно наружных и внутренних геморроидальных узлов.

9. Первая стадия хронического геморроя характеризуется

а) выпадением внутреннего геморроидального узла;

б) выпадением внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал;

в) выпадением наружного геморроидального узла;

+г) кровотечением, без выпадения узлов.

10. Первая степень острого тромбированного геморроя характеризуется

+а) тромбозом узлов без воспалительной реакции;

б) тромбозом узлов с их воспалением;

в) тромбозом узлов с их некрозом;

г) тромбозом узлов с отеком.

11. Предрасполагающим фактором геморроя является

а) анемия;

б) гипердинамия;

в) гиперхолестеринемия;

+г) гиподинамия.

12. При выявлении анемии на фоне геморроя рекомендуется проведение исследования

а) аланинаминотрансферазы;

б) натрия;

в) общего белка;

+г) сывороточного железа крови.

13. По форме геморрой не бывает

а) внутренний;

+б) дистальный;

в) комбинированный;

г) наружный.

14. При исследовании анального рефлекса выполняется

а) пальпация перианальной области для определения рефлекторных сокращений анального сфинктера;

б) перкуссия кожи перианальной области для определения рефлекторных сокращений анального сфинктера;

в) штриховое раздражение кожи внутренней поверхности бедра для определения рефлекторных сокращений анального сфинктера;

+г) штриховое раздражение кожи перианальной области для определения рефлекторных сокращений анального сфинктера.

15. Третья стадия хронического геморроя характеризуется

1) выпадением внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал, с/без кровотечения; +

2) кровотечением, без выпадения узлов;

3) постоянным выпадением внутренних геморроидальных узлов и невозможностью их вправления в анальный канал, с/без кровотечения;

4) тромбозом узлов с их воспалением и переходом воспаления на подкожную клетчатку, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки узлов.

16. Третья степень острого тромбированного геморроя не характеризуется

а) некрозом слизистой оболочки узлов;

б) отеком перианальной кожи;

+в) тромбозом узлов без воспалительной реакции;

г) тромбозом узлов с их воспалением и переходом воспаления на подкожную клетчатку.

17. Четвертая стадия хронического геморроя характеризуется

а) выпадением внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал, с/без кровотечения;

б) кровотечением, без выпадения узлов;

+в) постоянным выпадением внутренних геморроидальных узлов и невозможностью их вправления в анальный канал, с/без кровотечения;

г) тромбозом узлов с их воспалением и переходом воспаления на подкожную клетчатку, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки узлов.

18. Этиологические факторы возникновения геморроя

- а) беременность и роды;
- б) желудочно-кишечные расстройства;
- в) злоупотребление алкоголем;
- г) малоподвижный и сидячий образ жизни;
- +д) все перечисленное.

Тема 7. Заболевания предстательной железы.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Острый простатит - классификация, клиника, методы диагностики и лечения.
- Хронический простатит - классификация, клиника, методы диагностики и лечения.
- На какие стадии подразделяется клиническое течение гиперплазии (аденомы) предстательной железы?
- Что такое симптом остаточной мочи и как она определяется?
- Что такое парадоксальная ишурия?
- В какой стадии гиперплазии (аденомы) предстательной железы наблюдается острая задержка мочи?
- Осложнения гиперплазии (аденомы) предстательной железы.
- Принципы диагностики гиперплазии (аденомы) предстательной железы.
- Рак предстательной железы. Этиология. Патогенез. Патанатомия. Метастазирование. Стадии рака.

Тестовый контроль:

1. При пальцевом ректальном исследовании для доброкачественной гиперплазии предстательной железы характерны следующие изменения - предстательная железа
 - а. увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна
 - +б. увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы железы четкие, пальпация безболезненная
 - в. плотная, безболезненная, поверхность бугристая
 - г. плотно-эластической консистенции, в одной из ее долей, очаг размягчения
 - д. увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани
2. Из перечисленных исследований достоверный диагноз доброкачественной гиперплазии предстательной железы позволяют поставить
 - а. пальпация предстательной железы
 - б. ультразвуковое исследование предстательной железы
 - в. анализ уровня сывороточного общего ПСА
 - г. урофлоуметрия
 - +д. все перечисленное
3. Для каких заболеваний не характерны «симптомы нижних мочевыводящих путей»?
 - а) гематурии;
 - б) инфекции мочевой системы;
 - в) нейрогенных расстройствах мочеиспускания;
 - +г) раке поджелудочной железы.
4. Какие диагностические исследования выполняют больным доброкачественной гиперплазией предстательной железы?
 - а) УЗИ почки;
 - б) компьютерную томографию;
 - в) магнитно-резонансную томографию;
 - +г) экскреторную урографию.
5. Какие клинические проявления не характерны для доброкачественной гиперплазии предстательной железы?

- а) необходимость просыпаться ночью, чтобы опорожнить мочевой пузырь;
- б) ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания;
- +в) снижению мочеиспускания в дневные часы;
- г) уменьшение напряжения струи мочи.

6. Какие методы не входят в комплексное уродинамическое исследование?

- а) исследование соотношения давление/поток;
- +б) урофлоуметрия;
- в) цистометрия наполнения;
- г) электромиография тазового дна.

7. Каков процент риска выявления рака предстательной железы при уровне простатического специфического антигена 0.0-0.5?

- а) 15%;
- +б) 6.6%;
- в) 75%;
- г) 9%.

8. Каков процент риска выявления рака предстательной железы при уровне простатического специфического антигена 1.1-2.0?

- а) 15%;
- +б) 17.0%;
- в) 23.9%;
- г) 75%.

9. Каков процент риска выявления рака предстательной железы при уровне простатического специфического антигена 2.1-3.0?

- а) 15%;
- +б) 23.9%;
- в) 75%;
- г) 9%.

10. Каков средний возраст появления симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы?

- а) 25 лет;
- б) 30 лет;
- +в) 60 лет;
- г) старше 70 лет.

11. Какова выраженность симптомов нарушения мочеиспускания при 8–19 баллах по вопроснику «Международного индекса симптомов при заболеваниях простаты»?

- а) выраженная;
- б) незначительная;
- в) средняя;
- +г) умеренная.

