***ПРИЛОЖЕНИЕ к РП***

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра госпитальной терапии №2 лечебного факультета**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры

от «26» августа 2021 г.,

Протокол № 2

Заведующий кафедрой

Профессор Эседов Э.М. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

ФОНД

ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

**«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

**Специальность (направление) подготовки:** 31.05.01 Лечебное дело

**Квалификация выпускника:** врач-лечебник

**МАХАЧКАЛА, 2021г.**

**ФОС составили Эседов Эсед Мутагирович, заведующий кафедрой госпитальной терапии №2 лечебного факультета, Ахмедова Ф.Д., доцент кафедры; ассистенты кафедры Меджидова Р.А., Мусаева Л.Н.**

**ФОС рассмотрен и принят на заседании кафедры госпитальной терапии №2 лечебного факультета**

**Протокол заседания кафедры от «26 авг» 2021 г. №2**

**Заведующий кафедрой, профессор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Э.М. Эседов)**

**АКТУАЛЬНО на:**

**2021 / 2022 учебный год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Э.М. Эседов) 20 /20 учебный год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ /20\_\_ учебный год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование категории (группы) компетенции | Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать следующими компетенциями |
| **1** | **2** | **3** |
| **1** | **Общекультурные**  **компетенции** | **\*ОК-1**- **способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу** |
| **Знать:** методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания и их эволюцию; |
| **Уметь:** анализировать,логически мыслить, делать выводы, излагать самостоятельную точку зрения, использовать основные методы гуманитарных, естественно-научных, медико-биологических и клинических наук при решении профессиональных задач |
| **Владеть:** навыками логического мышления; навыком анализировать и делать соответствующие выводы |
| **ОК-5**-**готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала** |
| **Знать:** формы и методы научного познания и их эволюцию; методы и приемы философского анализа проблем; |
| **Уметь:** анализировать,логически мыслить, делать выводы, учитывать свои ошибки, проводить работу по их преодолению, ставить цели в достижении профессиональных высот и достигать их, используя творческий потенциал |
| **Владеть:** методами и приемами философского анализа проблем, формами и методами научного познания |
| **ОК-8- готовность к работе в коллективе, толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий** |
| **Знать:** основные направления психологии, общие и индивидуальные особенности психики и поведения людей различного возраста, пола, национальности, интеллекта и социального положения; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения; основные этические документы международных и отечественных профессиональных медицинских организаций и ассоциаций |
| **Уметь:** учитывать в своей работе эти знания и принципы, изложенные в основных этических документах международных и отечественных профессиональных мед ассоциаций и организаций; уметь работать в коллективе; информировать пациентов, их родственников и близких в соответствии с требованиями правил «информированного согласия» |
| **Владеть:** принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; морально-этической аргументацией, правилами ведения дискуссий; навыками информирования пациентов различных возрастных групп и их родственников и близких в соответствии с требованиями правил «информированного согласия» |
| **2** | **Общепрофессиональные компетенции** | **ОПК 1- готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности** |
| **Знать:** теоретические основы информатики, информационные, библиографические ресурсы, медико-биологическую терминологию, информационно-коммуникационные технологии и основные требования информационной безопасности |
| **Уметь:** использовать информационные, библиографические ресурсы, медико-биологическую терминологию, информационно-коммуникационные технологии и основные требования информационной безопасности решения стандартных задач профессиональной деятельности; информировать пациентов, их родственников и близких в соответствии с требованиями правил «информированного согласия» |
| **Владеть:** медико-биологической терминологией, техникой использования информационных, библиографических ресурсов, информационно-коммуникационными технологиями ибазовыми технологиями преобразования информации |
| **ОПК-2 – готовность к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранных языках для решения задач профессиональной деятельности** |
| **Знать:** русский, английский языки и латынь, основные правила грамматики; медицинскую и фармакологическую терминологию |
| **Уметь:** общаться на русском и иностранных языках для решения задач профессиональной деятельности: в устной форме – сбор жалоб и анамнеза; в письменной – для ведения истории болезни и другой медицинской документации, выписать рецепт на латыни |
| **Владеть:** знанием медицинской и фармакологической терминологии, в том числе на латыни |
| **ОПК-4 – способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности** |
| **Знать:** морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, основные этические документы международных и отечественных профессиональных медицинских организаций и ассоциаций |
| **Уметь:** применять морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, основные этические документы международных и отечественных профессиональных медицинских организаций и ассоциаций в своей профессиональной работе |
| **Владеть:** навыком примененияморально-этических норм, правил и принципов профессионального врачебного поведения, знанием принципов, изложенных в основных этических документах международных и отечественных профессиональных медицинских организаций и ассоциаций |
| **ОПК-5- способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок** |
| **Знать:** методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания |
| **Уметь:** применять методы и приемы философского анализа проблем; формы и методики научного познания в своей профессиональной деятельности |
| **Владеть:** методом анализа и логического мышления, с помощью которого анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок |
| **\*ОПК-6- готовность к ведению медицинской документации** |
| **Знать:** алгоритм (схему) составления истории болезни терапевтического больного и другой медицинской документации |
| **Уметь:** заполнить историю болезни и другую медицинскую документацию, выписать больничный лист, обосновать клинический диагноз, наметить план обследования и лечения |
| **Владеть:** алгоритмом оформления и навыками ведения истории болезни, другой медицинской документации, медицинской терминологией |
| **ОПК-8- готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач** |
| **Знать:** механизмы действия основных фарм препаратов; показания и противопоказания, побочные действия лекарств и нежелательные эффекты взаимодействия лекарственных средств; клинические рекомендации и стандарты лечения пациентов с заболеваниями терапевтического профиля |
| **Уметь:** разработать план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни у конкретного больного, подобрать и назначить рациональную лекарственную терапию |
| **Владеть:** навыками применения лекарственных средств; алгоритмом оказания медицинской помощи в ургентных ситуациях |
| **ООПК-9 – способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач** |
| **Знать:** алгоритм опроса, осмотра, обследования терапевтических больных |
| **Уметь:** интерпретировать полученную информацию и результаты клинического (лабораторно-инструментального) исследования |
| **Владеть**: методами опроса, физикального осмотра и лабораторно-инструментального обследования |
| **ОПК-11- готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи** |
| **Знать:** предназначение медицинских изделий, предусмотренных для оказания медицинской помощи |
| **Уметь:** применять медицинские изделия, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи |
| **Владеть:** навыками применения медицинских изделий, предусмотренных для оказания медицинской помощи |
| **3** | **Профессиональные компетенции** | **ПК-1-способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включающих формирование ЗОЖ, предупреждение и распространение заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания** |
| **Знать:** что входит в понятие здорового образа жизни; какие факторы внешней среды способны влиять на здоровье человека и являются причинами болезней; меры профилактики заболеваний, методы ранней диагностики болезней; |
| **Уметь:** применять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья |
| **Владеть:** методами ранней диагностики заболеваний, мерами профилактики для сохранения и укрепления здоровья |
| **\*ПК-5 – готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания** |
| **Знать:** основные клинические проявления заболеваний терапевтического и иного профиля; особенности течения различных вариантов; основные принципы и особенности их диагностики; современную классификацию болезней |
| **Уметь:** собрать анамнез, провести опрос жалоб и объективное обследование больного терапевтического профиля, выявить наличие основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм, коморбидных состояний, наметить необходимые методы исследования, интерпретировать полученные результаты лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания |
| **Владеть**: навыками и методами клинического обследования; интерпретацией лабораторно-инструментальных, морфо-функциональных, патолого-анатомических и иных методов исследования, алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза |
| **\*ПК-6 – способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней Х пересмотра** |
| **Знать:** основные клинические проявления, симптомы и синдромы заболеваний терапевтического профиля; общие принципы и особенности диагностики; нормы лабораторных данных и физиологические константы |
| **Уметь:** интерпретировать данные осмотра, опроса и результаты лабораторно-инструментальных исследований, выделять ведущие клинические симптомы и синдромы для постановки нозологического диагноза на основании МКБ-Х |
| **Владеть**: методами клинического обследования пациентов терапевтического профиля, интерпретацией данных лабораторно-инструментальных методов диагностики; алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза в соответствии с МКБ-Х |
| **ПК-7 – готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека** |
| **Знать:** принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности; медико-социальной экспертизы; признаки биологической смерти |
| **Уметь:** проводить и участвовать в проведении экспертизы временной нетрудоспособности; медико-социальной экспертизы; уметь констатировать биологическую смерть |
| **Владеть:** опытом и навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности; медико-социальной экспертизы; навыком определения биологической смерти |
| **\*ПК-8 – способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами** |
| **Знать:** алгоритмы постановки диагноза и лечения и тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами |
| **Уметь:** определять необходимую тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами |
| **Владеть:** алгоритмами постановки диагноза и лечения и навыком определения тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами |
| **\*ПК-11- готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства** |
| **Знать:** тактику и приемы оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства |
| **Уметь:** оказать скорую медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства |
| **Владеть:** приемами и навыками оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства |
| **ПК-20 – готовность к анализу и публичному представлению мед информации на основе доказательной медицины** |
| **Знать:** методы и приемы научного анализа медицинской информации; принципы доказательной медицины |
| **Уметь:** анализировать медицинскую информацию и данные научной медицинской литературы, проводить статистическую обработку данных, и публично представить мед информацию на основе доказательной медицины |
| **Владеть:** медико-функциональным понятийным аппаратом; методами анализа и научного познания; приемами публичной ораторской речи, умением вести дискуссию и излагать собственную точку зрения |
| **ПК-21 – способность к участию в проведении научных исследований** |
| **Знать:** методы анализа, логического мышления и научного познания; правила «информированного согласия» пациентов на проведение исследований |
| **Уметь:** применять методы анализа, логического мышления и научного познания при проведении научных исследований |
| **Владеть:** медико-функциональным понятийным аппаратом; методами анализа и научного познания |
| **ПК-22 – готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан** |
| **Знать:** принципы врачебной деятельности, изучать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан |
| **Уметь:** применять новые методы и методики лечения и диагностики с целью сохранения и укрепления здоровья граждан |
| **Владеть:** необходимыми навыками для применения новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан |

**УРОВЕНЬ УСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Компетенции не освоены** | По результатам контрольных мероприятий получен результат менее 50% | Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины | |
| **Базовый уровень** | По результатам контрольных мероприятий получен результат 50-69% | Ответы на вопросы и решения поставленных задач недостаточно полные. Логика и последовательность в решении задач имеют нарушения. В ответах отсутствуют выводы. | |
| **Средний уровень** | По результатам контрольных мероприятий получен результат 70-84% | Даются полные ответы на поставленные вопросы. Показано умение выделять причинно-следственные связи. При решении задач допущены незначительные ошибки, исправленные с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. | |
| **Продвинутый уровень** | По результатам контрольных мероприятий получен результат выше 85% | Ответы на поставленные вопросы полные, четкие, и развернутые. Решения задач логичны, доказательны и демонстрируют аналитические и творческие способности студента. | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п**  **занятия** | **Контролируемые компетенции** | **Наименование раздела дисциплины (модуля)** | | | **Оценочные средства** |
| **1** | **2** | **3** | | | **4** |
| **ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ** | | | | | |
| **МОДУЛЬ 1.**  **ГЕМАТОЛОГИЯ.**  **ДИФ. ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ** | | | | | |
| **1.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальный диагноз при анемическом синдроме. | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты – письменно и устно |
| **2.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Диф. диагноз при депрессии кроветворения | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно |
| **3.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Диф. диагноз при гемолитическом синдроме | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно |
| **4.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальный диагноз при острых лейкозах. | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно |
| **5.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальный диагноз при хронических миелопролиферативных заболеваниях. | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно |
| **6.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальный диагноз при хронических лимфопролиферативных заболеваниях. | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно |
| **7.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальный диагноз при лимфоаденопатиях | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно |
| **8.** | ОК-1,5,8;ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальный диагноз при геморрагическом синдроме, связанном с патологией клеточного звена, плазменных факторов свертывания и сосудистой стенки. | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты – письменно и устно |
|  |  |  | | | КОЛЛОКВИУМ.  ЗАЩИТА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ  Ситуационные задачи, тесты, интерпретация данных анализов – письменно (контрольная работа) |
| **МОДУЛЬ 2. КАРДИОЛОГИЯ.**  **ДИФ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ** | | | | | |
| **1.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальная диагностика кардиомегалий. | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно |
| **2.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальная диагностика при шумах в области сердца. Инфекционный эндокардит | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты – письменно и устно |
| **3, 4.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальная диагностика при синдроме боли в грудной клетке | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты – письменно и устно |
| **5,6,7.** | ОК -1,5,8, ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11, ПК – 1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Диагностика и лечение нарушений ритма сердца. Аритмии и блокады | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты – письменно и устно |
| **8,10.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Диагностика и лечение при артериальной гипертонии | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты – письменно и устно |
| **9.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | Дифференциальный диагноз при сердечной недостаточности | | | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты – письменно и устно |
| **10.** |  |  | | | КОЛЛОКВИУМ ПО КАРДИОЛОГИИ  ЗАЩИТА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ устно  Ситуационные задачи, тесты, интерпретация данных анализов – письменно (контрольная работа) |
| **МОДУЛЬ 3.**  **АРТРОЛОГИЯ. ДИФФУЗНЫЕ БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ** | | | | | |
| **1,2,3.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при суставном синдроме | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **4,5.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при системных болезнях соединительной ткани | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **6.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальный диагноз при системных васкулитах | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
|  |  | |  | КОЛЛОКВИУМ ПО АРТРОЛОГИИ И СИСТЕМНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ  ЗАЩИТА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ устно  Ситуационные задачи, тесты, интерпретация данных анализов – письменно | |
| **МОДУЛЬ 4. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ** | | | | | |
| **1,2.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при легочных инфильтратах | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **3.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальный диагноз при синдроме легочной диссеминации | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **4.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальный диагноз при бронхообструктивном синдроме | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **5.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальный диагноз при бронхоспастическом синдроме и синдроме удушья | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **6.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальный диагноз при синдроме легочной гипертензии | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **7.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальный диагноз при синдроме лихорадки неясного генеза | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
|  |  | |  | КОЛЛОКВИУМ ПО ПУЛЬМОНОЛОГИИ (контрольная работа) – письменно (ситуационные задачи) и устно (рентген-снимки, анализы)  ЗАЩИТА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ устно  Ситуационные задачи, тесты, интерпретация данных анализов – письменно. | |
| **МОДУЛЬ 5: ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ** | | | | | |
| **1.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при синдроме дисфагии и пищеводной диспепсии | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **2,3.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при синдроме желудочной диспепсии | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **4.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при энтеропатиях. | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты – письменно и устно | |
| **5.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при колопатиях | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **6.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при гепатомегалии и при желтушном синдроме | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **7.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при асците и портальной гипертензии | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты – письменно и устно | |
| **8.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при заболеваниях билиарной системы | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **9.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при заболеваниях поджелудочной железы | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
|  |  | |  | КОЛЛОКВИУМ ПО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ И ГЕПАТОЛОГИИ – контрольная работа – письменно  ЗАЩИТА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ  Ситуационные задачи, тесты, интерпретация данных анализов | |
| **МОДУЛЬ 6: НЕФРОЛОГИЯ** | | | | | |
| **1.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при измененном мочевом осадке | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **2.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при нефротическом синдроме. | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
| **3.** | ОК-1,5,8; ОПК-1,2,4,5,6,8,9,11  ПК-1,5,6,7,8,11, 20,21,22 | | Дифференциальная диагностика при почечной недостаточности. ХБП | Собеседование по теме практического занятия – устно  Вопросы тестового контроля – письменно  Реферат и рецепты– письменно и устно | |
|  |  | |  | КОЛЛОКВИУМ по НЕФРОЛОГИИ, решение тестов, ситуационных задач, интерпретация данных анализов – письменно. | |
| **ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** | | | | | |
|  |  | | **ЭКЗАМЕН** | Собеседование по билетам - устно | |

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО**

**ДИСЦИПЛИНЕ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Наименование оценочных средств*** | ***Краткая характеристика оценочного материала*** | ***Представление оценочного средства в ФОС*** |
| ***Ситуационная задача*** | Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы. | Задания для решения ситуационной задачи |
| ***Контрольная работа*** | Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу | Комплект контрольных заданий по вариантам |
| ***Защита истории болезни*** | Средство проверки готовности к ведению медицинской документации, требующее от студента, прежде всего глубокого изучения литературы по данному заболеванию, знаний и умений обследования пациента, правильного формулирования диагноза и составления плана или метода лечения | История болезни |
| ***Реферат, конспект-реферат по теме занятия*** | Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее. | Темы рефератов |
| ***Собеседование*** | Средство контроля, организованное как специальная беседа педагогического работника с обучающимся на темы, связанные с изучением дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п. | Вопросы по темам/разделам дисциплины |
| ***Тест*** | Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося. | Фонд тестовых заданий |