12. Какова выраженность симптомов нарушенного мочеиспускания при 20–35 баллах по вопроснику «Международного индекса симптомов при заболеваниях простаты»?

- +а) выраженная;
- б) незначительная;
- в) средняя;
- г) умеренная.

13. Не показаны к комплексному уродинамическому исследованию?

- а) возраст пациента моложе 50 лет;
- б) максимальная объемная скорость мочеиспускания 15 мл/с и более при жалобах на наличие симптомы нижних мочевых путей;
- в) объем мочеиспускания при урофлоуметрии менее 150 мл;
- +г) объем остаточной мочи 200 мл и более.

14. Какой силе рекомендаций соответствует исследование уровня общего простатоспецифического антигена в крови больным с доброкачественной гиперплазией предстательной железы?

- a) D;
- б) A;
- в) B;
- +г) C.

15. Какой силе рекомендаций соответствует проведение трансректального ультразвукового исследования мочевыводящих путей и предстательной железы больным с доброкачественной гиперплазией предстательной железы?

- a) D;
- б) A;
- в) B;
- +г) C.

16. Какой силе рекомендаций соответствует урофлоуметрия проведенная больным с доброкачественной гиперплазией предстательной железы ?

- a) D;
- б) A;
- в) B;
- +г) C.

17. Какую информацию возможно определить с помощью пальцевого ректального исследования предстательной железы?

- a) выраженность срединной бороздки;
- +б) наличие фиброза;
- в) подвижность слизистой оболочки прямой кишки над железой и тонуса сфинктера прямой кишки;
- г) размер предстательной железы.

18. Какую информацию не размещают в «Дневнике регистрации качества и частоты мочеиспусканий»?

- a) информацию о времени каждого мочеиспускания;
- б) информацию о наличии urgentных позывов к мочеиспусканию;
- в) информацию о наличии эпизодов недержания мочи и необходимости прерывать сон для опорожнения мочевого пузыря;
- +г) информацию об объеме и характеристике потребляемой белковой пищи.

19. По каким показателям выполняется обзорная и экскреторная урография?

- a) наличие (в том числе в анамнезе) инфекции мочевыводящих путей;
- б) наличие (в том числе в анамнезе) мочекаменной болезни;
- в) оперативное вмешательство на мочевыводящих путях;
- +г) оперативное вмешательство на предстательной железе.

20. Сколько категорий выделяют в соответствии с современными представлениями о классификации симптомов расстройств мочеиспускания при доброкачественной гиперплазии предстательной железы?

- a) 10 категорий;
- +б) 3 категории;
- в) 5 категорий;
- г) 6 категорий.

21. Что позволяет объективизировать метод урофлоуметрии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы?

- +а) жалобы пациента на «вялую струю мочи»;
- б) жалобы пациента на болезненное мочеиспускание;
- в) подвижность слизистой оболочки прямой кишки над железой и тонуса сфинктера прямой

кишки;

г) размер предстательной железы.

22. Что не рекомендовано выявлять во время трансректального УЗИ предстательной железы?

а) нарушение структуры предстательной железы;

+б) подвижность слизистой оболочки прямой кишки над железой и тонуса сфинктера прямой кишки;

в) размер предстательной железы;

г) фиброз предстательной железы.

23. Что не позволяет дифференцировать комплексное уродинамическое исследование?

а) инфравезикальную обструкцию;+

б) нарушение сократительной способности мочевого пузыря;

+в) размер предстательной железы;

г) сложные нейрогенные расстройства мочеиспускания.

24. Какие симптомы относятся к постмиктурическим у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы?

а) ноктурия (ночная поллакиурия);

б) ощущение полного опорожнения мочевого пузыря;

+в) постмиктурическое подкапывание;

г) увеличение частоты мочеиспусканий.

Тема 8. Внебольничная реабилитация после операций на желудочно-кишечном тракте и билиарной системе.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Ведение пациента врачом общей практики: организация лечения после операций на желудочно-кишечном тракте.

- Реабилитация и уход за больными в послеоперационном периоде на билиарной системе.

- Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности после операций на желудочно-кишечном тракте.

- Восстановление трудоспособности после операций билиарной системы.

- Какие направления развития системы реабилитации после операций билиарной системы у лиц пожилого и старческого возраста существуют?

- Какие медицинские противопоказания к применению лечебной физкультуры в послеоперационном периоде на билиарной системе Вы знаете?

- В чем заключается реабилитация в амбулаторных условиях у лиц после операций на желудочно-кишечном тракте.

Раздел 12. Основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике.

Тема 1. Методы исследования травматологических и ортопедических больных. Десмургия и гипсовая техника. Первая помощь при переломах.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение движений в суставах конечностей. Значение этого исследования для диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.

- Определение длины и окружности конечностей. Значение этого исследования для диагностики повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы. Виды укорочения конечностей.

- Схема клинического обследования пациентов с повреждениями или заболеваниями опорно-двигательной системы. Значение жалоб, анамнеза, данных осмотра, перкуссии, пальпации. Другие методы исследования.

- Инструментальные методы обследования пациентов с повреждениями или заболеваниями опорно-двигательной системы. Их возможности и значение для уточнения диагноза.

- Методы иммобилизации, виды иммобилизирующих повязок, показания к их наложению. Возможные осложнения при наложении гипсовых повязок, их раннее определение и профилактика.
- Виды иммобилизации повреждений. Оснащение, возможности и задачи этапов медицинской эвакуации по иммобилизации.
- Транспортная иммобилизация при оказании различных видов медицинской помощи при повреждениях плечевого пояса и верхней конечности, при повреждениях нижних конечностей, при повреждениях позвоночника, таза.
- Общие правила подготовки и наложения транспортных шин.
- Клиническая и рентгенологическая диагностики переломов.
- Консервативные и оперативные методы лечения переломов: гипсовые повязки, скелетное вытяжение.
- Иммобилизация пострадавшего.
- Первая помощь при травмах опорно-двигательного аппарата.
- Первая помощь при черепно-мозговой травме, травме груди, живота.
- Первая помощь при травмах в области таза, при повреждении позвоночника, спины.
- Последствия рассмотренных травм и неправильного оказания первой помощи пострадавшим.

Тестовый контроль:

1. К средствам, снижающим болевые ощущения, относятся все перечисленные, кроме:

- а) анальгетики
- б) местные анестетики
- в) анестетики общего действия
- +г) иммобилизация
- д) все правильно

2. При блокаде места перелома раствор новокаина вводится:

- а) в мышечные футляры
- +б) в гематому зоны перелома
- в) межмышечные промежутки поврежденного сегмента
- г) в нервный ствол, иннервирующий зону перелома
- д) рядом с нервным стволом

3. Как оказать первую медицинскую помощь при переломе костей таза?

- А- обработать место перелома дезинфицирующим средством, наложить шину;
- +Б- пострадавшего уложить на ровную жесткую поверхность, под согнутые и разведенные коленные суставы подложить валик (поза лягушки);
- В- уложить на жесткую поверхность, наложить две шины с внутренней и внешней стороны бедра;
- Г- выпрямить ноги, уложить неподвижно и вызвать врача;
- Д- не трогать пострадавшего.

4. При открытом переломе со смещением костей необходимо:

- А- Поправить смещение и наложить шину
- Б- Поправить смещение и перевязать
- В- Наложить шину с возвращением костей в исходное положение
- +Г- Перевязать рану, не тревожа перелом, и наложить шину.

5. При закрытом переломе со смещением костей необходимо:

- А- Поправить смещение и наложить шину
- Б- Наложить шину
- В- Наложить шину с возвращением костей в исходное положение
- Г- Перевязать рану, не тревожа перелом, и наложить шину

6. При переломе позвоночника и костей таза возникает паралич...

- А- части тела ниже места перелома;
- +Б- Нижних конечностей.

В- Верхних конечностей.

6. Определите последовательность оказания первой медицинской помощи при открытых переломах:

А- придать пострадавшему удобное положение, аккуратно вправить кость в первоначальное положение, наложить повязку и провести иммобилизацию, доставить пострадавшего в лечебное учреждение;

Б- дать обезболивающее средство, провести иммобилизацию конечности, направить пострадавшего в лечебное учреждение;

+В-остановить кровотечение, наложить стерильную повязку, дать обезболивающее средство, провести иммобилизацию, доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

Г- остановить кровотечение

7. При открытом переломе прежде всего необходимо:

А- дать обезболивающее средство;

Б- провести иммобилизацию конечности в том положении, в котором она находится в момент повреждения;

В- на рану в области перелома наложить стерильную повязку;

+Г- остановить кровотечение.

8. При оказании первой помощи в случае перелома запрещается:

А- проводить иммобилизацию поврежденных конечностей;

+Б- вставлять на место обломки костей и вправлять на место вышедшую кость;

В- останавливать кровотечение.

9. Назовите признаки закрытого перелома

А- боль, припухлость;

Б- кровотечение, боль, зуд;

В- боль, припухлость, кровотечение;

+Г- нарушение двигательной функции поврежденного органа, боль, припухлость, деформация в месте травмы.

10. Назовите признаки открытого перелома

А- боль, припухлость;

+Б- открытая рана, видна костная ткань, боль, нарушение двигательной функции поврежденного органа

В- боль, припухлость, кровотечение

Г- нарушение двигательной функции поврежденного органа, боль, припухлость, деформация в месте травмы.

11. К мягким повязкам относится

а) гипсовая повязка

+б) косыночная повязка

в) шина Крамера

г) аппарат Илизарова

12. При ранениях волосистой части головы накладывается повязка

а) крестообразная на затылок и шею

б) працевидная

в) "уздечка"

+г) "чепец"

13. При ушибе плечевого сустава накладывают повязку

а) черепашью

+б) колосовидную

в) восьмиобразную

г) Дезо

14. Для транспортной иммобилизации используется

а) шина Кузьминского

б) шина Белера

+в) шина Крамера

г) шина ЦИТО

15. Вид повязки при растяжении связок в голеностопном суставе

а) спиральная

+б) восьмиобразная

в) колосовидная

г) черепашья

16. Лейкопластырные повязки относятся к

а) давящим

+б) клеевым

в) твердым

г) жидким

17. Крестообразную повязку применяют при повреждении

а) плечевого сустава

б) коленного сустава

+в) лучезапястного сустава

г) III пальца кисти

18. При оказании помощи пострадавшему с травмой ключицы целесообразно использовать

а) шину Крамера

+б) повязку Дезо

в) гипсовую лонгету

г) колосовидную повязку

19. Окклюзионную повязку используют при

а) артериальном кровотечении

б) переломе ребер

в) клапанном пневмотораксе

+г) открытом пневмотораксе

20. Вид повязки при венозном кровотечении

+а) давящая

б) окклюзионная

в) спиральная

г) лейкопластырная

21. Повязка, применяемая при ранении пальцев кисти

а) крестообразная

+б) "перчатка"

в) черепашья

г) змеевидная

22. При переломе нижней челюсти необходима повязка

а) возвращающаяся

+б) працевидная

в) восьмиобразная

г) крестообразная

23. Повязка, применяемая при носовом кровотечении

а) лейкопластырная

+б) працевидная

в) "уздечка"

г) циркулярная

24. При травме коленного сустава накладывают повязку

- +а) черепашью
- б) змеевидную
- в) спиральную
- г) колосовидную

25. После вскрытия карбункула на задней поверхности шеи лучше использовать повязку

- а) "чепец"
- б) крестообразную
- +в) "уздечку"
- г) возвращающуюся

26. Повязку Дезо используют при переломе

- а) костей предплечья
- б) грудины
- +в) ключицы
- г) ребер

27. При ожоге кисти кипятком накладывают повязку

- а) сходящуюся
- б) клеевую
- +в) "варежка"
- г) "перчатка"