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ**

**(СОБЕСЕДОВАНИЕ/КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Шкала оценивания** | | | |
| **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** | **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** | **«ХОРОШО»** | **«ОТЛИЧНО»** |
| **ЗНАТЬ** | | | |
| Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины.  Не знает и не понимает значительную или основную часть программного материала в пределах поставленных вопросов. | Студент усвоил основное содержание материала  дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала по дисциплине «Госпитальная терапия».  Имеет несистематизированные знания по модулям дисциплины.  Материал излагает фрагментарно, не последовательно. | Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале.  Показывает знания всего изученного программного материала.  Дает полный и правильный ответ на основе изученного теоретического и практического материалов; однако допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала, при определении понятий дает неполные ответы, также допускает небольшие неточности при использовании научных терминов. | Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины «Госпитальная терапия».  Знает основные понятия в разделах акушерства и гинекологии. Показывает глубокое знание и понимание всего объема программного материала. |
| УМЕТЬ | | | |
| Студент не умеет применять неполные знания к решению конкретных вопросов и ситуационных задач по образцу. | Студент испытывает затруднения при изложении материала по модулям дисциплины «Госпитальная терапия».  Студент непоследовательно и не систематизировано умеет использовать неполные знания материала.  Студент затрудняется при применении знаний, необходимых для решения задач различных ситуационных типов, при объяснении конкретных понятий в разделах «Госпитальная терапия» | Студент умеет самостоятельно выделять главные положения в изученном материале; на основании фактов и примеров обобщать, делать выводы, устанавливать внутрипредметные связи.  Студент умеет использовать полученные знания на практике в видоизмененной ситуации, соблюдать основные правила культуры устной речи, использовать научные термины. | Студент умеет составить полный и правильный ответ на основе изученного материала, выделять главные положения, самостоятельно подтверждать ответ различными ситуационными задачами, самостоятельно и аргументировано делать анализ, обобщения, выводы. Умеет устанавливать междисциплинарные (на основе ранее приобретенных знаний) и внутрипредметные связи, творчески применять полученные знания для решения акушерских задач. Последовательно, четко, связно, обосновано и безошибочно излагать учебный материал; свободно владеть материалом; давать ответ в логической последовательности с использованием принятой терминологии; делать собственные выводы; формулировать точное определение и истолкование основных понятий и правил; при ответе не повторять дословно текст учебника; излагать материал литературным языком; правильно и обстоятельно отвечать на дополнительные вопросы преподавателя. Самостоятельно и рационально использовать наглядные пособия, справочные материалы, учебник, дополнительную литературу, первоисточники. |
| ВЛАДЕТЬ | | | |
| Студент не владеет практическими навыками по программе госпитальной терапии и не знает инструментарий. | Студент владеет основными навыками исследования терапевтического больного, но допускает ошибки и неточности использованной научной терминологии и при ответах на фантоме и по больному.  Студент в основном способен самостоятельно изложить главные положения в изученном материале.  Студент способен владеть навыком использования некоторых инструментов и некоторыми навыками, техниками и методиками исследования терапевтического больного (пикфлоуметрия, сбор мочи по Зимницкому, проба Реберга). | Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает последовательно, допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала.  Студент не обладает достаточным навыком работы со справочной литературой, учебником, первоисточниками; правильно ориентируется, но работает медленно при практической работе с больными. | Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала.  Студент владеет навыком физикального обследования пациента с терапевтической патологией; методикой проведения комплекса мероприятий сердечно-легочной реанимации, владеет техникой плевральной и абдоминальной пункций, методикой определения группы крови и резус-фактора; техникой сбора мочи по Зимницкому и т.д. по списку.  Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины. |

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ**

**(ТЕСТЫ)**

|  |  |
| --- | --- |
| «ОТЛИЧНО» | 100-90% |
| «ХОРОШО» | 89-70% |
| «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» | 69-51% |
| «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» | <50% |

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ**

**(собеседование по вопросам темы практического занятия)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерии** | **Показатели** |
| «ОТЛИЧНО» | Студент имеет глубокие знания учебного материала по теме практического занятия, сформулировал полный и правильный ответ на вопросы темы занятия, с соблюдением логики изложения материала, показывает усвоение взаимосвязи основных понятий используемых в работе, смог ответить на все уточняющие и дополнительные вопросы. Студент демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия. |
| «ХОРОШО» | Студент показал знание учебного материала, усвоил основную литературу, смог ответить почти полно на все заданные дополнительные и уточняющие вопросы. Студент демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия, допуская незначительные неточности. |
| «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» | Студент в целом освоил материал практического занятия, ответил не на все уточняющие и дополнительные вопросы. Студент затрудняется с правильной оценкой предложенной задачи, даёт неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя. |
| «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» | Студент имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала практического занятия, полностью не раскрыл содержание вопросов, не смог ответить на уточняющие и дополнительные вопросы. Студент даёт неверную оценку ситуации, неправильно выбирает алгоритм действий. Неудовлетворительная оценка выставляется выпускнику, отказавшемуся отвечать на вопросы темы практического занятия. |

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ**

**(КОНСПЕКТ-РЕФЕРАТ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерии** | **Показатели** |
| 1.Новизна реферированного текста  Макс. – 20 баллов | - актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - наличие авторской позиции, самостоятельность суждений. |
| 2. Степень раскрытия сущности проблемы Макс. – 30 баллов | - соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы. |
| 3. Обоснованность выбора источников Макс. – 20 баллов | - круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.). |
| 4.Соблюдение требований к оформлению  Макс. – 15 баллов | - правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев. |
| 5. Грамотность  Макс. – 15 баллов | - отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль. |

**Оценивание реферата:** Реферат оценивается по 100 балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

• 86 – 100 баллов – «отлично»;

• 70 – 75 баллов – «хорошо»;

• 51 – 69 баллов – «удовлетворительно;

• мене 51 балла – «неудовлетворительно».

Баллы учитываются в процессе текущей оценки знаний программного материала.

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ**

**(ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерии** | **Показатели** |
| «ОТЛИЧНО» | Работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Студент умеет осознанно и оперативно трансформировать полученные знания при характеристике теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов дисциплины «Госпитальная терапия». |
| «ХОРОШО» | В учебной истории болезни студент допускает некоторые неточности в формулировке развернутого клинического диагноза, обследования и лечении. |
| «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» | Учебная история болезни оформлена с ошибками, написана неразборчивым почерком, допущены неточности в формулировке развернутого клинического диагноза, лечения, не освещен полностью патогенез заболевания. |
| «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» | История болезни написана неразборчивым почерком, с грубыми ошибками (не выставлен и не обоснован развернутый клинический диагноз, или выставленный диагноз не верен, не вытекает из данных истории болезни; неправильно назначено лечение, не освещен патогенез заболевания). |

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ**

**(СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерии** | **Показатели** |
| «ОТЛИЧНО» | Ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с правильным и свободным владением медицинской терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, чёткие. |
| «ХОРОШО» | Ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода её решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), с единичными ошибками в использовании медицинских терминов; ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно чёткие. |
| «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» | Ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода её решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в использовании медицинских терминов; ответы на дополнительные вопросы недостаточно чёткие, с ошибками в деталях. |
| «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» | Ответ на вопрос задачи дан неправильный. Объяснение хода её решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом); ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют). |

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «Госпитальная терапия»**

**(ЭКЗАМЕН в 12 семестре)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Шкала оценивания** | | | |
| **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** | **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** | **«ХОРОШО»** | **«ОТЛИЧНО»** |
| **ЗНАТЬ** | | | |
| Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины.  Не знает и не понимает значительную или основную часть программного материала в пределах поставленных вопросов. | Студент усвоил основное содержание материала  дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала по дисциплине «Госпитальная терапия».  Имеет несистематизированные знания по модулям дисциплины.  Материал излагает фрагментарно, не последовательно. | Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале.  Показывает знания всего изученного программного материала.  Дает полный и правильный ответ на основе изученного теоретического и практического материалов; незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала, определения понятий дал неполные, небольшие неточности при использовании научных терминов. | Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины «Госпитальная терапия».  Знает основные понятия в разделах данного предмета. Показывает глубокое знание и понимание всего объема программного материала. |
| УМЕТЬ | | | |
| Студент не умеет применять имеющиеся у него неполные знания к решению конкретных вопросов и ситуационных задач по образцу. | Студент испытывает затруднения при изложении материала по модулям дисциплины «Госпитальная терапия».  Студент непоследовательно и не систематизировано умеет использовать неполные знания материала.  Студент затрудняется при применении знаний, необходимых для решения задач различных ситуационных типов, при объяснении конкретных понятий в разделах «Госпитальная терапия» | Студент умеет самостоятельно выделять главные положения в изученном материале; на основании фактов и примеров обобщать, делать выводы, устанавливать внутрипредметные связи.  Студент умеет использовать полученные знания на практике в видоизмененной ситуации, соблюдать основные правила культуры устной речи, использовать научные термины. | Студент умеет составить полный и правильный ответ на основе изученного материала, выделять главные положения, самостоятельно подтверждать ответ различными ситуационными задачами, самостоятельно и аргументировано делать анализ, обобщения, выводы. Устанавливать междисциплинарные (на основе ранее приобретенных знаний) и внутрипредметные связи, творчески применять полученные знания для решения акушерских задач. Последовательно, четко, связано, обосновано и безошибочно умеет излагать учебный материал; давать ответ в логической последовательности с использованием принятой терминологии; делать собственные выводы; формулировать точное определение и истолкование основных понятий и правил; при ответе не повторять дословно текст учебника; излагать материал литературным языком; правильно и обстоятельно отвечать на дополнительные вопросы преподавателя. Самостоятельно и рационально использовать наглядные пособия, справочные материалы, учебник, дополнительную литературу, первоисточники, фантомы. |
| ВЛАДЕТЬ | | | |
| Студент не владеет практическими навыками по госпитальной терапии, не владеет терминологией и алгоритмом заполнения схемы истории болезни, и не владеет методами диагностики и лечения, простейшими манипуляциями. | Студент владеет основными навыками, но допускает ошибки и неточности использованной научной терминологии и при ответах на вопросы по рентгеновским снимкам, ЭКГ и результатам анализов.  Студент в основном способен выделить самостоятельно главные положения в изученном материале.  Студент способен владеть навыком проведения некоторых несложных медицинских манипуляций. | Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает последовательно, но допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала.  Студент не обладает достаточным навыком работы со справочной литературой, учебником, первоисточниками; правильно ориентируется, но работает с больными медленно. | Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала.  Студент владеет практическими навыками, необходимыми для обследования и лечения терапевтического больного; владеет техникой различных методов диагностики (определение группы крови, резус-фактора, времени свертывания, удельного веса мочи, кетоновых тел в моче и т.д.), владеет приемами сердечно-легочной реанимации.  Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины. |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ: ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

**Тема №1.** ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА.

Синдром легочной инфильтрации. Дифференциальный диагноз при очагово-инфильтративных поражениях легких (пневмония, рак легкого и доброкачественные опухоли и кисты легких, туберкулез, эозинофильный инфильтрат, абсцесс и гангрена легкого, бронхоэктазы, саркоидоз легких).

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6,8, ПК-5,6,8,11.*

1. Определение понятия «легочный инфильтрат». Функциональные изменения при пневмониях.
2. Перечислите заболевания, проявлением которых может быть синдром легочной инфильтрации, очагово-инфильтративного поражения легочной ткани
3. Что из себя представляет пневмония? Дайте определение болезни согласно рекомендациям Российского и Европейского респираторного общества, Федеральной программе и Европейским (совместно с США) рекомендациям (2011 г.) по пневмониям.
4. Распространенность, летальность
5. Этиология, патогенез
6. Классификация по обстоятельствам возникновения
7. Клиника и симптоматология. Клиническая картина в различные периоды болезни (бактериальной агрессии, клинической стабилизации, морфологического восстановления и функционального восстановления).
8. Методы диагностики, диф диагностика. Лучевая диагностика синдромосходных заболеваний.
9. Критерии диагноза и тяжести процесса. Достоверный, вероятный и сомнительный диагноз
10. Показания к госпитализации
11. Стратификация пациентов
12. Индикаторы качества диагностики и оказания помощи при внебольничной пневмонии
13. Лечение: эмпирическое, этиотропное, ступенчатое, симптоматическое.
14. Выбор антибиотика при лечении пневмонии. Критерии достаточности АБТ
15. Антибиотико резистентность и особенности лечения некоторых видов пневмоний (госпитальной, аспирационной, при иммунодефицитных состояниях). Понятие об атипичной пневмонии. Отличия интерстициальной пневмонии от бактериальной.
16. Осложнения, их диагностика и лечение
17. Патоморфоз болезни на современном этапе. Актуальные проблемы: растущая резистентность к антибиотикам, смертность, поздняя диагностика, позднее начало лечения и нарастание частоты остаточных явлений и затяжного течения
18. Прогноз и профилактика пневмоний

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**Тема №2.** **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6,8, ПК-5,6,8,11.*

1. Показания к госпитализации, прогноз летальности и принципы медикаментозной терапии пневмонии.

2. Принципы антибактериального лечения: эмпирическая терапия при неустановленной этиологии и терапия при известной этиологии. Выбор стартового антибиотика для лечения внебольничной пневмонии. Ступенчатая схема антибактериальной терапии.

3. Выбор стартового антибиотика для лечения внутрибольничной пневмонии.

4. Особенности при лечении аспирационной, вентилятор-ассоциированной, у лиц с иммунодефицитными состояниями на фоне нейтропении, у беременных, при атипичных возбудителях, госпитальной пневмонии.

5. Механизм действия основных групп препаратов: антибиотики, отхаркивающие и бронхолитические средства, дезинтоксикационная терапия и антиоксиданты. Респираторная поддержка (увлажненный О2).

6. Критерии эффективности и достаточности проводимого антибактериального лечения. Ориентировочные сроки проведения антибактериальной терапии при пневмонии известной этиологии. Алгоритм действий при медленно разрешающейся (затяжной) пневмонии.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**Тема №3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ.**

Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз интерстициальных болезней легких (интерстициальная пневмония, экзогенный альвеолит, идиопатический легочный фиброз, саркоидоз, гистиоцитозы, легочный альвеолярный протеиноз и микролитиаз, лекарственные пневмопатии‚ поражение легких при диффузных заболеваниях соединительной ткани). Дифференциальный диагноз с инфекционными диссеминациями: милиарным диссеминированным туберкулезом, легочными микозами и метастатическим поражением легких. ОДН, респираторный дистресс-синдром (синдром острого повреждения легких), клиника, диагностика, неотложная терапия.

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6,8, ПК-5,6,8,11.*

1. Дайте определение синдрома легочной диссеминации. Виды диссеминации

2. Определение и классификация интерстициальных заболеваний лёгких.

3. Альвеолиты

4. Варианты интерстициальной пневмонии

5. Идиопатический легочный фиброз (ИЛФ). Определение, факторы риска, эпидемиология.

6. Современные данные о патогенезе ИЛФ

7. Особенности клинической картины ИЛФ.

8. Лабораторные и инструментальные критерии диагностики ИЛФ.

9. Современные подходы к терапии ИЛФ.

10. Гранулематозные болезни легких: саркоидоз, гистиоцитозы и др. Саркоидоз - определение, гипотетические этиологические факторы развития, эпидемиология.

11. Современный взгляд на патогенез саркоидоза.

12. Клиническая и рентгенологическая классификация саркоидоза.

13. Особенности клинической картины острых форм саркоидоза - синдром Лефгрена, синдром Хеерфордта.

14. Лабораторные и инструментальные критерии диагностики саркоидоза.

15. Принципы лечения саркоидоза и основные препараты, используемые в терапии. Эфферентные методы лечения саркоидоза.

16. Варианты инфекционных диссеминаций: очаговый и милиарный туберкулез, легочные микозы, поражения легких при сеспсисе, острое повреждение легких (респираторный дистресс-синдром). Отек легких. Метастатическое поражение легких. Дифференциальный диагноз.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**Тема №4.** **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ. ДИАГНОЗ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХОБЛ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6,8, ПК-5,6,8,11.*

1. Дайте определение понятия «бронхообструктивный синдром». Диагностические критерии. Виды бронхиальной обструкции. Заболевания, в клинике которых ведущим является синдром бронхиальной обструкции.
2. Определение ХОБЛ. Актуальность, экономическое бремя и социальная значимость ХОБЛ;
3. Эпидемиология, распространенность, факторы риска;
4. Диагностические критерии;
5. Параметры внешнего дыхания и определение степени нарушения бронхиальной проходимости;
6. Клинические проявления при стабильном течении;
7. Фенотипы ХОБЛ, их характеристика;
8. Диф. диагностика с другими бронхообструктивными состояниями;
9. Обострения ХОБЛ, типы, степень тяжести, диагностика;
10. Тактика поэтапной терапии бронхомиметиками, глюкокортико-стероидами, антибиотиками, отхаркивающими средствами;
11. Классификация бронхолитических средств:

а) симпатомиметики (короткодействующие, средней продолжительности и длительного действия)

б) метилксантиновые препараты (ингибиторы фосфодиэстеразы) короткого и длительного действия

в) антихолинэргические препараты

г) комбинированные препараты

1. Место кортикостероидов у больных ХОБЛ стабильного течения и в период обострений;
2. Новые препараты в лечении ХОБЛ (рофлумиласт)
3. Этиология обострений ХОБЛ и антибактериальная терапия;

15. Длительная кислородная терапия. Концентраторы кислорода в борьбе с дыхательной недостаточностью;

16. Симптоматическое лечение осложнений: легочной гипертензии, легочно-сердечной недостаточности, коморбидных состояний и сопутствующих заболеваний;

17. Прогностическое значение ОДН, ОРДС, гипоксии, гиперкапнии; Показания к ИВЛ;

18. Феномен «исчезающего легкого» и хирургические методы лечения ХОБЛ;

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**Тема №5.** **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ УДУШЬЯ. ДИАГНОЗ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БА.**

Диагноз, дифференциальный диагноз и лечение при бронхиальной астме (БА). Классификация по степени тяжести. Фенотипы. Лечение. Неотложная терапия при жизнеугрожающем обострении (астматическом статусе).

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6,8, ПК-5,6,8,11.*

1. Дайте определение синдрома удушья. Какие заболевания и состояния также сопровождаются этими проявлениями (бронхоспазмом)? Отличия сердечной (кардиальной) астмы от бронхиальной астмы.
2. Определение БА. Глобальная инициатива и стратегия диагностики и лечения БА по классификации GINA 2013, 2014.
3. Факторы риска (внешние, внутренние).
4. Распространенность и экономический ущерб.
5. Представление о воспалительной природе и особенности воспалительного процесса при БА. Диф. диагностика БА и ХОБЛ.
6. Механизмы бронхиальной обструкции, соотношение обратимых и необратимых компонентов, состояние малых дыхательных путей и ремоделирование бронхов. Понятие обратимости и вариабельности показателей бронхиальной обструкции.
7. Функция внешнего дыхания и диагностика болезни в покое и при обострении.
8. Клинические проявления и классификация БА в зависимости от степени тяжести течения.
9. Фенотипы астмы, их дифференциальные отличия, значение для клиники и выбора тактики лечения.
10. Стратегия контроля над астмой и методы ее достижения. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) при БА, роль и место в контроле тяжести и эффективности лечения.
11. Неконтролируемая астма, частичный и полный контроль болезни.
12. Фармакотерапия: ингаляционные бронходилаторы короткого и длительного действия, и-ГКС, антагонисты лейкотриенов, ингибиторы ФДЭ, анти - иммуноглобулины Е.
13. Определение степени тяжести обострения.
14. Астматический статус. Стратегия и стандарты купирования астматического состояния.
15. Препараты «скорой помощи» и борьба с обострениями болезни.
16. АСТ – тест для определения контроля над астмой.
17. Профилактика, прогноз, диспансерное наблюдение

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**Тема №6.** **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.**

Острое и хроническое легочное сердце. Причины. Классификация ХЛС. Клиника. Диагностика (ЭКГ, ЭХО). Лечение. Тромбоэмболия легочной артерии.