28. Лейкопластырная черепицеобразная повязка накладывается при переломе

- а) грудины
- +б) ребер
- в) ключицы
- г) позвоночника

29. К твердым повязкам относится

- а) бинтовая
- +б) гипсовая
- в) клеевая
- г) давящая

30. При вывихе плеча применяют повязку

- +а) косыночную
- б) спиральную
- в) восьмиобразную
- г) круговую

31. При открытых переломах накладывают гипсовую повязку

- а) мостовидную
- +б) окончатую
- в) створчатую
- г) лонгетную

32. При переломе лодыжек накладывают гипсовую повязку

- а) U-образную
- б) мостовидную
- +в) сапожок
- г) циркулярную

33. После вправления вывиха плеча накладывают гипсовую повязку

- +а) Дезо
- б) колосовидную
- в) крестообразную
- г) Вельпо

34. Суспензорий - это повязка на

- +а) мошонку
- б) ягодицу
- в) плечо
- г) кисть

Тема 2. Временная остановка кровотечения. Элементы первичной хирургической обработки ран.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Определение понятия первичной хирургической обработки раны.
- Виды хирургической обработки ран.
- Способы временной остановки кровотечений.
- Виды остановки кровотечений.
- Способы временной остановки артериального кровотечения.
- Способы временной остановки венозного кровотечения.
- Время наложения жгута. Критерии правильности наложения жгута.
- Осложнения при наложении жгута. Алгоритм наложения жгута.
- Алгоритм наложения жгута - закрутки. Алгоритм наложения ремня.
- Алгоритм проведения передней тампонады носа.
- Обработка операционного поля по методу Филончикова
- Стерилизация рук хирурга перед операцией.
- Обработка операционного поля по методу Гроссиха–Филончикова.
- Дайте определение первичной хирургической обработки раны.
- Что входит в понятие вторичной хирургической обработки ран?

Тестовый контроль:

1. Как остановить обильное венозное кровотечение?

А- наложить давящую повязку;

+Б- наложить жгут;

В- обработать рану спиртом и закрыть стерильной салфеткой;

Г- продезинфицировать спиртом и обработать йодом;

Д- посыпать солью.

2. При ранении сонной артерии необходимо срочно:

А- наложить тугую повязку.

Б- наложить жгут.

+ В- зажать пальцем артерию ниже раны.

3. При ранении кровь течёт непрерывной струёй. Это кровотечение

А- Паренхиматозное

+Б- Венозное.

В- Капиллярное.

Г- Артериальное..

4. Характерные признаки артериального кровотечения:

А- Кровь тёмного цвета, вытекает ровной струёй.

+Б- Кровь алого цвета, вытекает пульсирующей струёй.

В- Кровоточит вся поверхность, вытекает в виде небольших капель.

5. Артериальное кровотечение возникает при:

+А- повреждении какой-либо артерии при глубоком ранении;

Б- поверхностном ранении;

В- неглубоком ранении в случае повреждения любого из сосудов.

6. Уменьшения кровотечения приданием возвышенного положения поврежденной конечности главным образом применяется при:

А- внутреннем кровотечении;

Б- поверхностных ранениях;

+В- любых ранениях конечности.

7. Самым надежным способом остановки кровотечения в случае повреждения крупных артериальных сосудов рук и ног является:

А- наложение давящей повязки;

Б- пальцевое прижатие;

В- максимальное сгибание конечности;

+Г- наложение жгута;

8. При открытом переломе конечности с сильным кровотечением раны необходимо в первую очередь:

А – Обработать край раны йодом;

Б – Провести иммобилизацию конечности;

В – Промыть рану перекисью водорода;

+Г – Остановить кровотечение.

9. Жгут накладывают зимой до:

а) 20 минут

+б) 1 час

в) 1,5 часа

г) 2 часа

10. Артериальное кровотечение останавливают любым способом кроме:

а) наложение жгута

б) наложение зажима

+в) давящая повязка 15

г) максимальное сгибание

11. Если кровь вытекает тёмно - вишневого цвета то это - кровотечение

а) капиллярное

+б) венозное

в) смешанное

г) артериальное

12. При носовом кровотечении необходимо:

+а) прижать крылья носа и наклонить голову вперед

б) прижать крылья носа и наклонить голову назад

в) наложить давящую повязку

г) уложить больного на спину

13. Подручное средство для остановки артериального кровотечения

+а) ремень

б) провод

в) полиэтиленовый пакет

г) капроновая нить

14. Артериальное кровотечение из раны в верхней трети предплечья можно остановить путём сгибания руки

+а) в локтевом суставе

б) в плечевом суставе

в) в плечевом и локтевом суставе

г) в лучезапястном суставе

15. Сонная артерия при кровотечении из нее прижимается к

+а) поперечному отростку VI шейного позвонка

б) височной кости

в) углу нижней челюсти

г) теменной кости

16. При правильно наложенном артериальном жгуте отмечают

а) отсутствие всех видов чувствительности ниже жгута

- б) синюшность кожных покровов
 - +в) прекращение кровотечения
 - г) повышение температуры тканей ниже жгута
17. Давящую повязку накладывают при кровотечении из
- а) подколенной артерии
 - +б) вен предплечья
 - в) сонной артерии
 - г) бедренной артерии
18. При желудочном кровотечении необходимо:
- а) глотать кусочки льда
 - б) сдавить желудок кулаком
 - в) ввести викасол
 - +г) ввести диценон

Практические навыки:

1. Собрать жалобы, анамнез заболевания и описать локальный статус ранения,
2. Сделать запись в амбулаторной истории болезни.
3. Взять посев из раны на бактериологическое исследование.
4. Оценить данные лабораторных исследований для выработки лечебной тактики.
5. Оказать первую медицинскую помощь раненому, выполнить перевязку чистых и гнойных ран
6. Использовать для остановки кровотечения подручные средства,
7. Выбрать метод остановки кровотечения,
8. Подобрать препараты для осуществления гемостаза,
9. Подобрать препараты для проведения инфузионной терапии.
10. осуществить временную остановку кровотечения:
 - а. наложением давящей повязки на кровоточащую рану;
 - б. наложением кровоостанавливающего жгута;
 - в. пальцевым прижатием кровоточащего сосуда
 - г. приподнятым положением конечности;
 - д. наложением зажима на кровоточащий сосуд;
 - е. тампонадой кровоточащей раны мягких тканей.

Тема 3. Ожоги. Отморожения. Первая помощь при ожогах и отморожениях.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Классификация ожогов.
- Способы определения площади и глубины ожогов.
- Оценка тяжести ожоговой травмы (прогноз, вероятные исходы лечения, ожоговая болезнь, оценка тяжести ожоговой болезни).
- Выявление и лечение пострадавших с ожоговым шоком.
- Термоингаляционная травма. Причины, клиника и диагностика, первая помощь и лечение поражения дыхательных путей.
- Электроожоги и электротравма. Классификация. Особенности клиники и диагностики.
- Определения площади глубины поражения при отморожении.
- Показания к стационарному амбулаторному лечению, местное лечение ожоговых ран.
- Лечение ожоговой болезни.
- Местные поражения холодом: этиология и патогенез, первая помощь, принципы лечения.
- Отморожения. Клиническое течение дореактивного и реактивного периодов.
- Диагностика и определение тяжести холодовых повреждений.
- Лечение холодовой травмы. Задачи, способы диагностики, принципы медицинской сортировки и объем оказания помощи пострадавшим с холодовой травмой.
- Общее переохлаждение. Способы согревания пораженного сегмента и всего пациента, определение жизнеспособности конечности, подвергшейся холодовой травме. Профилактика.

- Лечебная тактика в различные периоды ожоговой болезни.
- Инфузионная терапия ожогового шока: схемы инфузионной терапии, расчет инфузионной терапии. Критерии выхода из ожогового шока.
- Открытый и закрытый способы ведения ожоговых ран. Некротомия. Некрэктомия. Виды и способы аутодермопластики.
- Раневые покрытия и медицинские препараты при местном лечении ожоговых ран. Способы лечения.

Тестовый контроль:

1. Определите степень ожога по следующим признакам: образование пузырей, содержащих прозрачную жидкость, краснота вокруг них, чувство жжения

а. 2-я степень

+б. 1-я степень

в. 3-я степень

г. 4-я степень

2. Для ожогов 2 степени характерно:

а. Покраснение, отек кожи (припухлость), боль.

+б. Покраснение, отек кожи (припухлость), боль, пузыри, наполненные прозрачной желтоватой жидкостью.

в. Омертвление эпидермиса и частично собственно кожи, дно раны болезненно.

г. омертвление всей толщи кожи с частичным или полным поражением подкожно-жирового слоя. Дно раны болезненно.

3. При ожоге необходимо:

+А- убрать с поверхности тела горячий предмет, срезать ножницами одежду, на поврежденную поверхность на 5—10 минут наложить холод, здоровую кожу вокруг ожога продезинфицировать, на обожженную поверхность наложить стерильную повязку и направить пострадавшего в медицинское учреждение;

Б- убрать с поверхности тела горячий предмет, срезать ножницами одежду, поврежденную поверхность смазать йодом, а затем маслом, наложить стерильную повязку и направить пострадавшего в медицинское учреждение;

В- убрать с поверхности тела горячий предмет, не срезая ножницами одежды, залить обожженную поверхность маслом, наложить стерильную повязку и направить пострадавшего в медицинское учреждение.

4. При ожоге третьей степени немедленно вызовите «скорую помощь» и:

А – Полейте пузыри водой;

+Б – Дайте пострадавшему большое количество жидкости;

В – Обработайте кожу жиром или зеленкой;

5. У пострадавшего на пожаре поражены ткани, лежащие глубоко (подкожная клетчатка, мышцы, сухожилия, нервы, сосуды, кости), частично обуглены ступни, какая у него степень ожога

А- I

Б- II

В- IIIа

Г- IIIб

+Д- IV

6. Признаки теплового удара

+А- повышение температуры тела, появляются озноб, разбитость, головная боль, головокружение, покраснение кожи лица, резкое учащение пульса и дыхания, заметны потеря аппетита, тошнота, обильное потоотделение;

Б- понижение температуры тела, появляются озноб, разбитость, головная боль, головокружение, покраснение кожи лица, резкое учащение пульса и дыхания, заметны потеря аппетита, тошнота;

В- повышение температуры тела, головная боль, покраснение кожи лица, обильное потоотделение.

7. Причины, способствующие отморожению

А- низкая влажность воздуха, тяжёлая физическая работа, тёплая одежда, вынужденное продолжительное длительное пребывание на морозе (лыжники, альпинисты);

+Б- высокая влажность воздуха, сильный ветер, тесная сырая обувь, вынужденное продолжительное неподвижное положение, длительное пребывание на морозе (лыжники, альпинисты), алкогольное опьянение;

В- низкая температура окружающего воздуха, тяжёлая физическая работа, тёплая одежда, вынужденное продолжительное длительное пребывание на морозе (лыжники, альпинисты).

8. При неглубоком отморожении ушных раковин, носа, щек

А- их растирают снегом до покраснения. Затем протирают 70 % этиловым спиртом и смазывают вазелиновым маслом или каким-либо жиром.

Б- их растирают теплой рукой или мягкой тканью до покраснения. Затем протирают холодной водой и смазывают вазелиновым маслом или каким-либо жиром.

+В- их растирают теплой рукой или мягкой тканью до покраснения. Затем протирают 70 % этиловым спиртом и смазывают вазелиновым маслом или каким-либо жиром.

9. При тепловом ударе необходимо

+А- пострадавшего раздеть, уложить на спину с приподнятыми конечностями и опущенной головой, положить холодные компрессы на голову, шею, грудь, дать обильное холодное питьё;

Б- уложить пострадавшего в постель, дать чай, кофе, в тяжелых случаях пострадавшего следует уложить на спину с опущенными конечностями и приподнятой головой;

В- уложить пострадавшего в постель, дать холодные напитки, в тяжелых случаях пострадавшего следует уложить на спину с опущенными конечностями и приподнятой головой.

10. Во время тяжёлой физической работы в помещении с высокой температурой воздуха и влажностью возможен

А- солнечный удар;

Б- травматический шок;

В- травматический токсикоз;

+Г- тепловой удар.

11. По глубине поражения ожоги подразделяются на:

А. 1, 2, 3, 4 степени

+Б. 1, 2, 3а, 3б, 4 степени

В. 1, 2, 3, 4, 5 степени

Г. 1, 2, 3 степени

12. Для ожогов 2 степени характерно:

А. Покраснение, отек кожи (припухлость), боль.

+Б. Покраснение, отек кожи (припухлость), боль, пузыри, наполненные прозрачной желтоватой жидкостью.

В. Омертвление эпидермиса и частично собственно кожи, дно раны болезненно.