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5*

1. Перечислите диагностические критерии легочной гипертензии в соответствии с международными рекомендациями ESC/ERS 2015 г.
2. Дайте характеристику патогенеза легочной гипертензии с современных позиций; распространенность патологии.
3. Классификация легочной гипертензии в зависимости от этиологического фактора, приводящего к её развитию.
4. Дайте определение легочного сердца. Перечислите варианты течения и основные формы легочного сердца в соответствии с современной классификацией.
5. Перечислите основные гемодинамические изменения при остром и хроническом ЛС. ТЭЛА: клиника, диагностика и неотложная терапия.
6. Каковы основные клинические признаки ХЛС.
7. Какие клинические признаки свидетельствуют о декомпенсации при ХЛС.
8. Какие лабораторные показатели характерны для ХЛС?
9. Как изменяется газовый состав крови при ХЛС?
10. Какие рентгенологические изменения характерны для ХЛС?
11. Каковы ЭКГ признаки ХЛС?
12. Какие изменения, характерные для ХЛС, позволяют определить мультиспиральная компьютерная томография и допплер - ЭХОКГ?
13. Составьте план лечения больного с ХЛС в стадии компенсации.
14. Составьте план лечения больного с ХЛС в стадии декомпенсации.
15. Перечислите группы препаратов, используемые для снижения легочной гипертензии.
16. Перечислите препараты, используемые для купирования признаков правожелудочковой недостаточности кровообращения.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

***Тема №1.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСФАГИИ И ПИЩЕВОДНОЙ ДИСПЕПСИИ. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

1. Антирефлюксные механизмы пищевода. Понятие, виды дисфагии.

2. Критерии физиологического и патологического гастроэзофагеального рефлюкса.

3. Определение, факторы риска гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

4. Классификация ГЭРБ.

5. Место эндоскопического, рентгенологического, рН-метрического, гистологического исследований в диагностике ГЭРБ. Омепразоловый тест в диагностике ГЭРБ.

6. Что такое пищевод Барретта, критерии диагностики, тактика ведения больного с пищеводом Барретта. Канцерпревенция в отношении рака пищевода: тактика терапевта.

7. Диетические и режимные рекомендации больным ГЭРБ.

8. Терапия ГЭРБ: основной курс, принципы поддерживающей терапии.

9. Грибковый эзофагит: Этиология, факторы риска, клинические проявления, диагностика, лечение.

10. Ахалазия кардии.

11.Дивертикулы пищевода: причины и механизмы образования, потенциальные риски, клинические проявления, инструментальная диагностика, лечение.

12. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Виды грыж (аксиальная, параэзофагеальная). Тактика терапевта при хиатальной грыже.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

***Тема №2.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5.*

1. Как определить понятие «хронический гастрит»?

2. Какова клиническая классификация хронического гастрита?

3. Какие этиопатогенетические типы хронического гастрита выделяют?

4. Чем характеризуется хронический гастрит А?

5. Какова характеристика хронического гастрита типа В?

6. Что характеризует хронический гастрит С?

7. Какие клинические синдромы наблюдаются при хроническом гастрите?

8. Что понимают под желудочной диспепсией? Каковы ее особенности при разных типах хронического гастрита?

9. Какие изменения общего состояния и со стороны других внутренних органов наблюдаются при хроническом гастрите?

10. Каковы объективные симптомы хронического гастрита?

11.Какие лабораторные и инструментальные методы исследования используются при диагностике хронического гастрита?

12. Каковы клинического проявления гастрита, ассоциированного с НР?

13. Какие клинические особенности аутоиммунного гастрита тела желудка?

14. Что входит в понятие «эрозия слизистой желудка» и «эрозивный гастрит»?

15. Какие особенности терапии эрозивного гастрита?

16. Принципы терапии хронического гастрита.

17.Механизм действия ингибиторов протонной помпы.

18. Какие препараты используют для лечения гастрита, ассоциированного с НР? Механизм действия препаратов.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

***Тема №3.* ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6,8, ПК-5,6,8,11.*

1. Язвенная болезнь желудка. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.

2. Жалобы, характерные для язвенной болезни желудка.

3. Рентгенологические критерии язвы желудка.

4. Схемы и принципы антихеликобактерной терапии.

5. Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки: этиология, патогенез, осложнения, основы современной терапии.

6. Принципы инструментальной и морфологической диагностики язвенная болезни 12-ти перстной кишки.

7. Жалобы, характерные для язвенной болезни 12-ти перстной кишки.

8. Принципы лечения язвенной болезни 12-ти перстной кишки.

9. Основные признаки, выявляемые при общем осмотре больных с обострением язвенной болезни.

10. Симптомы, выявляемые при исследовании больных язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки.

11. Эндоскопический метод диагностики язвенной болезни.

12. Осложнения язвенной болезни.

13. Симптомы, характерные для язвенного кровотечения.

14. Симптомы, характерные для перфорации.

15. Симптомы, характерные для малигнизации язвенного дефекта.

16. Симптомы, характерные для пенетрации.

17. Синдром Золлингера-Эллисона. Этиология. Патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Методы лечения.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

***Тема №4.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ (ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, БОЛЕЗНЬ КРОНА, СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ).**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6,8, ПК-5,6,8,11.*

1. Определение заболеваний.

2. Вопросы терминологии и классификации (неспецифического) язвенного колита, болезни Крона.

3. Этиологические факторы.

4. Патогенез заболеваний.

5. Макроскопическая и гистологическая характеристика язвенного колита, болезни Крона.

6. Основные клинические симптомы и синдромы язвенного колита, болезни Крона.

7. Функциональные тесты и другие биохимические параметры.

8. Клинические проявления язвенного колита, болезни Крона

9. Выявление осложнений язвенного колита, болезни Крона.

10. Основные принципы лечения больных язвенным колитом, болезнью Крона.

11. Лекарственная терапия осложнений язвенного колита, болезни Крона.

12. Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона

13. Современные возможности диагностики заболевания. Генетический анализ.

14. Современные методы терапии больных язвенным колитом, болезнью Крона.

15. Показания к хирургической коррекции осложнений заболевания.

16.Современные концепции этиопатогенеза синдрома раздраженного кишечника.

17. Современные методы диагностики синдрома раздраженного кишечника.

18. Классификация синдрома раздраженного кишечника.

19. Основные группы препаратов, используемые при лечении синдрома раздраженного кишечника.

20. Основы клинической диагностики синдрома раздраженного кишечника.

21. Дифференциальная диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

***Тема №5.* ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ:** **КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ (ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ-ЦЕЛИАКИЯ, ЭНТЕРИТ,БОЛЕЗНЬ УИППЛА, ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ СПИДЕ) .**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

1. Методы диагностики заболеваний тонкой кишки. Роль рентгенографии, энтерографии, капсульной эндоскопии в диагностике заболеваний тонкой кишки.
2. Дифференциальный диагноз при диарее. Виды диареи. Особенности при поражении тонкой кишки.
3. Синдром мальабсорбции. Общие проявления (клиника), диагностика. Причины

4. Определение глютеновой энтеропатии-целиакии.

5. Основные причины и механизмы развития глютеновой энтеропатии.

6. Виды манифестации и клинических проявлений целиакии.

7. Возможности серологической и инструментальной диагностики глютеновой энтеропатии.

8. Принципы диетического питания и фармакотерапии.

9. Болезнь Уиппла: этиология, патогенез. Классификация. Клинические формы.

10. Современные возможности диагностики болезни Уиппла.

11. Дифференциальный диагноз. Осложнения болезни Уиппла. Современная терапия.

12. Фармакотерапия воспалительных заболеваний кишечника: базисные и дополнительные средства.

13. Кишечные осложнения воспалительных заболеваний кишечника (перфорация, токсический мегаколон, кишечное кровотечение, стриктуры и стенозы, свищи, абдоминальный инфильтрат, рак, перианальные осложнения).

14.  ВИЧ-инфекция и поражения желудочно-кишечного тракта.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

***Тема №6.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ. ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

1. Определение хронического холецистита. Какие факторы предрасполагают к холециститу?

2. Что относят к возбудителям холецистита и пути проникновения инфекции в желчь?

3. Чем характеризуется патоморфология хронического холецистита?

4. Как проявляется хронический холецистит клинически?

4. Как по клиническим данным отличить калькулезный холецистит от некалькулезного?

5. Что является условием возникновения холангита?

6. Каковы клинические проявления холангита?

7. Каковы принципы лечения хронического холецистита и холангита?

8. Что такое дискинезия желчных путей?

9. Каким образом происходит эвакуация желчи из желчного пузыря?

10. Какие виды дискинезии желчных путей выделяют и их причины?

11. Каковы клинические проявления дискинезии желчных путей?

12. Какие обследования необходимы для подтверждения дискинезии желчных путей?

13.Каковы принципы лечения хронического холецистита и холангита?

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

***Тема №7.* ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

1. Как определить понятие «хронический панкреатит»?

2. Какие факторы способствуют развитию хронического панкреатита?

3. Каковы представления о патогенезе поражения поджелудочной железы при хроническом панкреатите?

4. Какова классификация хронического панкреатита (клинические варианты и формы)?

5. Какие типичные клинические проявления имеют место при хроническом панкреатите?

6.Основные клинические симптомы при заболеваниях поджелудочной железы.

7. Диагностика поражения ПЖ (копрологическое исследование, синдром «уклонения» ферментов в кровь, эластазный тест, УЗИ, ЭРПХГ, МРТ).

8. Какие лабораторные и инструментальные методы используют для подтверждения диагноза хронического панкреатита?

9. Основные принципы лечения хронического панкреатита.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

***Тема №8.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛТУХЕ. ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

1. Как определить понятие «хронический» гепатит?

2. Какова классификация хронического гепатита?

3. Каковы представления об этиологии хронического гепатита?

4. Что известно о патогенезе хронического гепатита?

5. Какие клинические синдромы имеют место при хроническом гепатите?

6. Каковы методы дифференциального диагноза желтух?

7. Какие встречаются лабораторные синдромы при хроническом гепатите?

8. Каковы клинико-лабораторные особенности хронического аутоиммунного гепатита?

9. Чем характеризуется хронический гепатит с холестатическим синдромом?

10. Какие клинико-биохимические синдромы выделяют при хронических гепатитах

11. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимы для диагностики хронического гепатита?

12. Каковы маркеры вирусов гепатита?

13. Клиника аутоиммунного гепатитиа

Каковы методы диагностики и принципы лечения аутоиммунного гепатита?

14. Особенности терапии вирусных гепатитов.

15. Принципы диагностики и терапии алкогольного гепатита.

16. НАСГ – современные представления об этиологии и патогенезе заболевания. Клиника, диагностика и лечение

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

***Тема №9*. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ АСЦИТЕ. ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ. ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ И КОМА.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

1. Как определить понятие «цирроз печени»?

2. На чем основана классификация циррозов печени?

3. Каковы представления о патогенезе циррозов печени?

4. Какие морфологические формы циррозов печени выделяют?

5. Каковы основные клинические синдромы при циррозах печени?

6. Чем характеризуется портальная гипертензия?

7. Каков патогенез портальной гипертензии и асцита?

8. Каковы клинические особенности циррозов печени вирусной этиологии?

9. Что характерно для патоморфологической картины алкогольного циррозов печени?

10. Определение степени тяжести циррозов печени по Чайлд-Пью.

11. Как определить билиарный цирроз печени и какова его клиническая характеристика?

12. Как определить вторичный билиарный цирроз печени?

13. Какие лабораторные синдромы имеют место при циррозах печени?

14. Какие дополнительные методы исследования используются для диагностики цирроза печени?

15. Какие известны осложнения при циррозах печени?

16. Каковы принципы лечения циррозов печени вирусной этиологии?

17, Особенности терапии первичного билиарного цирроза.

1. Основные принципы терапии алкогольного цирроза печени.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**МОДУЛЬ: НЕФРОЛОГИЯ**

**Тема №1.** **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ИЗМЕНЕННОМ МОЧЕВОМ ОСАДКЕ.** **ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, МОЧЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

1. Этиология и патогенез пиелонефрита.
2. Классификация пиелонефрита.
3. Основные клинические проявления.
4. Инструментальная и лабораторная диагностика.
5. Дифференциальный диагноз при односторонних поражениях.
6. Дифференциальная диагностика и лечение при пиелонефрите и мочевых инфекциях.
7. Тактика лечения.
8. Исходы.
9. Прогноз.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**Тема №2.** **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, АМИЛОИДОЗ**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

1. Нефротический синдром – определение, характеристика
2. Причины нефротического синдрома.
3. Клиника нефротического синдрома.
4. Диагностика нефротического синдрома.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Острый и хронический гломерулонефрит.
7. Клиника, диагностика, лечение острого и хронического гломерулонефрита.
8. Осложнения острого и хронического гломерулонефрита.
9. Лечение острого и хронического гломерулонефрита.
10. Амилоидоз.
11. Классификация амилоидоза.
12. Клиника амилоидоза.
13. Диагностика амилоидоза.
14. Дифференциальный диагноз с хроническим гломерулонефритом.
15. Принципы лечения амилоидоза.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»***

**ВОПРОСЫ ПО ТЕМАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

**Тема №3.** **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ХБП, ХПН**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

1. Хроническая болезнь почек (ХБП).
2. Причины развития.
3. Классификация.
4. Клиника.
5. Лабораторная диагностика.
6. Осложнения.
7. Методы лечения
8. Терминальная почечная недостаточность.
9. Консервативное лечение.
10. Хронический гемодиализ.
11. Показания к трансплантации почек.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ПУЛЬМОНОЛОГИЯ***

***Тема 1:* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ (ОЧАГОВО-ФОКУСНОМ ЗАТЕМНЕНИИ)**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6.8.11.*

ВАРИАНТ 1.

1.ОСЛОЖНЕННЫЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО ТРЕБУЕТ УГЛУБЛЕННОГО КТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ, БРОНХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И НЕРЕДКО ИЗУЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЛЕГКОГО ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

а) острой и затяжной пневмонией

б) острым и хроническим абсцессом легкого

в) раком легкого

г) туберкулезом, грибковыми и паразитарными заболеваниями легких

д) со всеми перечисленными

2.КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО:

а) с момента начала в легком воспалительного инфекционного процесса

б) с момента формирования в легком гнойника

в) после прорыва легочного гнойника в бронхиальное дерево

3.ОСНОВНЫМ, И НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ:

а) санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных и антисептических средств

б) катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку

в) трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости и введением в нее лекарственных средств

г) все перечисленные

4.АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ОБЫЧНО ПРИВОДИТ:

а) к ремиссии процесса

б) к излечению с рубцеванием полости абсцесса

в) к излечению с формированием вторичной кисты легкого

5.БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

а) сахарным диабетом

б) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

в) хроническим синуситом (гайморитом), аденоидами

г) хроническим тонзиллитом

6.РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИНАДЛЕЖИТ:

а) клинико-рентгенологическому методу

б) бронхоскопии

в) бронхографии

7.ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ:

а) в амбулаторных условиях

б) в терапевтическом отделении стационара

в) в пульмонологическом отделении стационара или в отделении торакальной хирургии

8.РАКОМ ЛЕГКИХ ЗАБОЛЕВАЮТ:

а) чаще мужчины

б) чаще женщины

в) одинаково часто мужчины и женщины

9.У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

а) гирсутизмом, гинекомастией

б) дерматозом Базена

б) синдромом Мари - Бамбергера (пальцы в виде барабанных палочек, периостит, боли в суставах)

10.ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО МОЖЕТ БЫТЬ:

а) гнповентиляция легкого

б) ателектаз легкого

в) пневмония (возможно с абсцедированием и образованием острого абсцесса легкого)

г) все перечисленное

11.ХОНДРОМЫ, ЛЕЙОМИОМЫ, НЕВРИНОМЫ И АНГИОМЫ ЛЕГКОГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ:

а) по клинической симптоматике

б) при исследовании мокроты на клетки опухоли

в) при массовых рентгенофлюорографнческих обследованиях населения (шаровидные затемнения в легких)

12.МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ САРКОИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) эпителиоидные клетки и гигантские клетки типа клеток Пирогова - Лангханса

б) клетки Березовского - Штернберга

в) гистиоциты

г) макрофаги

д) эозинофилы

13. ПРИ ПНЕВМОНИИ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ДЕЛИРИЯ:

а) у стариков

б) у детей

в) у алкоголиков

г) при высокой лихорадке

д) верно все перечисленное

14. У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ПНЕВМОНИЙ, ВЫЗВАННЫХ:

а) пневмококком

б) клебсиеллой

в) пневмоцистой

г) микоплазмой

д) кишечной палочкой

15. У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) пневмококк

б) клебсиелла

в) пневмоциста

г) микоплазма

д) кишечная палочка

ВАРИАНТ 2.

1.ПРИ ЗАТЯЖНОМ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У МУЖЧИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСКЛЮЧИТЬ:

а) тромбоэмболию легочных артерий б) туберкулез легких в) рак легких г) абсцесс легких

2. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ ЛЕГКОГО ПРОВОДЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ):

а) общеклинических методов исследования б) бактериологического исследования мокроты, содержимого абсцесса в) бронхоскопии г) рентген томографии или КТ легких д) бронхографии

3. ИЗЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ПРОИСХОДИТ:

а) путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителя инфекции и образования на ее месте рубцовой ткани б) путем освобождения полости в легком от возбудителей инфекции, эпителизации ее стенки и формирования вторичной кисты легкого в) путем образования на месте гнойной полости очага уплотнения легочной ткани г) всеми перечисленными путями

4. ГАНГРЕНУ ЛЕГКОГО ОТ ОСТРОГО АБСЦЕССА ОТЛИЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) возбудителей заболевания б) более тяжелого течения заболевания с прогрессированием гнойно-некротического процесса в легких в) преобладания воспалительно-некротических изменений в легких над деструктивными г) частого присоединения осложнений (кровохаркания и легочных кровотечений, острого пневмоторакса, сердечно-сосудистой недостаточности) д) отсутствия клинических и рентгенологических признаков отграничения воспалительно-некротического процесса в легких

5. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ С БРОНХОЭКТАЗАМИ И БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КРОВОХАРКАНИЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ:

а) никогда не являются первыми симптомами б) могут наблюдаться вместе с другими симптомами заболевания в) часто являются первым и единственным признаком заболевания при верхнедолевой локализации бронхоэктазов

6. НА БРОНХОГРАММЕ И КТ ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

а) диффузная деформация бронхов б) распространенные изменения (расширение, деформация) мелких бронхов и бронхиол в) мешотчатое, цилиндрическое или смешанного типа регионарное (иногда 2-стороннее) расширение бронхов 3-5 порядков

7. ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БЭБ ПРОВОДИТСЯ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЕГО СТАДИИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЙ И ВКЛЮЧАЕТ:

а) антибиотикотерапию (общую, местную) б) лечебные бронхоскопии в) постуральный дренаж г) терапию дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности д) все перечисленное

8. К РАКУ ЛЕГКОГО ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ:

а) алкоголизм и бытовое пьянство б) курение в) наркомания и токсикомания г) все перечисленное

9. ОПУХОЛЬ, ОБНАРУЖЕННАЯ НА Р-ГРАММЕ В ВИДЕ ШАРОВИДНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ, ОТНОСИТСЯ:

а) к периферическому раку легкого б) к центральному раку легкого в) к атипичной форме рака легкого

10. НАИБОЛЕЕ ПРОСТОЙ И ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКИХ – ЭТО:

а) ФГрафия ОГК б) бронхоскопия (ФБС) в) цитологическое исследование мокроты

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЛЕГКИХ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ ЯВЛЯЮТСЯ: а) силикоз б) саркоидоз в) гистиоцитоз Х

12. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИКО-РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ И СТАДИИ САРКОИДОЗА ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ: а) биопсии периферических л/узлов, кожи, слюнных желез и др. органов б) трансбронхиальной биопсии внутригрудных л/узлов, слизистой оболочки бронхов, легочной ткани в) открытой биопсии легких г) пробной терапии стероидными гормонами

13. ПЕРЕХОДУ ПНЕВМОНИИ В ЗАТЯЖНУЮ СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

а) пожилого возраста пациенты

б) предшествующие пневмонии патологических процессов в бронхах

в) гипофункции надпочечников

г) неудачной стартовой антибактериальной терапии

д) двухстороннего поражения легочной ткани

10. ПРИ ПНЕВМОНИИ НАЗНАЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

а) этиотропных

б) отхаркивающих

в) бронхоспазмолитических

г) иммуномоделирующих

д) наркотических

11. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

а) возбудителями пневмонии

б) временем начала этиотропной терапии

в) состоянием бронхов

г) наличием болезней снижающих реактивность организма

д) всем перечисленным

ВАРИАНТ 3.

1. ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) хронической гнойной и анаэробной инфекции полости рта и глотки (кариес зубов, пародонтоз, тонзиллит), среднего уха, придаточных пазух носа

б) аспирации содержимого полости рта и глотки при эпилепсии, алкогольном опьянении, наркомании, отравлениях и др.

в) систематического переохлаждения, хронического бронхита

г) септикопиемии

д) аденоидов

2. О НАРУШЕНИИ БРОНХИАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**:**

а) увеличение полости абсцесса

б) ателектаз легкого

в) уровень жидкости в полости абсцесса

г) все перечисленное

д) верно а) и в)

3. ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО ФИБРОЗНАЯ КАПСУЛА ФОРМИРУЕТСЯ:

а) через 2-4 недели

б) через 2 месяца

в) через 4-6 месяцев

4. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ОБУСЛОВЛЕНО:

а) воздействием инфекционного фактора - ассоциации гноеродной микрофлоры и неспорообразующих анаэробов

б) местными условиями, благоприятными для вегетации возбудителей инфекции (при предшествующих хронических неспецифических заболеваниях легких, пороках развития легких и т.д.)

в) общими факторами, снижающими резистентность макроорганизма к инфекции (иммунодефицит, тяжелый сахарный диабет, доброкачественные опухоли, алиментарная дистрофия и т.д.),

г) совокупностью всех перечисленных факторов

5. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ:

а) непостоянные сухие хрипы в зоне поражения

б) рассеянные сухие и влажные хрипы

в) локальные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы

г) локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы, иногда в сочетании с сухими

6. ОСЛОЖНЕНИЯМИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

а) легочно-сердечной недостаточности

б) кровохарканья и легочного кровотечения

в) амилоидоза внутренних органов

г) метастатических абсцессов и сепсиса

д) атеросклероза сосудов малого круга кровообращения

7. БОЛЬНОМУ С ЛОКАЛЬНЫМИ БРОНХОЭКТАЗАМИ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

а) санаторно-курортное лечение 1 раз в год

б) постуральный дренаж, закаливание

в) после дообследования в отделении торакальной хирургии - оперативное лечение

8. РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ:

а) сахарным диабетом

б) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

в) хроническим неспецифическим заболеванием легких

г) бронхиальной астмой

9. У МУЖЧИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ С БЕССИМПТОМНЫМ ФОКУСНЫМ ЗАТЕМНЕНИЕМ В ЛЕГКИХ, ИМЕЮЩИМ ЧЕТКИЕ ИЛИ НЕЧЕТКИЕ КОНТУРЫ, ВРАЧ ОБЯЗАН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСКЛЮЧИТЬ**:**

а) туберкулему легкого

б) периферический рак легкого

в) очаговую пневмонию

10. ПАРАКАНКРОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ МОЖЕТ ЗАВЕРШИТЬСЯ:

а) полным рассасыванием воспалительных изменений и восстановлением нормального легочного рисунка

б) образованием пневмоцирроза

в) абсцедированием

г) всем перечисленным

11. САРКОИДОЗОМ ЗАБОЛЕВАЮТ:

а) чаще мужчины,

б) чаще женщины

в) одинаково часто мужчины и женщины

12. БРОНХОСКОПИЧЕСКИ ПРИ САРКОИДОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

а) гиперемия слизистой оболочки бронхов

б) веерообразное расположение сосудов бронхов

в) отечность, складчатость слизистой оболочки бронхов

г) бугорковые высыпания на слизистой оболочке бронхов

д) все перечисленные

13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) пневмококк

б) микоплазма

в) легионелла

г) клебсиелла

д) протей

14. ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТСЯ:

а) стафилококком

б) пневмококком

в) синегнойной палочкой

г) легионеллой

д) кишечной палочкой

15. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПНЕВМОКОККОВУЮ ПНЕВМОНИЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

а) амоксициллин

б) джозамицин

в) левомицетин

г) левофлоксацин

д) гентамицин

ОТВЕТЫ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1-д | В | д |
| 2-в | Д | д |
| 3-г | Д | б |
| 4-а | А | г |
| 5-в | В | г |
| 6-в | В | д |
| 7-в | Д | в |
| 8-д | Б | в |
| 9-в | А | б |
| 10-г | В | г |
| 11-в | Б | б |
| 12-а | Д | д |
| 13- в | Д | г |
| 14-б | Д | б |
| 15-в | Д | а |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ПУЛЬМОНОЛОГИЯ***

***Тема 2:* ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5*,6,8,11.

ВАРИАНТ 1.

1.ДИАГНОЗ ПНЕВМОНИИ ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН, ЕСЛИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ ВЫЯВЛЕНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КРОМЕ:

а) обогащенного легочного рисунка

б) очаговых теней

в) участков затемнения, занимающих часть сегмента легкого

г) участков затемнения, занимающих весь сегмент легкого

д) участков затемнения, занимающих всю долю легкого

2. ПНЕВМОНИЕЙ СЛЕДУЕТ НАЗЫВАТЬ:

а) воспалительный процесс в легких

б) инфекционные воспалительные изменения в легких

в) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в легких

г) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в мелких бронхах и интерстиции легких

д) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в различных структурах легкого с обязательным поражением респираторного отдела

3. ПРИ ПНЕВМОНИИ ПОРАЖАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) крупных бронхов

б) дыхательных бронхиол

в) альвеол

г) интерстиция легких

4. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

а) ослабленное дыхание при отсутствии хрипов

б) сухие хрипы

в) крупнопузырчатые влажные хрипы

г) мелкопузырчатые влажные хрипы

д) крепитацию

е) все перечисленное

5. ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

а) возбудители пневмонии

б) временем начала этиотропной терапии

в) состоянием бронхов

г) наличием или отсутствием болезней, снижающих реактивность организма

д) всем перечисленным

6. У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ПНЕВМОНИЙ, ВЫЗВАННЫХ:

а) пневмококком

б) стрептококком

в) кишечной палочкой

г) клебсиеллой

д) стафилококком

7. У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) пневмококк

б) клебсиелла

в) пневмоциста

г) микоплазма

д) кишечная палочка

8. ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ ГРИППА ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ПНЕВМОНИЙ, ВЫЗВАННЫХ:

а) пневмококком

б) клебсиеллой

в) пневмоцистами

г) микоплазмой

д) кишечной палочкой

9. ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ ЗАТЯЖНОЙ:

а) если признаки заболевания сохраняются через 4 недели после ее начала

б) если заболевание продолжается более 4 недель, но заканчивается излечением при адекватной терапии

в) если, несмотря на проведенное лечение, изменение легочного рисунка на рентгенограмме сохраняется более 4 недель после устранения клинических симптомов заболевания

10. ПЕРЕХОДУ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ В ЗАТЯЖНУЮ СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

а) пожилого возраста пациента

б) предшествующих пневмонии патологических процессов в бронхах

в) гипофункция коры надпочечников

г) двустороннего поражения легочной ткани

ВАРИАНТ 2

1. К ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

а) антибактериальной терапии

б) дезинтоксикационной терапии

в) санация бронхиального дерева

г) назначение отхаркивающих средств

д) противовоспалительная терапия

2. У БОЛЬНОГО 60-ТИ ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО АЛКОГОЛИЗМОМ ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКАЯ СЛАБОСТЬ, ТЕМПЕРАТУРА 39,5 , КАШЕЛЬ С ВЯЗКОЙ КРОВЯНИСТОЙ МОКРОТОЙ С ЗАПАХОМ ПРИГОРЕЛОГО МЯСА. НАД ВЕРХНЕЙ ДОЛЕЙ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА, РЕЗКОЕ ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ. В МАЗКЕ МОКРОТЫ ОБНАРУЖЕНЫ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ПАЛОЧКИ. КАКОВ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

а) «крупозная» пневмония

б) хронический гнойный бронхит

в) фридлендеровская пневмония

г) стафилококковая пневмония

д) бронхоэктатическая болезнь

3. ПРИ ПНЕВМОНИИ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

а) инфекционно-токсический шок

б) бронхоэктазы

в) энцефалопатия

г) токсический отек легких

д) эмфизема легких

е) верно а и г

4. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ?

а) снижение температуры

б) появление аппетита

в) улучшение сна

г) уменьшение количества мокроты

д) увеличение отделения мокроты

5. КАК ДОЛГО ПРОВОДИТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ АНТИБИОТИКАМИ?

а) 21 день, меняя препараты каждую неделю

б) до полного разрешения по данным контрольной рентгенографии

в) две недели

г) весь лихорадочный период и еще три дня

д) 7-10 дней

6. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОТХАРКИВАЮЩИХ СРЕДСТВ МУКОЛИТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ:

а) амброксол и бромгексин

б) мукалтин

в) йодид калия

г) нашатырно-анисовые капли

д) корень алтея, трава термопсиса

7. КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ:

а) снижается ЖЕЛ

б) повышается ЖЕЛ

в) снижается ОФВ-1

г) повышается индекс Тиффно

д) повышается ООЛ

8. ВО 2 И 3 ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

а) ампициллин

б) левомицетин

в) кефзол

г) оксациллин

9. ПРИ ПНЕВМОНИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПЕНИЦИЛЛИНАЗА-УСТОЙЧИВЫМ СТАФИЛОКОККОМ, ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) левомицетин

б) невиграмон

в) ампициллин

г) цефатоксим

10. В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ:

а) полусинтетические пенициллины

б) тетрациклин

в) бисептол

г) карбенициллина динатриевую соль

ВАРИАНТ 3.

1.ПРИ ПНЕВМОНИИ НАЗНАЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, КРОМЕ:

А) ЭТИОТРОПНЫХ

б) отхаркивающих

в) бронхоспазмолитических

г) иммуномодулирующих

д) наркотических

2. ПРИ ВЫБОРЕ АНТИБИОТИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАДО УЧИТЫВАТЬ:

а) давность заболевания

б) природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию

в) сопутствующие заболевания

г) индивидуальную переносимость антибактериальных препаратов

3. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ СЛУЖИТ:

а) тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции

б) смешанный характер инфекции

в) необходимость усиления антибактериального эффекта

г) отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грамотрицательных бактерий

д) все перечисленное

4. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СРЕДСТВ:

а) пенициллинов и сульфаниламидов

б) пенициллинов и тетрациклинов

в) пенициллинов и аминогликозидов

г) сульфаниламидов и тетрациклинов

5. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИБИОТИКОВ БОЛЬНЫМ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ НА БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИН СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

а) ампициллин

б) цефазолин

в) гентамицин

6. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПНЕВМОКОККОВУЮ ПНЕВМОНИЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

а) олететрин

б) стрептомицин

в) пенициллин

г) эритромицин

д) левомицетин

7. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МИКОПЛАЗМЕННУЮ ПНЕВМОНИЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

а) пенициллины

б) эритромицин

в) левомицетин

г) стрептомицин

д) цефалоспорины

8. ЕСЛИ ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ НЕ УСТАНОВЛЕНА, ВНАЧАЛЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ СЛЕДУЮЩИЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ:

а) стрептомицин

б) пенициллин

в) тетрациклин

г) антибиотик группы цефалоспорина

9.СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ:

а) при гриппе

б) при сахарном диабете

в) у лиц пожилого возраста

г) при хроническом бронхите

д) у пациентов стационаров (внутрибольничная инфекция)

10. ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОЧАГАМИ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКАМИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) трансфузий свежезамороженной плазмы

б) парентеральное введение глюкокортикоидных гормонов

в) внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов

г) инфузий гепарина

д) плазмафереза

ОТВЕТЫ К ТЕМЕ: «ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИЙ»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № варианта  №вопроса | №1 | №2 | №3 |
| 1 | А | В | Д |
| 2 | Д | В | Б |
| 3 | А | Е | Д |
| 4 | Д | А | В |
| 5 | Д | Г | В |
| 6 | Г | А | В |
| 7 | В | А | Б |
| 8 | Г | Б | Б |
| 9 | Б | Г | Д |
| 10 | Г | А | Б |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

**Тема №3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1. СИНДРОМ ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ – ЭТО

1) клинико-рентгенологический синдром, для которого характерны клинические проявления дыхательной недостаточности и ретикуло-нодулярные изменения на рентгенограмме

2) рентгенологический синдром, для которого характерно появление множественных очаговых затемнений и/или усиление и сетчатая деформация легочного рисунка чаще двусторонней локализации

3) рентгенологический синдром, для которого характерно появление множественных очаговых затемнений чаще двусторонней локализации

4) рентгенологический синдром, для которого характерно усиление и сетчатая деформация легочного рисунка чаще двусторонней локализации

2. ДИССЕМИНАЦИЯ С РАЗМЕРАМИ ОЧАГОВ 5-8 ММ НАЗЫВАЕТСЯ

1) милиарной

2) мелкоочаговой

3) среднеочаговой

4) крупноочаговой

3. В МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ ВХОДЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ

1) альвеолитов

2) гранулематозов

3) опухолевых

4) инфекционных

4. КАКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ФИЗИКАЛЬНЫЙ СИМПТОМ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА

1) цианоз

2) снижение эластичности грудной клетки

3) притупление перкуторного звука

4) двусторонняя крепитация в нижних отделах легких, напоминающая треск целлофана

5. ДЛЯ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ КРОМЕ ОДНОГО

1) прогрессирующая одышка

2) двусторонняя диссеминация на рентгенограмме

3) обструктивные изменения на спирограмме

4) смешанные изменения на спирограмме

6. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ ОСТРОГО НАЧАЛА САРКОИДОЗА

1) синдром Горнера

2) синдром Чарджа-Стросса

3) синдром Дресслера

4) синдром Лефгрена

7. ХАРАКТЕРНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ САРКОИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) гиперурикемия и гиперазотемия

2) гипопротеинемия и диспротеинемия

3) повышение активности АПФ и гиперкальциемия

4) гиперхолестеринемия и гиперлипидемия

8. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ОСТРОГО ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

1) тифоидной

2) внелегочной

3) легочной

4) менингеальной

5) острейшего туберкулезного сепсиса

9. КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ и ТВС

1) «сотовое легкое»

2) симптом «рассыпанных монет»

3) симптом «снежной бури»

4) симптом «матового стекла»

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОПУХОЛИ, КРОМЕ:

1) матки

2) желудка

3) молочной железы

4) щитовидной железы

ВАРИАНТ 2.

1.КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ЛЕКАРСТВЕННО ИНДУЦИРОВАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЕГКИХ (ПНЕВМОНИТ)

1) метотрексат

2) преднизолон

3) верошпирон

4) НПВС

2. ДИССЕМИНАЦИЯ С РАЗМЕРАМИ ОЧАГОВ 1-2 ММ НАЗЫВАЕТСЯ

1) милиарной

2) мелкоочаговой

3) среднеочаговой

4) крупноочаговой

3. В МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ ВХОДЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ:

1) альвеолитов

2) гранулематозов

3) опухолевых

4) инфекционных

5)легочные фиброзы

4. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПЕРКУССИИ МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕМ АЛЬВЕОЛИТОМ

1) диффузное укорочение легочного звука

2) мозаичный характер (чередование участков нормального легочного звука с притупленным)

3) притупление перкуторного звука в нижних отделах

4) коробочный оттенок легочного звука

5. ДЛЯ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ КРОМЕ ОДНОГО

1) прогрессирующая одышка

2) двусторонняя диссеминация на рентгенограмме

3) во всех случаях выявляется лимфоаденопатия ВГЛУ

4) рестриктивные изменения на спирограмме

6. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

1) синдром Горнера

2) синдром Чарджа-Стросса

3) синдром Лефгрена

4) синдром Дресслера

7. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НЕХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АПФ И ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ

1) злокачественная форма гистиоцитоза Х

2) гемосидероз легких

3) саркоидоз легких и ВГЛУ

8. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ОСТРОГО ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

1) тифоидной

2) легочной

3) периферической

4) менингеальной

5) острейшего туберкулезного сепсиса

9. КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО МИКРОЛИТИАЗА

1) «сотовое легкое»

2) симптом «рассыпанных монет»

3) симптом «снежной бури»

4) симптом «песчаной бури»

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОПУХОЛИ, КРОМЕ:

1) почки

2) толстого кишечника

3) матки

4) поджелудочной железы

ВАРИАНТ 3.

1. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ ВЫЗЫВАЮТ ТОКСИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ЛЕГКИХЕ (НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)

1) противосудорожные;

2) антибиотики;

3) антиагреганты;

4) мочегонные;

5) антицитокиновые

2. ДИССЕМИНАЦИЯ С РАЗМЕРАМИ ОЧАГОВ 3-4 ММ НАЗЫВАЕТСЯ

1) милиарной

2) мелкоочаговой

3) среднеочаговой

4) крупноочаговой

3. В МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ ВХОДЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ

1) альвеолитов

2) гранулематозов

3) опухолевых

4) системных васкулитов

5)инфекционных

6) интерстициальных фиброзов легких

4. ДЛЯ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) сочетание респираторной и почечной симптоматики

2) кровохаркание или легочное кровотечение

3) развитие несахарного диабета

4) сочетание мочевого синдрома и лихорадки

5. ДЛЯ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ КРОМЕ ОДНОГО

1) прогрессирующая одышка

2) двухсторонняя диссеминация на рентгенограмме

3) обструктивные изменения на спирограмме

4) рестриктивные изменения на спирограмме

6. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

1) синдром Горнера

2) синдром Гудпасчера

3) синдром Лефгрена

4) синдром Дресслера

7. ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

1) гиперурикемия

2) АНЦА к протеиназе -3

3) повышение активности АПФ и гиперкальциемия

4) высокий титр АМА

8. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ОСТРОГО ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

1) тифоидной

2) легочной

3) селезеночной

4) латентной

5) острейшего туберкулезного сепсиса

9. КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА

1) «сотовое легкое»

2) симптом «рассыпанных монет»

3) симптом «снежной бури»

4) симптом «песчаной бури»

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОПУХОЛИ, КРОМЕ:

1) яички

2) матка

3) яичники

4) предстательная железа

ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ по теме «**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 вариант | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 |
| 2 вариант | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 |
| 3вариант | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ПУЛЬМОНОЛОГИЯ***

***Тема 4:* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ. ХОБЛ**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФЕНОМЕНА «ВОЗДУШНЫХ ЛОВУШЕК» ПРИ ХОБЛ

А. Участки центрилобулярной эмфиземы

Б. Задержка избыточного воздуха локально или в целом легком, преимущественно на выдохе

В. Участки меньшей плотности легочной ткани на КТ

Г. Все ответы правильные

Д. Все, кроме В.

2. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТОМ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ ХОБЛ?

А. Воспалительный отек слизистой

Б. Экспираторный коллапс мелких бронхов

В. Ремоделирование стенки бронхов и бронхиального дерева

Г. Трахео-бронхиальная дискинезия

Д. Ни один из них

3. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ?

А. Инспираторная одышка, влажные хрипы в легких

Б. Кашель с большим количеством гнойной мокроты

В. Кашель с легко отделяемой слизистой мокротой в небольшом количестве

Г. Удушливый малопродуктивный кашель с отделением вязкой густой мокроты, сухие хрипы в основном на выдохе

Д. Ни один из перечисленных

4. УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ?

А. Усиление и деформация легочного рисунка

Б. Синдром затемнения, фокусная тень

В. Признаки легочного сердца

Г. Расширение тени корня легкого

Д. Ни один из перечисленных

5. К МЕХАНИЗМАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОТНОСИТСЯ ВСЁ, КРОМЕ

1) усиления слизеобразования

2) отёка стенки бронхов

3) альвеолярного отёка

4) бронхоспазма.

6. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОТЕКАЮТ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ 1) ретростернальный зоб

2) трахео-бронхиальная дискинезия

3) узелковый полиартериит

4) ТЭ ветвей ЛА

5) все перечисленные

7. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ ВЕДУЩИМИ СТАНОВЯТСЯ СИМПТОМЫ:

а) постоянная, прогрессирующая одышка и удушье экспираторного характера;

б) постоянная, прогрессирующая одышка и удушье инспираторного характера;

в) приступы нехватки воздуха и ортопноэ;

г) постоянная, прогрессирующая одышка смешанного характера.

8.СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

а) ЭКГ; б) эхокардиоскопия;

в) спирография; г) рентгенография.

9.ПРИЗНАК БРОНХОЭКТАЗОВ**:**

а) кашель со слизистой мокротой;

б) кашель с "ржавой" мокротой;

в) кашель со стекловидной мокротой;

г) кашель с гнойной мокротой 40-60 мл/сут

10.ХОБЛ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ:

1. Ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью.
2. Ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо полностью.

11. ОСНОВНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ИМЕЮТ:

1. Острые заболевания дыхательной системы
2. Хронические болезни бронхолегочного аппарата
3. Функциональное перенапряжение аппарата дыхания
4. Возрастная инволюция эластической ткани легких
5. Дефицит α1-антитрипсина

ВАРИАНТ 2

1. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ФАКТОРАМИ РИСКА В РАЗВИТИИ ХОБЛ?

А. Курение, загрязнение атмосферы газами, дымом, вредными аэрозолями

Б. Патология носоглотки

В. Повторные ОРВИ, острые бронхиты, острые пневмонии

Г. Неблагоприятные климатические условия (холодный климат, повышенная влажность)

Д. Алергологический анамнез

2. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТОМ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ ХОБЛ?

А. Экспираторный коллапс мелких бронхов

Б. Скопление слизи в просвете бронхов

В. Ремоделирование стенки бронхов и бронхиального дерева

Г. Ни один из них

Д. Все перечисленные

3. КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ХОБЛ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

А. Формой заболевания

Б. Фазой течения заболевания (обострение, ремиссия)

В. Осложнениями

Г. Преимущественной локализацией поражения

Д. Всем перечисленным

4. КАКИЕ ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХОБЛ?

А. Рентгенологическое исследование грудной клетки

Б. Бронхоскопия

В. Цитология мокроты

Г. Спирография

Д. Все перечисленные исследования

5. ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ У БОЛЬНОГО С ХОБЛ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

1) об обострении заболевания

2) о вторичном эритроцитозе

3) о декомпенсации дыхательной недостаточности

4) о благоприятном течении заболевания.

6. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ КАШЕЛЬ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ**:**

а) с отхождением мокроты полным ртом, наиболее интенсивный в дневные часы;

б) с отхождением мокроты полным ртом, наиболее интенсивный в вечерние часы;

в) с отхождением мокроты полным ртом, наиболее интенсивный в ночные часы;

г) надсадный малопродуктивный, наиболее интенсивный в утренние часы.

7.ОТДЕЛЫ СЕРДЦА, КОТОРЫЕ ГИПЕРТРОФИРУЮТСЯ ПРИ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ:

а) левый желудочек и правое предсердие;

б) левый желудочек и левое предсердие;

в) правый желудочек и левое предсердие;

г) правый желудочек и правое предсердие.

8.НАЗОВИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО БРОНХИТА:

а) тетрациклин;

б) бисептол;

в) мукалтин;

г) азитромицин

9.К БРОНХОРАСШИРЯЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ИЗ ГРУППЫ БЕТА-2-АГОНИСТОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

А. Изадрин

Б. Сальметерол (серевент)

В. Алупент, астмопент

Г. Сальбутамол

10.СРЕДИ ХОЛИНОЛИТИКОВ ЭФФЕКТИВНЕЕ ВСЕГО УСТРАНЯЕТ БРОНХОСПАЗМ, ВОЗДЕЙСТВУЯ НА РЕЦЕПТОРЫ КРУПНЫХ И СРЕДНИХ БРОНХОВ, И ВЫЗЫВАЯ НАИМЕНЬШЕЕ ЧИСЛО ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ:

А. Атропин

Б. Апрофен

В. Ипратропиум бромид

Г. Метацин**.**

11. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХОБЛ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ:

1. Беротек
2. Атенолол
3. Глюкокортикостероиды ингаляционные
4. Сердечные гликозиды
5. Все ответы правильные

ВАРИАНТ 3

1. В ПАТОГЕНЕЗЕ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУШЕНИЕ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА ИМЕЕТ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ?

А. Бронхиальная астма

Б. Экзогенный аллергический альвеолит

В. Идиопатический фиброзирующий альвеолит

Г. ХОБЛ

Д. Муковисцидоз

2. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТОМ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ПРИ ХОБЛ?

А. Ремоделирование стенки бронхов

Б. Экспираторный коллапс мелких бронхов

В. Спазм гладкой мускулатуры

Г. Ни один из них

Д. Все перечисленные

3. КАКИЕ ДАННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ?

А. Снижение ЖЕЛ на 30% от должной

Б. Значения МОС 25-75 составляют 60%

В. Снижение ОФВ1 на 20% от должного

Г. Индекс Тиффно 70%

Д. Снижение ЖЕЛ на 30%, ОФВ1 на 15%, МОС75 на 20% от должных

4. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНОГО С ХОБЛ?

А. РаО2 85мм рт. ст.

Б. РаСО2 35мм рт. ст.

В. Жизненная емкость легких 35%

Г. Объем форсированного выдоха за 1 секунду 30%

5. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) увеличение ОФВ1 после приёма В2-агонистов > чем на 15 %

2) уменьшение ОФВ1 после приёма В2-агонистов > чем на 15%

3) увеличение ОФВ1 после приёма ингаляционных кортикостероидов > чем на 15%

4) уменьшение ОФВ1 после приёма ингаляционных кортикостероидов > чем на 15%.

6. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И ХОБЛ:

а) алкоголизм;

б) курение;

в) ожирение;

г) гиподинамия;

д) контакт с аллергенами.

7.НАЗОВИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ БРОНХОЛИТИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ:

а) внутримышечно;

б) подкожно;

в) ингаляционно;

г) перорально.

8.ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА:

а) аспирин;

б) амброксол;

в) ампицилин;

г) атенолол.

9. КАКОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ НЕ ПОКАЗАН ПРИ ХОБЛ  
1) Атровент

2) Беродуал

3) Пропранолол

4) Азитромицин

10**.**ВЫБРАТЬ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ 1V СТАДИЮ ХОБЛ.

* 1. ОФВ1/ФЖЕЛ <70% от должного, ОФВ1 ≥ 80% от должного
  2. ОФВ1/ФЖЕЛ < ОФВ ≤ 70% от должного, 50% 1 < 80%;
  3. ОФВ1/ФЖЕЛ < ОФВ ≤ 70% от должного, 30% 1 < 50%

11.ИСКЛЮЧИТЕ РЕНТГЕН-ПРИЗНАК, НЕ СВОЙСТВЕННЫЙ ХОБЛ:

А. Сетчатый пневмосклероз в нижних отделах легких

Б. Увеличение бронхопульмональных лимфоузлов;

В. Повышенная прозрачность легочных полей

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ХОБЛ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | г | д | д |
| 2 | а | б | в |
| 3 | г | д | в |
| 4 | а | г | г |
| 5 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | 5 | г | б |
| 7 | а | г | в |
| 8 | в | г | б |
| 9 | г | б | 3 |
| 10 | 1 | в | 3 |
| 11 | 5 | 1 | Б |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ПУЛЬМОНОЛОГИЯ***

***Тема 5:* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ УДУШЬЯ. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ: а) ингаляционные глюкокортикоиды; б) внутривенное введение эуфиллина; в) ингаляционные антихолинэргические препараты (холинолитики); г) ингаляционные бета -2-агонисты короткого действия; д) ингаляционные бета -2-агонисты длительного действия; е) внутривенное введение глюкокортикоидов. **Выберите правильную комбинацию ответа:**

1. а,б,д

2. б,г,е

3. а,в,д

4. б,в,д

2. КАКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗВОЛЯЮТ ОТЛИЧИТЬ БРОНХИАЛЬНУЮ АСТМУ ОТ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ?

1. Ночные приступы удушья

2. Связь приступов с положением тела

3. Появление кашля в конце приступа удушья

4. Эффект от бета-2-адреномиметиков

3. ОБРАТИМОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ:

1. Результатами спирографического исследования с применением бета2-адреностимуляторов

2. Устранением признаков обострения заболевания

3. Всем перечисленным

4. Другими методами исследования

4. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНЫ:

1. ночные приступы удушья с поверхностным частым дыханием, могут сопровождаться пенистой мокротой

2. приступы удушья с затрудненным выдохом, после окончания приступа выделяется стекловидная вязкая мокрота

3. ослабленное везикулярное дыхание

4. вне приступа в нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые незвучные влажные хрипы

5. КАКИЕ КЛЕТКИ ПРИНИМАЮТ ОСНОВНОЕ УЧАСТИЕ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ:

1. эозинофилы

2. тучные клетки

3. нейтрофилы

4. Т-лимфоциты

5. тромбоциты

6. все вышеперечисленные

6. АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ ФОРМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТ РЕАКЦИИ:

1. цитотоксического типа

2. реагинового типа

3. все виды аллергических реакций

4. замедленной аллергии

5. повреждение иммунными комплексами

7. КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ ВЕРНЫ В ОТНОШЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. требует постоянного лечения

2. гиперреактивность бронхов является обязательным признаком

бронхиальной астмы

3. даже в период ремиссии в бронхах имеются признаки воспаления

4. все вышеперечисленное

8. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СПИРОГРАФИЧЕСКИХ И ПНЕВМОТАХОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, КАК ПРАВИЛО, СНИЖАЮТСЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ: А) ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ (ЖЕЛ); Б) ФОРСИРОВАННАЯ ЖЕЛ (ФЖЕЛ); В) МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (МВЛ); Г) МОЩНОСТЬ ВДОХА; Д) МОЩНОСТЬ ВЫДОХА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1. а,б.д

2. б,д

3. б,в,д

4. в,д

5. а, б, в, д

9. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. приступ удушья

2. приступ кашля

3. приступ затруднения дыхания

4. приступ потери сознания

10. НАЗОВИТЕ БЕТА-2-АГОНИСТ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ:

1. сальбутамол

2. беротек

3. сальметерол

4. астмопент

ВАРИАНТ 2

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. кислородотерапии

2. эуфиллина

3. кортикостероидов

4. интала

5. вибрационного массажа

2. ФАКТОРАМИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К РАЗВИТИЮ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА, ЯВЛЯЮТСЯ:

1. обострение хронического бронхита

2. проведение диагностических скарификационных проб

3. отмена гормональной терапии

4. острая респираторная вирусная инфекция

5. все вышеперечисленное

3. СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. дистального острого бронхита

2. трахеобронхита

3. проксимального острого бронхита

4. острого бронхиолита

4. К ИНГАЛЯЦИОННОМУ ПРЕПАРАТУ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. беротек

2. сальбутамол

3. беродуал

4. теофедрин

5. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. повышение МВЛ

2. снижение МВЛ

3. повышение ЖЕЛ

4. снижение индекса Тиффно

5. повышение индекса Тиффно

6. ПРИСТУПООБРАЗНЫЙ КАШЕЛЬ СО СКУДНОЙ, ТРУДНООТДЕЛЯЕМОЙ МОКРОТОЙ, ДЫХАНИЕ С УДЛИНЀННЫМ ВЫДОХОМ, СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ, ОБРАТИМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ, НАЛИЧИЕ В МОКРОТЕ СПИРАЛЕЙ КУРШМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. острого обструктивного бронхита

2. хронического обструктивного бронхита

3. хронического необструктивного бронхита

4. бронхиальной астмы

7. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ВСЕ, КРОМЕ:

1. Нарушение выдоха

2. Одышка

3. Акроцианоз

4. Диффузный цианоз

8. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОСПАЗМА С ПОМОЩЬЮ СПИРОГРАФИИ, СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРОБУ С:

1. Дозированной физической нагрузкой

2. Ингаляцией бета 2-адреностимулятора и холинолитических средств

3. Ингаляцией кислорода

4. Ингаляции аллергена

9. СИНДРОМ НЕОБРАТИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. бронхиальной астмы

2. острого бронхита

3. ХОБЛ

4. пневмонии

10. КАКАЯ ТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ? А) ЕЖЕДНЕВНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ; Б) НЕРЕГУЛЯРНЫЕ ИНГАЛЯЦИИ БЕТА-2-АГОНИСТОВ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ; В) ЕЖЕДНЕВНОЕ ВВЕДЕНИЕ БРОНХОДИЛАТАТОРОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ; Г) ЧАСТОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ГКС.

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ:

1. а,в

2. б.г

3. в,г

4. а,в,г

5. а,б

ВАРИАНТ 3

1. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ:

1. астматический статус

2. для решения экспертных вопросов

3. при подозрении заболевания (первичная постановка диагноза)

4. все вышеперечисленное

2. ДЛЯ КАКОГО ВАРИАНТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩАЯ КОМБИНАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ):

а) ночные приступы 2- 3 раза в месяц

б) отсутствие симптомов и нормальная функция легких между обострениями

в) пиковая скорость выдоха 80% от должной, суточные колебания ее менее 20%

**Выберите правильный ответ**:

1. интермитирующая;

2. легкая персистирующая;

3. персистирующая средней степени тяжести;

4. тяжелая персистирующая БА

3. БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. фенотерол (беротек)

2. ингаляционные глюкокортикоиды (бекламетазон, будесонид)

3. производные метилксантинов (теопек, теотард, теофиллин)

4. анаприлин

4. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. верапамил

2. интал (кромогликат натрия)

3. ингаляционные глюкокортикоиды

4. внутривенное введение эуфиллина, глюкокортикоидов

5. КАКОВ ХАРАКТЕР ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ?

1. экспираторная

2. инспираторная

3. смешанная

4. комбинированная

5. патологическая

6. КАКИЕ БРОНХОРАСШИРЯЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЕЙСТВУЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА БЕТА-2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ ЛЕГКИХ? А) АДРЕНАЛИН; Б) ЭФЕДРИН; В) ИЗАДРИН; Г) САЛЬБУТАМОЛ; Д) БЕРОТЕК. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ:

1. а,в,г,д

2. б,г,д

3. а,г,д

4. б,г

5. г,д

7. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ:

1. диффузионная способность легких (по СО2)

2. показатели максимальной вентиляции легких (МВЛ)

3. проба Тиффно

4. изменение жизненного объема легких

8. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ОКАЗЫВАЮТ БРОНХОСПАСТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ? А) ПРОПРАНОЛОЛ; Б) ГИСТАМИН; В) ГИДРОКОРТИЗОН; Г) ПРОСТАГЛАНДИН F2Α; Д) ЛЕЙКОТРИЕНЫ C,D,E.

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТА:

1. а,д

2. а,б

3. а,г,д

4. а,б,г,д

5. г,д

9. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ОБЫЧНЫХ ДОЗАХ? А) КАНДИДОЗ РОТОГЛОТКИ; Б) ЯЗВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА; В) ДИСФОНИЯ; Г) СТЕРОИДНЫЙ ДИАБЕТ; Д) ЧАСТЫЕ ИНФЕКЦИИ НОСОГЛОТКИ.