Г. омертвление всей толщи кожи с частичным или полным поражением подкожножирового слоя. Дно раны болезненно.

Д. омертвление кожи, подкожножировой клетчатки, мышц, костей, сухожилий, суставов.

13. Определите, что из данного характерно для ожогов 2 степени?

а) Покраснение, отек кожи (припухлость), боль.

+б) Покраснение, отек кожи (припухлость), боль, пузыри, наполненные прозрачной желтоватой жидкостью.

в) Омертвление эпидермиса и частично собственно кожи, дно раны болезненно.

г) омертвление всей толщи кожи с частичным или полным поражением подкожножирового слоя. Дно раны болезненно.

д) омертвление кожи, подкожножировой клетчатки, мышц, костей, сухожилий, суставов.

14. Характерно для торпидной фазы ожогового шока:

- +а) апатия
- б) возбуждение
- в) судороги
- г) повышение АД

15. Отметьте признак ожога крепкими кислотами:

- а) образование пузырей
- б) гиперемия кожи
- в) колликвационный некроз
- +г) коагуляционный некроз

16. Выберите признак термического ожога IIIБ степени:

- а) обугливание тканей
- б) некроз до сосочкового слоя
- +в) некроз всей толщи кожи
- г) обратимая сосудистая реакция

17. Доврачебная помощь при отморожении кистей и стоп:

- а) удаление пузырей
- +б) наложение термоизолирующей повязки
- в) растирание снегом
- г) футлярная новокаиновая блокада

18. Чем определяется тяжесть ожога? (несколько вариантов ответа)

- а) Глубиной поражения
- б) Площадью поражения
- в) Возрастом пораженного
- г) Наличием ожога дыхательных путей
- +д) все ответы правильные

19. Определите степень ожога, если у пострадавшего на пожаре поражены ткани, лежащие глубоко (подкожная клетчатка, мышцы, сухожилия, нервы, сосуды, кости), частично обуглены ступни:

- а) I
- б) II
- в) III а
- г) III б
- +д) IV

20. Что возможно во время тяжёлой физической работы в помещении с высокой температурой воздуха и влажностью?

- а) солнечный удар;
- б) травматический шок;
- в) травматический токсикоз;
- +г) тепловой удар.

21. Определите, какой степени тяжести ожоги относят к глубоким термическим ожогам:

- а) II
- +б) III Б
- в) III А
- г) I

22. Определите характерный признак отморожения II степени:

- а) некроз всей толщи кожи
- б) обратимая сосудистая реакция
- в) мраморность кожи
- +г) образование пузырей

Тема 4. Организация работы врача общей практики при оказании первой врачебной помощи травматологическим больным в амбулаторных условиях.

Собеседование по контрольным вопросам:

- Лабораторная диагностика травматологических больных, её значение в обеспечении лечебно-диагностической работы врача общей практики.
- Ультразвуковая диагностика травматологических больных, её место в лечебнодиагностическом процессе врача общей практики.
- Обследование травматологического больного в амбулаторнополиклинических условиях и на дому.
- Организация работы врача общей практики (семенного врача) при проведении плановых мероприятий по профилактике и лечению травматологических заболеваний.
- Какой недостаток территориально-участкового принципа в организации амбулаторнополиклинической помощи травматологическим больным считается существенным?
- На каком методе основано помощь травматологическим больным в амбулаторно-поликлинических учреждениях.
- Структурно-функциональные подразделения травматологического пункта, объем помощи, оказываемой в травмпункте;
- Критерии восстановления трудоспособности больных. Принципы профессиональной, социальной и медицинской реабилитации больных с последствиями травмы и ортопедическими заболеваниями.

Тестовый контроль:

1. Перечислите первоочередные мероприятия первой помощи.
 - а. Обеспечение безопасного оказания помощи.
 - б. Остановка наружного кровотечения.
 - в. Обеспечение и поддержание проходимости дыхательных путей.
 - г. Проведение простейших противошоковых мероприятий.+д. Все перечисленное.
2. Укажите, с чего начинают оказание первой помощи.
 - +а. Обеспечение безопасного оказания помощи.
 - б. Остановка наружного кровотечения.
 - в. Обеспечение проходимости дыхательных путей.
 - г. Проведение простейших противошоковых мероприятий.
 - д. Сердечно-легочная реанимация.
3. Совершенствование медицинской помощи населению Российской Федерации на современном этапе связано с развитием:
 - а) стационарной помощи
 - б) медицинской науки
 - в) сельского здравоохранения+г) первичной медико-санитарной помощи
4. Профилактическая работа амбулаторно-поликлинических учреждений заключается в организации:
 - а) дневных стационаров
 - +б) диспансеризации населения
 - в) терапевтической помощи в поликлинике и на дому
 - г) реабилитационной работы
5. Диспансеризация — это метод
 - а) выявления острых и инфекционных заболеваний
 - +б) активного динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов с целью раннего выявления и оздоровления больных
 - в) наблюдения за состоянием окружающей среды

- г) оказания неотложной помощи
6. Профилактические медицинские осмотры являются основой
- а) первичной медико-санитарной помощи
- +б) диспансеризации
- в) реабилитационной работы
- г) экспертизы трудоспособности
7. Поликлиники оказывают населению помощь
- а) социальную
- +б) первичную лечебно-профилактическую
- в) санитарно-противоэпидемическую
- г) стационарную
8. Типовое учреждение по оказанию травматологической помощи работникам промышленных предприятий
- а) городская поликлиника
- +б) медико-санитарная часть
- в) диспансер
- г) фельдшерско-акушерский пункт
9. Профилактическая направленность является ведущей в деятельности учреждений
- а) сельского здравоохранения
- б) амбулаторно-поликлинического звена
- +в) государственного санитарно-эпидемиологического надзора
- г) скорой и неотложной помощи
10. Задачей первичной профилактики является
- а) ранняя диагностика заболеваний
- б) предупреждение рецидивов и осложнений заболеваний
- +в) оздоровление окружающей среды
- г) гигиеническое воспитание населения
11. Укажите правильное определение – функциями поликлиники являются:
- а) лечебно-диагностическая
- б) профилактическая
- в) реабилитационная
- г) экспертная
- +д) все вышеперечисленное.
12. При проведении диспансерного наблюдения хирургом выполняется:
- а) активное выявление лиц с факторами риска возникновения распространенных заболеваний
- б) взятие на диспансерный учет лиц с факторами риска
- в) активное динамическое наблюдение, проведение лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий
- г) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения
- +д) все перечисленные элементы профессионального труда.
13. Одно травматологическое отделение поликлиники функционирует на территории:
- а) 10 тыс. населения
- б) 100 тыс. населения
- +в) 200 тыс. населения
- г) 300 тыс. населения
- д) 400 тыс. населения
14. Круглосуточная экстренная травматологическая помощь населению организуется в больницах города с населением не менее:
- а) 10 тыс.
- +б) 100 тыс.
- в) 300 тыс.
- г) 500 тыс.

д) 1 млн.

15. Нагрузка врача-ортопеда в (травмпункте) в час составляет:

- а) 3 человека
- +б) 7 человек
- в) 10 человек
- г) 6 человек

16. Нагрузка врача-травматолога в амбулаторно-поликлинических условиях на 1 час работы составляет:

- а) 10 человек
- б) 6 человек
- +в) 7 человек
- г) 5 человек

17. На какой максимальный срок одновременно может быть выдано освобождение от работы пострадавшему врачом поликлиники (травмпункта)?

- а) на 1 день
- б) на 3 дня
- +в) на 5 дней
- г) на 6 дней
- д) на 10 дней

18. Врачебно-экспертная комиссия (ВЭК) может:

- а) закрыть любую из форм освобождения от работы
- +б) продлить больничный листок или справку ф. 094/у сроком более, чем 4 месяца с момента травмы (заболевания)
- в) признать трудоспособным или по истечении 4 месяцев временной утраты трудоспособности определить больного на легкий труд сроком до 6 месяцев
- г) правильно а, в

Тематика рефератов:

- «Семейный врач в системе травматологической помощи».
- «Методы исследования травматологических и ортопедических больных».
- «Лабораторная диагностика травматологических больных в работе врача общей практики».
- «Совершенствование травматологической помощи населению Российской Федерации в амбулаторных условиях».

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной Н., 31 года, упал с балкона четвертого этажа. Состояние крайне тяжелое, адинамичен, выраженная бледность кожных покровов, пульс 120 в 1 минуту, кровяное давление 65/40 мм.рт. ст., живот умеренно напряжен, при пальпации болезнен в нижних отделах. Пальпация и сдавление таза с боков болезненные. На рентгенограмме костей таза определяется перелом лонных и седалищных костей по типу «бабочки» (с нарушением непрерывности тазового кольца).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза
3. Составьте план обследования и лечения.

Задача 2. Врач-травматолог неправильно оформил листок нетрудоспособности пациенту с травмой руки, общая длительность нетрудоспособности которого составила 30 календарных дней. Врач одновременно выписал листок нетрудоспособности на 15 дней и позже продлил еще на 15 дней. Вопросы (задание):

1. Обоснуйте возможные варианты правильного оформления листка нетрудоспособности:
 - одновременно на 7 дней и продлил в общей сложности на 23 дня;
 - одновременно на 10 дней и продлил еще в общей сложности на 20 дней;
 - одновременно на 3 дня и продлил в общей сложности на 27 дней.

Задача 3. Больной на 3-й день от начала заболевания обратился в поликлинику. Врач признал его нетрудоспособным и направил на лечение в стационар.

Вопросы (задание): 1. Из предложенных ниже вариантов укажите правильный порядок оформления листа нетрудоспособности и обоснуйте свой ответ:

- листок нетрудоспособности выписывает лечащий врач поликлиники с момента обращения к нему, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;

- врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента обращения и закрывает его в день госпитализации, врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации;

- врач поликлиники открывает листок нетрудоспособности с момента заболевания, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;

- врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента заболевания и закрывает днем, предшествующим госпитализации; врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации.

Задача 4. Мужчина Н, 21 года, упал с велосипеда на отведенную правую руку. Жалуется на боли в области надплечья. При осмотре: левой рукой поддерживает правую, правое надплечье опущено. Голова наклонена вправо. В области надплечья- деформация, кровоизлияние. Пассивные движения в плечевом суставе возможны, но болезненны, активные - резко ограничены из-за усиления боли. Правое надплечье укорочено.

1. Обоснуйте диагноз и составьте план обследования и лечения.

Задача 5. Больная 37 лет, сбита грузовиком, жалуется на боли и нарушение функции левой ноги. Бедро деформировано в верхней трети по типу «галифе», отечно, имеется обширный кровоподтек по наружной поверхности. Определяется подвижность, крепитация костных отломков в верхней трети бедра. Анатомическое укорочение левой нижней конечности на 8 см. На рентгенограммах выявлен подвертельный перелом левого бедра с типичным смещением отломков.

1. Обоснуйте механизм травмы и характер смещения отломков.

2. Выработайте тактику лечения.

Задача 6. Больной К., 15 лет, при ударе ногой по мячу почувствовал резкую боль в верхней трети голени по передней поверхности. При попытке идти, не мог активно разогнуть голень. Пальпация в области метафиза большеберцовой кости спереди очень болезненная, при этом обнаруживается подвижность костного фрагмента. Надколенник располагается высоко. Бугристость большеберцовой кости на больной ноге увеличена.

1. Обоснуйте клинический диагноз и тактику лечения.

База рефератов:

«Работа в команде «общая врачебная практика».

«Взаимоотношения врача и пациента».

«Ошибки грубые, случайные, систематические в работе врача общей практики».

«Изменение крови и костного мозга при различных патологических состояниях».

«Влияние биологических факторов на результаты лабораторных исследований».

«Предраковые заболевания шейки матки».

«Скрининг-метод шейки матки».

«Диагностика злокачественных опухолей женских половых органов».

«Раке шейки матки у молодых пациенток, метод выбора лечения».

«Рак эндометрия».

«Эпидемиологическую эффективность иммунопрофилактики коклюша».

«Обоснованности медицинских отводов у детей от прививок против коклюша».

«История вакцинопрофилактики».

«Антивакцинальная пропаганда».

«Иммунологические механизмы вакцинации».