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТА:

1. а,в
2. а,б,г,д
3. все ответы правильные
4. а,д
5. а,б,д

10. К БРОНХОЛИТИКАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ**:**

1. метилксантины

2. холинолитики

3. симпатомиметики

4. блокаторы лейкотриеновых рецепторов

ОТВЕТЫ:

**ВАРИАНТ 1** 1-2; 2-2; 3-1; 4-2; 5-6; 6-2; 7-4; 8-3; 9-4; 10-3

**ВАРИАНТ 2** 1-4; 2-5; 3-4; 4-4; 5-4; 6-4; 7-3; 8-1; 9-3; 10-4

**ВАРИАНТ 3** 1- 4; 2 -1; 3 -2; 4 -4; 5 – 1; 6 – 5; 7 – 3; 8 – 4; 9 – 1; 10 - 4

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ПУЛЬМОНОЛОГИЯ***

***Тема 6:* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. ОСТРОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1.НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) глубокий зубец Q в отведениях V4-V6

б) депрессия сегмента SТ в I, II и аVL отведениях

в) депрессия сегмента SТ в I,III и аVF отведениях

г) синдром S1-Q3 и смещение вверх сегмента SТ в отведениях III, VI, V2

д) инверсия зубца Т в грудных отведениях

2.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

а) понижение прозрачности легочных полей

б) повышение прозрачности легочных полей

в) выбухание второй дуги по левому контуру в прямой проекции

г) удлинение нижней дуги по левому контуру во *2*-м косом положении

д) сдвиг правого сердечно-сосудистого угла вниз на прямой рентгенограмме

3.ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА В ПЕРИОД ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОГУТ БЫТЬ

а) отклонение электрической оси сердца вправо (угол альфа >+110о)

б) отношение R/Q в отведении аVR превышает 1

в) отношение R/S в отведении VI превышает 1

г) Rv1+Sv5 *>* 10,5 мм.

д) все перечисленные

4.САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

а) хронический обструктивный бронхит

б) туберкулез легких

в) интерстициальный легочный фиброз

г) тромбоэмболия легочной артерии

д) кифосколиоз

5. ПРИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИНДРОМЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

а) отеков нижних конечностей

б) гипертензии в малом круге кровообращения

в) набухания шейных вен

г) значительного повышения давления в легочных капиллярах

д) повышения конечного диастолического давления в правом желудочке

6. ДИУРЕТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ФУРОСЕМИДА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕОФИЛЛИНА

а) усиливается

б) не изменяется

в) ослабевает

7.К ГИПЕРТЕНЗИИ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ВЕДЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) спазма мелких сосудов малого круга кровообращения, обусловленного нарушением равномерности вентиляции паренхимы легкого

б) облитерации мелких сосудов малого круга кровообращения вследствие развития пневмосклероза

в) облитерации и коллабирования сосудов малого круга кровообращения при центриацинарной эмфиземе легких и образования булл в легких

г) повышенной эластичности стенок крупных сосудов малого круга кровообращения

8.В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРОЕ ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ

а) развивается в течение нескольких часов, дней

б) в течение нескольких недель, месяцев

в) в течение ряда лет

г) время не имеет значения в развитии легочного сердца

9.КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ПОДОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

а) повторные мелкие эмболии (тромбы, яйца паразитов, обломки эритроцитов при серповидноклеточной анемии)

б) раковый лимфангоит

в) повторные тяжелые приступы бронхиальной астмы

г) хроническая гиповентиляция

д) незаращение межпредсердной и межжелудочковой перегородки

е) верно: а, б, в, г

10.КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ОСТРОМУ ЛЕГОЧНОМУ СЕРДЦУ

а) тромбоэмболия легочной артерии (жировая, газовая, опухолевая)

б) вентильный пневмоторакс

в) приступ бронхиальной астмы

г) пневмония

д) стеноз митрального клапана

е) верно: а, б, в

ВАРИАНТ 2

1.БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО УМИРАЮТ ОТ ПРИСОЕДИНИВШИХСЯ

а) пневмонии и легочного нагноения

б) пневмонии и легочно-сердечной недостаточности

в) легочно-сердечной недостаточности и легочного кровотечения

2.НАЗОВИТЕ СИМПТОМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ

а) наличие признаков легочной гипертонии (клинических и рентгенологических)

б) наличие ЭКГ-признаков гипертрофии правого желудочка и правого предсердия

в) резкое возрастание одышки при физической нагрузке

г) боли в сердце, не снимающиеся нитроглицерином

д) все перечисленное верно

3.В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНЫЙ РЕФЛЕКС (РЕФЛЕКС ЭЙЛЕРА- ЛИЛЕСТРАНДА)

а) альвеолярная гипоксия вызывает спазм сосудов легких в ответ на появление в капиллярной крови гистамина

б) спазм капилляров в ответ на появление в просвете альвеолы аллергена

в) уменьшение объема альвеолы в ответ на гиперкапнию в прилегающих капиллярах

г) спазм артериол в гиповентилируемой части легкого, вызванный гипоксией

д) расширение сосудов в гиповентилируемой части легких

4.ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА, КРОМЕ

а) первичная легочная гипертензия

б) артериит (узелковый артериит и др.)

в) резекция легких

г) сдавление ствола легочной артерии опухолями средостения

д) эссенцнальная артериальная гипертония

5.ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОВЫШЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ, КРОМЕ

а) сужение сосудов в плохо вентилируемых участках (рефлекс Эйлера)

б) гипокапния

в) повышение внутригрудного давления на выдохе, которое передается на легочные капилляры

г) анатомическое уменьшение кровеносного русла (облитерация, атрофия)

д) артериовенозное шунтирование (приток крови из бронхиальных артерий с высоким давлением через артерио-венозные и меж артериальные анастомозы)

е) гипокапния и алкалоз

6.ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА, КРОМЕ

а) резкая боль в груди

б) резчайшая боль

в) цианоз

г) коллапс

д) тахикардия

е) кашель с выделением гнойной мокроты

ж) бронхообструктивный синдром

7.НАЗОВИТЕ ТИПЫ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

а) васкулярный (повышение давления в легочной артерии)

б) бронхолегочный

в) торакодиафрагмальный

г) при врожденных пороках сердца

д) при стенозе митрального клапана

е) сочетанный вариант ж) верно а, б, в

з) верно г, д, е

8.ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ХРОНИЧЕСКОМУ ЛЕГОЧНОМУ СЕРДЦУ ТОРАКОДИАФРАГМАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

а) поражение позвоночника и грудной клетки б) торакопластика

в) плевральные шварты

г) ожирение (синдром Пиквика)

д) все перечисленное

9.КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЖАЛОБ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНОГО **С** ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

а) одышка в покое и при физической нагрузке

б) приступы удушья по ночам

в) боли в сердце

г) перебои в сердце и сердцебиение

д) кашель с трудноотделяемой мокротой

е) боли и тяжесть в правом подреберье

ж) отеки на голенях '

з) верно а, б, в, г

и) верно а, в,д, ж

10.ПЕРЕЧИСЛИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

а) правограмма

б) синусовая тахикардия

в) признаки гипертрофии правого предсердия по ЭКГ (высокий Р в отв 2,3 аVF)

г) признаки гипертрофии правого желудочка по ЭКГ (высокий R в отв 3, V-1-2, смещение переходной зоны влево)

д) блокада правой ножки пучка Гиса

е) левограмма

ж) верно а, б, в, г, д

з) верно а, в, г, д, е

ВАРИАНТ 3

1.ЧТО ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

а) тромбозы

б) эмболии

в) васкулиты

г) все перечисленное верно

2. НАЗОВИТЕ САМЫЙ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ЛЕГОЧНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

а) определение центрального венозного давления

б) ЭКГ

в) катетеризация легочной артерии

г) определение давления в правом желудочке

д) поликардиография

3.КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПРЕДЕЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ

а) идиопатическая легочная гипертония

б) первичный склероз легочной артерии

в) идиопатическая гипертрофия правого желудочка

г) легочный артериит

д) болезнь Аэрза

е) все определения правильны

4.ВЫБЕРИТЕ РЕНТТЕН - ПРИЗНАКИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ

а) расширение правого желудочка

б) выбухание ствола легочной артерии

в) расширение главных ветвей и сужение мелких легочной артерии

г) все перечисленные признаки

5.КАКОВА В СРЕДНЕМ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

а) от нескольких месяцев до 5 лет

б) 5-7 лет

в) более 7 лет

6.КАКИЕ ЦИФРЫ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СЧИТАЮТСЯ НОРМАЛЬНЫМИ

а) 15-20 мм рт. ст.

б) 25-40 мм рт. ст.

в) больше 45 мм рт. ст.

7.ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ КАШЕЛЬ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

а) бронхиальной инфекцией

б) сдавлением бронхов центральными сосудами

в) рефлекторным механизмом

8. ПЕРВИЧНАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ЭТО

а) повышение давления в легочной артерии без видимой причины

б) повышение давления в легочной артерии в результате предшествующих заболеваний

9.ОТНОСИТСЯ ЛИ К ЛЕГОЧНОМУ СЕРДЦУ ГИПЕРТРОФИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЕГО ДИЛАТАЦИЯ ПРИ ЛЕГОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРАВОГО СЕРДЦА ИЛИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

а) да

б) нет

10. КАК МЕНЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ БРОНХО - ПУЛЬМОНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗАХ:

а) давление в легочной артерии не изменяется

б) давление в легочной артерии повышается

в) наблюдается падение давления в легочной артерии

ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ: «СИНДРОМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1билет | 2 | 3 |
| 1вопрос | г | б | г |
| 2 | в | д | г |
| 3 | д | г | е |
| 4 | а | д | г |
| 5 | г | е | а |
| 6 | а | е | а |
| 7 | г | ж | б |
| 8 | а | д | а |
| 9 | е | и | б |
| 10 | е | ж | а |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ***

***Тема №1.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСФАГИИ И ПИЩЕВОДНОЙ ДИСПЕПСИИ. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1. Какие из нижеперечисленных факторов играют роль в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

1) снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера;

2) повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера;

3) ослабление пищеводного клиренса;

4) усиление пищеводного клиренса;

5) гиперсекреция соляной кислоты.

2. К препаратам, снижающим желудочно-пищеводный рефлюкс, не относится:

1) мотилиум;

2) ганатон;

3) метоклопрамид;

4) папаверин;

5) гевискон.

3. К "Симптомам тревоги", на основании которых можно предполагать наличие у пациента злокачественного заболевания пищевода относится все кроме:

1)дисфагия;

2)ощущение горечи во рту;

3) частая рвота;

4)анемия;

5) снижение массы тела.

4. Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для:

1)ахалазии пищевода;

2)склеродермии;

3)диффузного спазма пищевода;

4)эзофагита;

5)пищевода Баррета.

5. При рефлюкс-эзофагите применяют а) нитроглицерин, б) мотилиум, в) но-шпу, г) папаверин, д) маалокс, е) рабепразол. Выберите правильную комбинацию:

1)а, б, в;

2) б, в, г;

3) в, г, д;

4) а, д, е;

5) б, д, е.

6. Для какого заболевания характерна гипертония нижнего пищеводного сфинктера?

1) склеродермия;

2) ахалазия кардии;

3) хронический рефлюкс-эзофагит;

4) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;

5) пищевод Баррета.

7. Какие особенности болей в грудной клетке характерны для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

1) возникают в горизонтальном положении и при наклонах туловища;

2) возникают при ходьбе;

3) связаны с приемом пищи;

4) купируются антацидами;

5) купируются спазмолитиками.

8. Какой метод является наиболее информативным в диагностике эндоскопически негативной

гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

1) рентгенологическое исследование пищевода;

2) эзофаготономанометрия;

3) [суточное мониторирование внутрипищеводного рН](http://gastroscan.ru/physician/ph-metry-long/);

4) сцинтиграфия пищевода;

5) эндоскопическая ультрасонография.

9. Заболевания, сопровождающиеся изжогой, не включают:

1) язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки;

2)высокую язву малой кривизны желудка;

3) скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит;

4)гастрит;

5)дискинезию желчного пузыря.

10. Назовите основные осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

1)возникновение пептических стриктур пищевода;

2)развитие кровотечений из эрозий и язв пищевода;

3)формирование пищевода Баррета;

4)возникновение грыж пищеводного отверстия диафрагмы;

5)возникновение недостаточности кардии.

ВАРИАНТ 2

* + 1. Отличительной особенностью при рефлюкс-эзофагите является:

1)усиление после употребления молочной пищи

2) «голодные» боли

3) длительность и жгучий характер боли

4) боли за грудиной

5)усиление после приема кислой пищи

1. Какие из нижеперечисленных средств не показаны больным с ГЭРБ? Назовите неправильный ответ:
2. антациды/альгинаты
3. холиномиметики
4. прокинетики
5. блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов
6. антихолинэргические преапараты
7. ингибиторы «протонной помпы»

3. Назовите цифры давления в НПС, характерные для ГЭРБ:

1) 15 мм рт. ст.

2) 12 мм рт. ст.

3) 9 мм рт. ст.

4) 20 мм рт.ст.

4.К факторам защиты пищевода относятся все, кроме (выберите неправильный ответ):

1)снижение пищеводного клиренса

2)резистентность слизистой оболочки пищевода

3)нормальный тонус нижне-пищеводного сфинктера

4)нормальный кротовок

5. При ГПОД характерными являются следующие проявления:

1)боли за грудиной

2)изжога

3)анемия

4)жидкий стул

6.Назовите основные диагностические проявления патологического рефлюкса при ГЭРБ:

1) частота рефлюкса более 20 эпизодов за сутки

2) частота рефлюкса более 50 эпизодов за сутки

3)рН <4,0

4) рН>7,0

5)общая длительность рефлюкса >4.2% от времени суток

6)продолжительность рефлюкса менее 1 часа в сутки

7.Основными внепищеводными синдромами при ГЭРБ могут являться все, кроме:

1) приступы бронхоспазма

2) стоматологические проявления

3) симптомы со стороны ЛОР-органов

4)кишечная симптоматика (поносы, запоры)

5)кардиальный синдром

8.Назовите симптом, не относящийся к «симптомам тревоги» при ГЭРБ:

1)дисфагия

2)избыточная масса тела

3) похудание

4)анемия

5)частая рвота

6)кровотечение

9.рН среды в пищеводе в норме составляет

1)4,4-5,4

2)5,5-7,0

3)3,3-4,9

4)7,4-8,0

10.При ГЭРБ общее время снижения внутрипищеводного уровня рН за сутки составляет

1)25-60% от времени суток

2)4-14.5 часов

3)1-2.5 часа

4) 18-20часов

ВАРИАНТ 3

1. У больного при ФГДС обнаружены множественные эрозии пищевода. С каким заболеванием связано их возникновение?   
А. ГЭРБ неэрозивная форма   
Б. ГЭРБ эрозивная форма   
В. Хронический гастрит типа А   
Г. Язвенная болезнь желудка

2.Больной 42 лет жалуется на затруднение при глотании твердой пищи, боль в нижней части грудины, поперхивание. При исследовании выявлена анемия (Нв 60 г/л) и повышение СОЭ до 47 мм/ч.Ваш предварительный диагноз?   
А. Рак пищевода   
Б. Дивертикул пищевода   
В. ГЭРБ   
Г. Хронический эзофагит   
Д. Рак желудка

3.Больная 49 лет с повышенной массой тела жалуется на боль в эпигастрии и изжогу ночью. Какой метод исследования целесообразнее?   
А. ЭКГ   
Б. Фракционное исследования желудочного сока   
В. УЗИ   
Г. Рентгеноскопия желудка   
Д. Эзофагогастродуоденоскопия

4.Больной жалуется на интенсивную боль под мечевидным отростком, которая усиливается ночью, не проходит, а увеличивается после еды, сопровождается изжогой. О каком заболевании можно думать в первую очередь?   
А. Язва 12-перстной кишки   
Б. Язва желудка   
В. Хронический гастрит типа А   
Г. ГЭРБ   
Д. Хронический гастрит типа В

5. Назовите основные клинические формы ГЭРБ   
А. Неэрозивная и эрозивная ГЭРБ   
Б. Стриктуры пищевода   
В. Пищевод Баррета   
Г. Все выше перечисленные

6. Пищевод Баррета это:   
А. Осложнение язвы желудка   
Б. Осложнения язвы 12-перстной кишки   
В. Осложнение ГЭРБ   
Г. Осложнения хронического гастрита   
Д. Осложнения цирроза печени 

7. Что характерно для пищевода Баррета?   
А. Язвы пищевода   
Б. Язвы желудка   
В. Анемия   
Г. Тонкокишечная метаплазия эпителия в слизистой пищевода

8.Больной, страдающий бронхиальной астмой, жалуется на приступы удушья, которые возникают при наклонах туловища или в горизонтальном положении. Эти проявления были расценены им как приступы бронхиальной астмы, но обычные средства купирования приступов не дали результатов. Чем можно объяснить данное явление?   
А. Привыканием к средствам, применяемым   
Б. Потребностью увеличить дозу средств, обычно используемых   
В. Наличием сочетанной патологии (ГЭРБ)

9. Женщину доставили в клинику с болью в области мечевидного отростка, который возник во время сна, сопровождался тошнотой и однократно рвотой с примесью крови. В анамнезе: жалобы на изжогу в течение последнего года. Живот участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастрии. Какая наиболее вероятная причина абдоминальной боли?   
А. Инфаркт миокарда   
Б. Острый гастрит   
В. Острый панкреатит   
Г. Желчная колика.   
Д. ГЭРБ

10. Больная, 48 лет, жалуется на периодическую боль в эпигастрии, которая усиливается при наклонах туловища, изжогу после употребления любой пищи. После прием 20 мг рабепразола в течение первого дня эти симптомы исчезли. Для какого заболевания характерна эта клиническая картина?   
А. Хронический гастрит типа В   
Б. Язвенная болезнь 12-перстной кишки   
В. ГЭРБ   
Г. Хронический панкреатит   
Д. Хронический гепатит

**ОТВЕТЫ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | | ВАРИАНТ  2 | | ВАРИАНТ  3 |
| 1 | 1,3,5 | | 3,4,5 | | Б |
| 2 | 4 | | 5 | | А |
| 3 | 2 | | 3 | | Д |
| 4 | 2 | | 1 | | Г |
| 5 | 5 | | 1,2 | | А |
| 6 | 2 | | 2,3,5 | | В |
| 7 | 1,3,4 | | 4 | Г | |
| 8 | 3 | | 2 | В | |
| 9 | 5 | 2 | | Д | |
| 10 | 1,2,3 | 1,2 | | В | |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ***

***Тема №2.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1. ГЛАВНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ:

а) пепсиноген

б) химозин

в) соляную кислоту

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

2. ГАСТРИН СЕКРЕТИРУЕТСЯ:

а) антральным отделом желудка

б) фундалъным отделом желудка

в) слизистой 12-перстной кишки

г) бруннеровыми железами

д) поджелудочной железой

3. У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕН ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРАЦИДНЫЙ ГАСТРИТ С ЭРОЗИЯМИ. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ДАННОЙ СИТУАЦИИ:

а) облепиховое масло и но-шпа

б) гастроцепин и церукал

в) омез и трихопол

г) вентер и гастрофарм

4. УКАЖИТЕ ОТЛИЧИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ГАСТРИТ А ТИПА В?