«Биологическое действие условий труда на формирование профессиональных заболеваний и производственно обусловленных заболеваний».
«Развития профессиональных заболеваний периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата от физического перенапряжения».
«Профессиональный стресс и выгорание на рабочем месте».
«Сменная работа и нарушение здоровья».
«Работа и старение. Ранняя диагностика производственно обусловленных заболеваний и обеспечение профессионального долголетия».
«Антигипертензивные препараты и межвизитная вариабельность артериального давления».
«Монотерапия и комбинированная терапия - “За” и “против” двух подходов».
«Резистентная артериальная гипертензия».
«Модификация образа жизни больных артериальной гипертензией».
«Антигипертензивная терапия у больных старческого возраста».
«Семейный врач в системе травматологической помощи».
«Методы исследования травматологических и ортопедических больных».
«Лабораторная диагностика травматологических больных в работе врача общей практики».
«Совершенствование травматологической помощи населению Российской Федерации в амбулаторных условиях».

Перечень вопросов для подготовки к зачету:

1. Антиангинальные средства.
2. Методы выявления туберкулеза.
3. Диуретические средства.
4. Патология новорожденных.
5. Судорожные состояния.
6. Инфекционный эндокардит.
7. Травмы глаза.
8. Антибактериальные средства.
9. Геморрагические диатезы.
10. Гонорея.
11. Гломерулонефриты.
12. Патология послеродового периода.
13. Бронхиальная астма.
14. Сифилис.
15. Острые лейкозы.
16. Малярия.
17. Дифференциальная диагностика желтух.
18. Туберкулез легких.
19. Шок.
20. Ревматоидный артрит.
21. Гестозы беременных.
22. Острый живот.
23. Плевриты.
24. Антиаритмические средства.
25. Психомоторное возбуждение.
26. Легочное сердце.
27. Дизентерия.
28. Медицинское страхование. Закон РФ о медицинском страховании.
29. ИБС: стенокардия.
30. Грибковые поражения кожи.
31. Роль врача общей практики (СВ) в системе ПМП.

32. Рахит.
33. Эпилепсия.
34. Врожденные пороки сердца.
35. Гепатиты.
36. Кровохарканье и легочное кровотечение.
37. Чесотка, педикулез.
38. Пневмоторакс.
39. Хронический колит.
40. Геморрагический инсульт.
41. Гипотиреоз.
42. Лечение больных туберкулезом.
43. Кардиогенный шок легких.
44. Сердечные гликозиды.
45. Хронические лейкозы.
46. Хронический тонзиллит.
47. Циррозы печени.
48. Острый аппендицит.
49. Острая дыхательная недостаточность.
50. Хронический энтерит.
51. Опухоли верхних дыхательных путей.
52. Клиника корешкового синдрома.
53. Острая почечная недостаточность.
54. Гипохромные анемии.
55. Центральный паралич.
56. Брюшной тиф.
57. Ангины.
58. Отхаркивающие препараты.
59. Перикардиты.
60. Заболевания суставов.
61. Грипп, ОРВИ.
62. Отек Квинке, крапивница.
63. Заболевания роговицы.
64. Аортальные пороки сердца.
65. Гастриты.
66. Острые отравления.
67. Внелегочной туберкулез.
68. Пневмонии.
69. Дифтерия.
70. Холециститы.
71. Бронхиты.
72. Антиангинальные средства.
73. Методы выявления туберкулеза.
74. Диуретические средства.
75. Патология новорожденных.
76. Судорожные состояния.
77. Инфекционный эндокардит.
78. Травмы глаза.
79. Антибактериальные средства.
80. Геморрагические диатезы.
81. Гонорея.
82. Гломерулонефриты.
83. Патология послеродового периода.

84. Бронхиальная астма.
85. Сифилис.
86. Острые лейкозы.
87. Малярия.
88. Дифференциальная диагностика желтух.
89. Туберкулез легких.
90. Шок.
91. Ревматоидный артрит.
92. Гестозы беременных.
93. Острый живот.
94. Плевриты.
95. Антиаритмические средства.
96. Психомоторное возбуждение.
97. Легочное сердце.
98. Дизентерия.
99. Медицинское страхование. Закон РФ о медицинском страховании.
100. ИБС: стенокардия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Мужчина 72 лет, доставлен в кардиологическое отделение с жалобами на удушье, кашель с отделением мокроты розового цвета, выраженную общую слабость. Больным себя считает в течение 7 лет после перенесенного распространенного инфаркта миокарда. В эти годы периодически беспокоила одышка после физической нагрузки, при подъеме по лестнице выше 2-го этажа. Иногда к вечеру появлялись отеки на ногах, беспокоила тяжесть в правом подреберье. Принимал постоянно пролонгированные нитраты, периодически фуросемид. Последнее ухудшение в течение 5-7 дней, когда после работы на садовом участке усилилась одышка. Сегодня ночью проснулся от чувства нехватки воздуха, которое перешло быстро в одышку смешанного характера, затем - в удушье, появился кашель с отделением пенистой кровянистой мокроты, в связи с чем, больной был срочно госпитализирован.

При осмотре: состояние тяжелое, положение вынужденное, полусидячее, ЧДД 32 в мин., дыхание клочущее, хрипы слышны на расстоянии. При кашле выделяется пенистая розовая мокрота в большом количестве. Тоны сердца не выслушиваются из-за большого количества разнокалиберных сухих и влажных хрипов. АД 150/100 мм рт ст. Пульс 120 в мин. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги.

Общий анализ крови: эр. - $5 \times 10^{12}/л$, Нв - 138 г/л, цв.п. - 1,0 тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9/г$, пал. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 4%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белка и сахара нет, лейкоц. - 0-2 в п/зр. эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет.

Анализ крови: на мочевины - 6,0 ммоль/л, креатинин - 78 мкмоль/л, холестерин - 7 ммоль/л, ЛПНП - 4,8 ммоль/л, триглицериды - 3,5 ммоль/л.

Примеры практических навыков

1. Измерение наружной конъюгаты.
2. Измерение размеров ромба Михаэлиса.
3. Определение индекса Соловьева.
4. Рассчитайте срок беременности по предложенным данным.
5. Определение дистанций спинарум, кристарум, трохантерика.