а) Выраженная гастринемия

б) Нормальное содержание гастрина

в) Выраженная гипоацидность

г) Любой тип секреции

д) Развитие В12 – дефицитной анемии

5. ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРИТОВ ПРОТИВОПОКАЗАНА:

а) при ригидном антральном гастрите

б) при полипозе желудка

в) при геморрагическом гастрите

г) при эозинофильном гастрите

д) при всем перечисленном

6. К ИСТИННЫМ АНТАЦИДАМ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ?

а) де-нол

б) вентер (сукральфат)

в) гастрофарм

г) альмагель

д) циметидии

7. КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА СНИЖАЮТ:

а) соматостатин

б) секретин

в) глюкагон

г) инсулин

д) верно а, б, в

е) все верно

8. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАЛЮДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СЕКРЕТОРНО- КИСЛОТО ОБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА:

а) хронический антрум-гастрит

6) хронический гипертрофический гастрит

в) хронический атрофический гастрит

г) синдром Золлингера - Эллисона

д) при всех указанных формах

9. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА:

а) исследование желудочной секреции 6) рентгенологическое исследование

в) гастроскопия с биопсией

г) антитела к обкладочным клеткам

д) выявление хеликобактерий

е) верно а, в ,г

ж) верно б, в, д

10. УКАЖИТЕ СИНТЕТИЧЕСКИЙ АНАЛОГ ПРОСТАГЛАНДИНОВ, УВЕЛИЧИВАЮЩИЙ СЛИЗЕОБРАЗОВАНИЕ И ПОВЫШАЮЩИЙ СЕКРЕЦИЮ БИКАРБОНАТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА:

а) мезопростол (сайтотек)

б) пирензипин (гастроцепин)

в) ранитидин (зантак)

г) домперидон (мотилиум)

ВАРИАНТ 2.

1. ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ:

а) соляную кислоту

б) молочную кислоту

в) гастромукопротеин

г) муцин

д) пепсиноген

2. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ, ОТНОСЯТСЯ:

а) анализ желудочного сока

6) рентгеноскопия желудка

в) гастроскопия

г) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка

д) верно в) и г)

3. БОЛЬНАЯ 35 ЛЕТ, ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ ПОСЛЕ ЕДЫ РАСПИРАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ПОДТАШНИВАНИЕ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА. БОЛЕЕТ 3 НЕДЕЛИ, ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ СВЯЗЫВАЕТ С ПОГРЕШНОСТЯМИ В ДИЕТЕ. НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА И ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С ПОВЫШЕННОЙ

СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА. КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИМЕЮТ ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

а) диета, дробное питание

б) спазмолитики

в) ферментативные препараты

г) антациды и антисекреторные препараты

д) прием минеральной воды

е) горечи.

4. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НЕ ДОПУСТИМО ПРИМЕНЕНИЕ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ:

а) хронический гастрит с повышенной и сохраненной секрецией в фазе обострения

б) при наличии боли и диспептических нарушений

в) хронический гастрит с секреторной недостаточностью

5. ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРИТОВ ОСНОВАНА:

а) на правильном режиме и характере питания

б) на устранении профессиональных вредностей

в) на отказе от алкоголя

г) на лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту

д) на всем перечисленном

6. ХЕЛИКОБАКТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) кислото неустойчивыми

6) кислото нейтрализующими

в) соляная кислота нейтральна для метаболизма бактерий

г) кислото устойчивыми

7. К КАКОЙ ГРУППЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ОМЕЗ:

а) антацид

б) М-холинолитик

в) антихеликобактерный антибиотик

г) Н-2-блокатор гистаминовых рецепторов

д) блокатор «протоновой помпы»

8. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ?

а) атропин

б) натуральный желудочный сок

в) алъмагель

г) циметидин

д) гистамин

9. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ МОЩНЫМ УГНЕТАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ НА ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ:

а) омепразол (лосек, зероцид)

6) циметидин (тагамет)

в) фамотидин (пепсидин).

г) сукральфат (вентер)

д) пирензипин (гастроцепин)

10. УКАЖИТЕ АНТИСЕКРЕТОРНЫЙ ПРЕПАРАТ, БЛОКИРУЮЩИЙ ПРОТОННУЮ ПОМПУ:

а) фамотидин (пепсидин)

б) пирензипин (гастроцепин)

в) сукральфат (вентер)

г) омепразол (лосек, зероцид)

ВАРИАНТ 3.

1. ДОБАВОЧНЫЕ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СЕКРЕТИРУЮТ:

а) муцин

6) бикарбонаты

в) гастрин

г) секретин

д) внутренний фактор Кастла

2. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ Н.PYLORI ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ:

а) де-нол

б) метронидазол

в) ампициллин

г) все перечисленное

3. БОЛЬНОЙ В., ЖАЛУЕТСЯ НА ОЩУЩЕНИЕ ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАСТРИИ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПОСЛЕ ЕДЫ, ОТРЫЖКУ ВОЗДУХОМ, НЕУСТОЙЧИВЫЙ СТУЛ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ — ГИСТАМИНРЕФРАКТЕРНАЯ АХЛОРГИДРИЯ. КАКОЕ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОЛЖНО БЫЬ ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ?

а) общий клинический анализ крови

б) исследование внешней секреции поджелудочной железы

в) копрограмма

г) гастроскопия с биопсией

д) рентгенологическое исследование желудка

4. КАКОВ ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А:

а) антибактериальные препараты

б) антациды и антисекреторные препараты

в) обволакивающие, вяжущие препараты

г) заместительная терапия (соляная кислота, ацидин-пепсин, ферментные препараты)

5. pH ЧИСТОГО ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

а) 0,5 -0,9

6) 0,9 - 1,5

в) 1,5 - 2,0

г)2,0-2,5

6. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СРЕДСТВ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ ГАСТРО-ЭЗОФАГАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ:

а) антациды

б) прокинетики

в) блокаторы «протоновой помпы»

г) антихолинергические препараты

д) блокаторы Н2 – гистаминовых рецепторов

7. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:

а) вяжущих и обволакивающих средств

6) заместительной терапии

в) витаминов

г) блокаторов «протоннойпомпы»

8. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ?

а) бетацид

б) панзинорм

в) ранитидин

г) преднизолон

д) натуральный желудочный сок

9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

а) фамотиднн (гастросидин)

б) омепразол (лосек, зероцид)

в) ранитидин (зантак)

г) метоклопрамид (церукал)

д) пирензипин (гастроцепин)

10. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИСЕКРЕТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ОМЕПРАЗОЛА СОСТАВЛЯЕТ:

а) 2-4 часа

б)8-10 часов

в) 16-20 часов

г) 24 часа

д) 2-3 суток

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | Г | А | А |
| 2 | А | Д | Г |
| 3 | В | Г | Г |
| 4 | Б | В | Г |
| 5 | Д | Д | Б |
| 6 | Г | Г | Г |
| 7 | Д | Д | Г |
| 8 | В | Б | В |
| 9 | Е | В | Д |
| 10 | А | Г | Г |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ***

***Тема №3.* ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5.*

ВАРИАНТ 1.

1. ПОНОСЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДПК. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ ПРИ ТАКОМ СОЧЕТАНИИ?

а) Рак ДПК

б) Синдром Золлингера-Эллисона (гастринома)

в) Синдром раздраженного кишечника

г) Синдром Мэллори-Вейса

2. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА H. PYLORI?

а) Сукральфат, циметидин

б) Де-Нол, фамотидин

в) Омез, ранитидин

г) Амоксициллин, кларитромицин

д) Альмагель, маалокс

3. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ЯЗВЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ В ПОЛЬЗУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ХАРАКТЕРА ПРОЦЕССА?

а) Большие размеры язвы

б) Локализация на большой кривизне

в) Увеличение СОЭ, похудание

г) Гистаминоустойчивая ахлоргидрия

д) При эндоскопии: неправильная форма изьязвления, неровные и бугристые края язвы, инфильтрация вокруг язвы, регидность стенки желудка в месте поражения

е) Всё вышеперечисленное

4. БОЛЬНУЮ 62 ЛЕТ, В ТЕЧЕНИЕ МНОГИХ ЛЕТ БЕСПОКОИЛА СИЛЬНАЯ ИЗЖОГА, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАКЛОНЕ, СРЫГИВАНИИ. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА ОТМЕЧАЕТ ВЫРАЖЕННОЕ ЖЖЕНИЕ И БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ В ОБЛАСТИ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА. 5 ДНЕЙ НАЗАД НОЧЬЮ БЫЛА РВОТА АЛОЙ КРОВЬЮ, СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА СНИЗИЛОСЬ ДО 60 Г/Л. ПОЯВИЛСЯ ЧЕРНЫЙ СТУЛ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОТНЫЙ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ?

а) рак кардии

б) синдром Мэллори-Вейса

в) эрозивно-язвенный рефлюкс - эзофагит

г) варикозные узлы пищевода

д) легочное кровотечение

5. При язвенной болезни с локализацией в 12-перстной кишке назначают:

а) омез или Н2-блокаторы

б) викалин, альмагель

в) циметиднн или омез

г) трихопол

д) все выше перечисленное

6. У больного при рентгенологическом исследовании выявляется ниша на большой кривизне желудка. Какое заболевание Вы прежде всего будете предполагать?

а) хронический гастрит

б) язвенная болезнь

в) днвертнкулез желудка

г) полипоз желудка

д) рак желудка

7. В СТАЦИОНАР ПОСТУПИЛ БОЛЬНОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДПК, С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ; РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ «НИША» В ЛУКОВИЦЕ ДПК. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ГИПЕРАЦИДНОЕ СОСТОЯНИИ. ВРАЧ НАЗНАЧИЛ СЛЕДУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ: НА ТРЕТИЙ ДЕНЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛИСЬ ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ?

а) альмагелъ А

б) омез

в) церукал

г) трихопол

д) фенозепам

8. Механизм болей при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки обусловлен:

а) кислотно-пептическнм фактором

6) спазмом пшюродуоденальной зоны

в) повышением давления в желудке н двенадцатиперстной кишке

г) пернульцерозным воспалением

д) всем перечисленным

9. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

а) рвота желчью

б) урчание в животе

в) резонанс под пространством Траубе

г) шум плеска через 3-4 часа после приема пиши

д) видимая перистальтика

10. Основным отличием симптоматических язв от язвенной болезни является:

а) локализация язвы

б) величина язвы

в) отсутствие хронического рецидивирующего течения

г) кровотечение

д) частая пенетрация

ВАРИАНТ 2

1. У больного с многолетним течением язвенной болезни 12-перстной кишки появилась многократная рвота с остатками пищи, съеденной накануне, чувство тяжести в эпигастральной области. О каком осложнении следует думать?

а) стеноз привратника (пилоростеноз)

б) пилороспазм

в) пенетрация

г) малигнизация

2. К КАКОЙ ГРУППЕ противоязвенных препаратов относится омепразол (омез)?

а) блокатор протоновой помпы, снижает секрецию соляной кислоты

6) блокатор гнстамнновых рецепторов 2-го ряда

в) усиливает локальный синтез гфостагландинов

г) блокатор М] - холинорецепторов париетальных и главных клеток

3.Назовите основной признак декомпенсированного стеноза привратника?

а) рвота на высоте боли

б) снижение массы тела из-за обезвоживания и недостаточного питания

в) запоры

г) поносы

4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДПК, АССОЦИИРОВАННОЙ С H. PYLORI, НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ТРИХОПОЛ) В КОМПЛЕКТЕ С H2-БЛОКАТОРАМИ ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ:

а) нежелательно, так как снижение кис югаости снижает антибактериальное действие грихопола

б) Желательно, так как Н2-блокаторы также обладают антимикробным действием

в) Желательно, так как эффект антибактериальных препаратов в отношении H. Pylori реализуется в условиях снижения активности

5.Какие боли наиболее характерны для язвенной болезни желудка:

а) Боли в эпигастрии, выше пупка, ранние, проходят после рвоты

б) боли в правом подреберье, приступообразные, усиливающиеся после приема пищи, рвота облегчения не приносит

в) боли в эпнгастрии, справа от средней ливни живота, поздние, проходящие после рвоты, приема пищи

6. К ВАМ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С АНАМНЕСТИЧЕСКИМ УКАЗАНИЕМ НА ОБИЛЬНУЮ РВОТУ «КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ» НАКАНУНЕ. К КАКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ВЫ ПРИБЕГНЕТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

а) гемоглобин

б) гематокрит

в) индекс Альговера

г) анализ кала на скрытую кровь

д) пальцевое исследование прямой кишки

7. У МУЖЧИНЫ 25 ЛЕТ, НЕДЕЛЮ НАЗАД ВПЕРВЫЕ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ИНТЕНСИВНЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ 1.5 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НОЧЬЮ. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

а) хронический гастрит

6) язвенная болезнь желудка

в) рак желудка

г) язвенная болезнь 12-перстной кишки

д) хронический панкреатит

8. ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ РЕДКО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ НАСТУПАЮТ:

а) 1-2 раза в 2-3 года

б) 2 раза в год

в) 3 раза в год

г) 1 раз в 5 лет

9. Подтвердить пенетрацию язвы могут все перечисленные симптомы, кроме:

а) появления ночных болей

б) уменьшения ответной реакции на ангациды

в) появления болей в спине

г) усиления болей

д) изменения характерного ритма язвенных болей

10. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет:

а) к снижению кислотности желз'дочного содержимого

б) к повышению кислотности желудочного содержимого

в) к повышению уровня пепсина в желудочном содержимом

г) ни к чему из перечисленного

ВАРИАНТ3.

1. У больного язвенной болезнью желудка изменился характер болей: они стали почти постоянными с иррадиацией в спину. Какое осложнение следует предполагать?

а) перфорация

6) пенетрация

в) кровотечение

г) пилоростеноз

2. Каков основной механизм действия гастроцепина?

а) блокатор протоновой помпы, снижает секрецию соляной кислоты

б) блокатор гистаминовых рецепторов 2-го ряда

в) усиливает локальный синтез простагландинов

г) Блокатор М1-холинорецепторов париетальных и главных клеток слизистой оболочки желудка, угнетает синтез соляной кислоты

3. У больного среднего возраста (в анамнезе язвенная болезнь) после значительной физической нагрузки, выполненной накануне, ночью появились сильные боли в подложечной области, тошнота, была однократная рвота. Сам больной связывает свое состояние с употреблением несвежей пищи. Какие заболевания следует иметь в виду при проведении дифференциальной диагностики:

а) инфаркт миокарда

б) пищевая токсикоинфекция

в) прободение язвы

г) острый панкреатит

д) все вышеперечисленное верно

4. Больной 42 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки и эссенциальной гипертонией, стабилизировавшейся на невысоких цифрах. В настоящее время после длительной ремиссии появились признаки обострения язвенной болезни и отмечено повышение АД до 190/110 мм рт. ст. Выберите один из медикаментов для лечения гипертонической болезни у данного больного:

а) атенолол

б) адельфан

в) резерпин

г) раунатин

5.К блокаторам Нл - гистаминовых рецепторов относятся все, кроме:

а) циметидин

6) ранитидин

в)зоран

г) фамотидин

д) финоптин

е) гасгросидин

6.В каком случае вы не предложите больному с упорным течением язвы 12-перстной кишки оперативное лечение:

а) клинические и ннструметальные данные за пенетрацию

6) декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз

е) повторные кишечные кровотечения

г) Неэффективность повторных курсов терапии, включая Н2-блокаторы и блокаторы протоновой помпы

д ) Неэффективность повторных курсов терапии, включая Н2-блокаторы и Де-Нол

7. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке относятся:

а) кислотно-пептический фактор

б) ускоренная эвакуация

в) "кислые" стазы в двенадцатиперстной кишке

г) верно а) и б)

д) все перечисленные

8. При язвенной болезни непрерывно рецидивирующего течения обострения возникают:

а) 4 и более раз в год

б) 1 раз в год

в) 2 раза в год

г) периодов ремиссии не существует

д) верно а) и г)

9.При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается:

а) активность амилазы

б) активность липазы

в) уровень глюкозы

г) активность щелочной фосфатазы

д) ничего из перечисленного

10. Продукцию соляной кислоты снижает:

а) циметидин

б) гастроцепин

в) ранитидин

г) атропин

д) все перечисленные препараты

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ « ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | Б | А | Б |
| 2 | Г | А | Г |
| 3 | Е | Б | Д |
| 4 | В | В | А |
| 5 | Д | А | Д |
| 6 | Б | А | Г |
| 7 | В | Г | Д |
| 8 | Д | Г | Д |
| 9 | Г | А | А |
| 10 | В | А | Д |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ***

***Тема №4.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ(ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, БОЛЕЗНЬ КРОНА, СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ).**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1. К Вам обратился больной, последние месяцы страдающий анемией неясного генеза. При осмотре в мезогастрии справа неотчетливо пальпируется опухолевидное образование. С каким методом диагностики Вы прежде всего связываете надежду на успех диагностики:

а) стернальная пункция

б) сцинтиграфня почек

в) колоноскопия

г) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

д) гастроскопия

2. Укажите осложнение, не характерное для язвенного колита:

а) массивное кишечное кровотечение

б) перфорация толстой кишки

в) перфорация тонкой кишки

г) перитонит

3. Девочка 5 лет заболела остро. Через 2 часа после приема пищи появились острые боли по всему животу, частая рвота, трижды был жидкий стул с примесью слизи и темноватой крови. Температура тела Зб,8°С. При осмотре: язык влажный, живот умеренно вздут во всех отделах. В правой подвздошной области пальпируется болезненное, малоподвижное образование эластической консистенции. При пальцевом исследовании прямой кишки: анус плотно охватывает палец, слизистая гладкая, на перчатке кровь. Наиболее вероятный диагноз:

а) дивертикулит Меккеля

б) инвагинационная кишечная непроходимость

в) болезнь Крона

г) аппендикулярный инфильтрат

д) неспецифический язвенный колит

4. Наиболее частой локализацией дивертикулов толстой кишки является:

а) прямая кишка

6) сигмовидная кишка

в) нисходящая кишка

г) ободочная кишка

д) слепая кишка

5. Если у больного выделение крови из заднего прохода в виде «смородинового желе», то какова наиболее вероятная локализация источника кровотечения?

а) пищевод

б) желудок

в) 12-перстная кишка

г) ободочная кишка

д) прямая кишка

6. Обострение язвенного колита может быть связано:

а) с прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином

б) с беременностью

в) с нарушением диеты

г) с интеркуррентной инфекцией

д) со всем перечисленным

7. В диагностике Язвенного колита ведущее значение имеет:

а) физикальное обследование

б) анализ кала на скрытую кровь

в) ирригоскопия

г) колоноскопия

д) верно в) и г)

8. Что такое мелена:

а) «жирный», блестящий, плохо смываемый кал

б) жидкий кал черного цвета

в) серый, обесцвеченный кал

г) кал с кусочками непереваренной пищи

д) черный оформленный кал

9.Какой симптом не наблюдается при болезни Крона и язвенном колите?

а) диарея

б) артриты

в) узловая эритема

г) запоры

д) ирит, эписклерит

10.Какие средства рекомендуется назначать при синдроме раздраженной кишки с гипомоторной дискинезией?

1) Антрахиноны

2) Балластные вещества

3) Антациды

4) Прокинетнки

5) Спазмолитики

Ответы:

а) 1,3,5

б) 2,4

в) 1,5

г) 3,4

д) 1,3

ВАРИАНТ 2

1. Женщина 45 лет обратилась с жалобами на чередование запоров и поносов, вздутие живота, колодные и горячие приливы, боли в животе при акте дефекации, отсутствие менструаций. Стул со слизистыми пробками, лишенный запаха. Объективно депрессией ость настроения, Живот мягкий, слегка чувствительный по ходу толстого кишечника. Полное клинико-лабораторное исследование не выявило патологических изменений. Ваш диагноз:

а) хронический колит

б) хронический энтерит

в) энтероколит

г) ранний климакс

д) раздраженная толстая кишка (дискинезия толстого кишечника)

2.При каком преимущественном поражении появляется слизь и кровь в кале:

а) тонкой кишки

б) толстой кишки

3.КАкой первый диагностический прием Вы примените при подозрении на рак прямой кишки:

а) ректороманоскопию

6) ирригоскопию

в) аноскопию

г) пальцевое исследование прямой кишки

д) исследование кала на скрытую кровь

4. Больная 21 года, обратилась к участковому врачу е жалобами на периодически возникающие сердцебиения, чувству неполного вдоха, приступы коликообрззных болей в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом с обилием слизи. Приступы провоцируются психоэмоциональным перенапряжением, Объективно: пониженного питания, пальпируется спазмировзнная сигмовидная кишка. Ректороманоскопически патологии нет. Каков ваш предварительный диагноз:

а) амебиаз

б) хронический энтероколит

в) синдром раздраженной толстой кишки

г) пищевая токсикоинфекция

д) неспецифический язвенный колит

5. Какое из заболеваний, выявленных Вами в ходе амбулаторного наблюдения у пожилой женщины, является непременным показанием к госпитализации и оперативному лечению?

а) ворсинчатая опухоль прямой кишки

б) одиночный камень в желчном пузыре без признаков холецистита

в) дивертикулез ситовидной кишки

г) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

д) бессимптомный дивертикул средней трети пищевода

6. Основными клиническими симптомами язвенного колита являются все перечисленные, кроме:

а) кишечных кровотечений

б) болей в животе

в) поносов

г) перианальных абсцессов

7. В профилактике рецидивов неспецифического язвенного колита достоверное значение имеет:

а) щадящая диета

б) прием сульфасалазина в дозе 1 -2 г в сутки

в) ограничение физической нагрузки

г) прием седативных средств

д) ничего из перечисленного

8. какой симптом является наиболее характерным проявлением язвенного колита?

а) разлитая боль в животе

б) жидкий стул

в) частые кровянистые испражнения

г) узловая эритема

д) боли в суставах

9. Синдром раздраженного кишечника представляет собой:

а) хронический неспецифический колит

б) хронический неспецифический энтероколит

в) функциональное расстройство толстой кишки

10. Какие средства рекомендуется использовать при синдроме раздраженной кишки с диареей:

1. Антрахиноны

2. Балластные вещества

3. Антациды

4. Прокинетики

5. Спазмолитики

ОТВЕТЫ:

а) верно 1,4,5

б) верно 1,5

в) верно 4,3

г) верно 3,5

д) верно 1,3

ВАРИАНТ 3

1. Для (неспецифического) язвенного колита характерно все, кроме:

а) возможность малигнизации

6) возможность развития токсического мегаколона

в) хороший эффект от лечения салазопиридазином и стероидами

г) генез заболевания точно установлен, патогенетическое лечение обосновано

д) частые внеорганные проявления (панкреатит, иридоциклит)

2.Какой из перечисленных методов исследования является наиболее информативным для постановки диагноза хронического колита:

а) общий анализ крови

б) общий анализ кала

в) рентгеноскопия кишечника

г) колоноскопия с биопсией

д) ректороманоскопия

3.Больной 56 лет, наблюдается по поводу неспецифического язвенного колита, получает три препарата в течение 2-х месяцев. 7 дней назад у больного появились: тошнота, рвота, повышенный гемолиз эритроцитов, агранулоцитоз, нейропатия верхних конечностей. Какой из лекарственных препаратов ответствен за побочные эффекты:

а) преднизолон

б) сульфасалазин

в) рибофлавин

г) их комбинация

д) ни один из них

4.Больной поступил с жалобами на похудание на 6 кг за 2 месяца, общую слабость, раздражительность, появление крови алого цвета в кале, затруднение при акте дефекации. В анамнезе полипэктомкя сигмовидного отдела. Объективно - в области сигмо-нисходящего отдела пальпаторно определяется уплотнение 3x4 см, безболезненное, бугристое. Реакция Грегерсена +++. Реакция Вебера +++.

По каким признакам врач поставил диагноз: опухоль сигмо -нисходящего отдела толстой кишки?

а) похудание

б) затруднение при дефекации

в) реакция Грегерсена +++

г) пальпируемая опухоль

5. Самым частым проявлением какого заболевания является выделение алой крови из заднего прохода при дефекации, злоупотреблении алкоголем и острыми закусками?

а) анальная трещина

б) ворсинчатая опухоль

б) парапроктит

г) рак прямой кишки

д) геморрой

6. Внекишечными проявлениями неспецифического язвенного колита являются:

а) артрит

б) поражение кожи

в) поражение печени

г) тромбофлебит

д) все перечисленное

7. При обострении неспецифического язвенного колита рекомендуется:

а) диета с исключением молока

б) безбелковая диета

в) протертая пища

г) диета с исключением моносахаридов

д) диета с пониженным количеством жира

8.Что неверно в отношении лечения неспецифического язвенного колита?

а) никогда не следует применять стероиды местно (в свечах)

6) стероиды эффективнее сульфаниламидов

в) целесообразна терапия иммуносупрессорами

г) лечение обычно начинается с сульфасалазина

д) лечение продолжается несколько месяцев

9.Какие патологические изменения не встречаются при синдроме раздраженного кишечника?

а) воспаление слизистой оболочки

6) нарушение секреторной функции

в) нарушение моторной функции

г) нарушение рецепторной активности стенки кишки

д) ничего из перечисленного

10.К балластным веществам относятся все, кроме:

а) метилцеллюлоза

б) лактулоза

в) отруби

г) мукофальк

д) диметикон

**ОТВЕТЫ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | В | Д | Г |
| 2 | В | Б | Г |
| 3 | Б | Г | Б |
| 4 | Б | В | Г |
| 5 | Г | А | Д |
| 6 | Д | Г | Д |
| 7 | Д | Б | А |
| 8 | Б | В | А |
| 9 | Г | В | А |
| 10 | Б | Г | Б |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ***

***Тема №5.* ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ:** **КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ (ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ-ЦЕЛИАКИЯ, ЭНТЕРИТ, БОЛЕЗНЬ УИППЛА, ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ иммунодефиците СПИДЕ).**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1. Какой из копрологических симптомов с наибольшей достоверностью свидетельствует о нарушении всасывания в тонкой кишке?

а) амилорея внеклеточным крахмалом

б) стеаторея с преобладанием нейтрального жира

в) стеаторея, представленная мылами

г) креаторея с преобладанием мышечных волокон без сарколеммы

д) ничего из выше перечисленного

2.При каком заболевании не наблюдается стеаторея:

а) панкреатит

6) склеродермия

в) дизентерия

г) амилоидоз

3. При Р-скопИи кишечника обнаружено: ригидность пораженных петель кишечника, сужение просвета, мозаичная картина с мелкими дефектами наполнения за счет отека и линейных язв, «симптом струны» - резкое сужение просвета конечного отдела подвздошной кишки. Для какого заболевания это характерно:

а) болезнь Уиппла

б) болезнь Крона

в) неспецифический язвенный колит

г) дискинезия толстого кишечника

д) энтероколит

4 Что такое мальдигестия?

а) нарушение переваривания

б) нарушение всасывания

в) нарушение секреции

г) нарушение историки

5. при диарее, вызванной бродильной диспепсией, характерно:

а) амилорея

б)креаторея

в) стеаторея

6. К возможным осложнениям хронического энтероколита относятся:

а) анемия гипохромного характера

б) анемия гиперхромного характера

в) синдром избыточного размножения бактерий

г) остеопороз

д) все перечисленные

7. Нормализации деятельности кишечника при поносах способствуют следующие пищевые продукты:

а) картофель

б) плоды черемухи

в) черешня

г) грецкие орехи

д) верно б) и в)

8. Вторичная экссудативная гипопротеинемическая энтеропатия встречается при следующих состояниях:

а) болезнь Менетрие

б) хронический энтерит

в) глютеновая энтеропатия

г) болезнь Крона

д) болезнь Уиппла

е) лнмфома кишечника

ж) при всех перечисленных

9. Причиной экссудативной гипопротеинемической энтеропатии (болезни Гордона) является:

а) врожденный дефицит ферментов, расщепляющих дисахариды

б) повышенная потеря белков плазмы через эктазированные лимфатические сосуды кишечника

в) системное заболевание тонкой кишки с вовлечением лимфатических узлов

г) непереносимость злаковых, содержащих глютен

10. Какой из видов злаковых можно употреблять при целиакии (глютеновой энтеропатии)?

а) пшеница

б) кукуруза

в) ячмень

г) рожь

д) овес

ВАРИАНТ 2.

1. Больной употребляет в пищу немытые фрукты и овощи. Заболевание началось остро, с сильных, схваткообразных болей по всему животу, частой рвоты съеденной пищей, присоединением частого, обильного, жидкого, зловонного стула с повышением температуры до 37 С, При осмотре - грубое урчание в умбиликальной области по ходу тонкого кишечника. Баше предположение:

а) кишечный иерсиниоз

б) острая дизентерия

в) пищевая токсикоинфекция

г) вирусный гепатит

д) брюшной тиф

2. Назовите нехарактерные для глютеновой энтеропатии симптомы:

а) упорные поносы с полифекалией, выраженный метеоризм, боли вокруг пупка, пенистый стул, похудание

б) связь заболевания с включением в рацион продуктов из пшеницы, риса, овса, ячменя

в) ухудшение состояния при соблюдении аглютеновой диеты

г) семейный характер заболевания

3. Какие ферментные препараты показаны больным с хроническим энтероколитом с заместительной целью:

а) фестал

б) панзинорм

в) мексазе

г) мезим-форте

е) креон

ж) все вышеперечисленные

4 . Диагностика синдрома мальабсорбции включает:

а) копрологическое исследование

б) показатели общего белка крови

в) абсорбционные тесты

г) рентгенологическое исследование тонкой кишки

д) колоноскопия

е) верно а, б, в

ж) верно а, д

5. К возможным механизмам развития хронического энтероколита относятся:

а) нарушение секреторно-моторной функции кишечника

б) нарушение переваривания пищи

в) нарушение всасывания

г) синдром избыточного размножения бактерий

д) все перечисленное

6. Характерными симптомами хронического энтероколита при длительном течении являются:

а) поносы

б) боли в костях

в) дефицит веса и общая слабость

г) анемия

д) все перечисленные

7. Эффективными препаратами ферментного действия являются:

а) холензим

б) панкреатин

в) мезим форте

г) фестал

д) все перечисленные

8. Молодой больной, болеет длительно, отмечает упорные поносы с полифекалией, вздутие живота, резкую слабость, потерю массы тела, значительные отеки ног, лица, рук, поясницы, асцит. Б биохимическом анализе крови - выраженная гипопротеинемия. гипоальбуминемия и гипогаммаглобулинемия. Уровень lgА и lgG значительно понижен. Выделение белка с калом резко увеличено (до 8 г/сут). Дискутируется вероятная причина заболевания:

а) болезнь Уиппла

б') болезнь Гордона

в) цирроз печени

г) поражение кишечника при иммунодефиците

9. Решающими в диагностике болезни Уиппла являются:

а) специфические морфологические признаки

б) рентгенологическая картина

в) клиника заболевания

г) лабораторные данные

10. Употребление какого из продуктов питания приводит к обострению состояния при целиакии?

а) рис

б) соевые бобы

в) кукурузная мука

г) изделия из пшеницы

д) картофель

е) овощи, фрукты

ВАРИАНТ 3.

1. Оцените следующее утверждение:

При энтеритах одним из частых симптомов является метеоризм. Варианты ответов:

а) утверждение верно, так как воспаление тонкой кишки сопровождается малъабсорбцией, мальдигестией и выраженной бродильной диспепсией

б) утверждение неверно, так как метеоризм чаще встречается при поражении толстого кишечника

2. Для какого состояния характерна следующая клиническая картина: ведущий симптом - поносы (2-3 дефекации в день) с выделением большого количества кашицеобразного кала без примеси крови и тенезмов. Метеоризм. Б общем анализе кала: стеаторея, амилорея, креаторея. Объективно - исхудание, сухость кожи, гипотрофия мышц, выпадение волос, ломкость ногтей, судороги, боли в костях, признаки полигиповитаминоза, гипофункция эндокринных желез, импотенция, аменорея. Баше заключение:

а) печеночно-клеточная недостаточность

б) гастрогенная недостаточность

в) синдром мальабсорбии

г) эндокринная патология

д) тяжелая почечная недостаточность

3. При каких поражениях кишечника наблюдается синдром мальабсорбции :

а) при преимущественном поражении тонкой кишки

б) при преимущественном поражении толстой кишки

в) при поражении прямой кишки

4. Какое из клинических проявлений не характерно для бродильной диспепсии?

а) метеоризм

б)урчание

в) темный кал со зловонным запахом

г) «переливание» в кишечнике

д) пенистый светлый кал

5. Для хронического энтероколита в фазе обострения характерны все перечисленные симптомы, кроме:

а) поносов

б) нарушения электролитного состава крови

в) снижения веса

г) асцита

6. Для обезвоживания организма лечения хронического энтероколита в фазе ремиссии применяются:

а) диета

б) витамины группы В

в) препараты ферментного действия

г) пробиотики

д) все перечисленное

7. Какие симптомы характерны для болезни Уиппла:

а) диарея

б) лихорадка

в) полиартралгия

г) полисерозиты

д) истощение

е) все перечисленные

8. Какие морфологические признаки являются патогномоничными для болезни Уиппла:

а) внутри- и внеклеточное накопление жира в слизистой тонкой кишки и мезентериальных лимфоузлах

б) расширение лимфатических сосудов, содержащих липиды

в) инфильтрация собственного слоя слизистой тонкой кишки крупными макрофагами, содержащими ШИК - положительные гранулы

г) наличие в слизистой оболочке бацилл

д) верно а), б)

е) верно в), г)

9. Характерный для зкссудативной гипопротеинемической энтеропатии (болезни Гордона) симптом:

а) запоры

б) повышенная потеря белка с калом

в) значительная прибавка в весе

г) стул с примесью крови, гноя

10. Тест из толерантность к Д-ксилозе зависит

а) функции поджелудочной железы

б) функции печени

в) всасывающей функции тонкой кишки

г) функции почек

д) желудочной секреции

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ:** **КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ (ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ-ЦЕЛИАКИЯ, ЭНТЕРИТ, БОЛЕЗНЬ УИППЛА, ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ СПИДЕ)»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | В | В | А |
| 2 | В | В | В |
| 3 | Б | Е | А |
| 4 | А | Е | В |
| 5 | А | Д | Г |
| 6 | В | Д | Г |
| 7 | Д | Д | Е |
| 8 | Ж | Б | Е |
| 9 | Б | А | Б |
| 10 | Б | Г | В |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ***

***Тема №6.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ. ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ДИСКЕНЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1

1.какое из нижеперечисленных исследований является наиболее информативным в диагностике желчекаменной болезни?

а)термография

б)лапароскопия

в) дуоденальноез ондирование

г) ультразвуковая эхолокация

д)радионуклидное исследование

2.основной причиной дискинезии желчного пузыря является:  
а) перенесенный вирусный гепатит  
б) токсические воздействия

в) наличие в организме очагов хронической инфекции

г) изменение нервно-рефлекторной регуляции желчного пузыря.

3. Различают следующие виды желчных камней, кроме:

а) холестериновые

б) известковые

в) пигментные

г) ураты

д) смешанные

4. О чем свидетельствует отсутствие пузырной желчи после введения в 12-перстную кишку 33% раствора сернокислой магнезии?

а) о холецистите

б) о холангите

в) о желчекаменной болезни

г) о дуодените

5. Для диагностики гиперкинетической (гипертонической) формы дискинезии желчного пузыря наибольшее значение имеет:

а) симпатикотония

б) острая боль в правом подреберье без четкой локализации

в) положительные желчно-пузырные симптомы

г) продолжительность фазы закрытого сфинктера Одди

д) облегчение самочуствия во время и после зондирования

6. В каких случаях нецелесообразно назначениепрепаратов, содержащихжелчные  
кислоты?

а) панкреатическая стеаторея

б) желчекаменная болезнь

в) гипермоторная дискинезия кишечника

г) хронический гепатит, цирроз печени

д) секреторная недостаточность желудка

7. Укажите наиболее вероятное сочетание клинических и инструментальных признаков для постановки диагноза первичного склерозирующего холангита:

а) Женский пол. Наличие холестатического синдрома. Отсутствие признаков желчекаменной болезни. Наличие в сыворотке крови аутоиммунных антител типа LKM-1, ANA, SMA.

б) Мужской пол, наличие холестатического синдрома. Частое сочетаниес неспецифическим язвенным колитом. Отсутствие признаков желчекаменной болезни, четкообразное утолщение/сужение как внутри – так и внепеченочных желчных протоков.

8. Какое сочетание клинических симптомов соответствуетсиндрому Курвуазье?

а) увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой

б) увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки

в) желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления

г) отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости

д) выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия

9. У мужчины 51 годаотмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная. СОЭ 30 мм/ час. Каков предполагаемый диагноз?

а) хронический холецистит в фазе обострения

б) хронический панкреатит в фазе ремиссии

в) язвенная болезнь желудка в фазе обострения

г) хронический гепатит

д) ничего из перечисленного

10. Укажите возможные причины развития вторичногосклерозирующего  
холангита:

а) цитомегаловирусная инфекция

б) желчекаменная болезнь с признаками рецидивирующей обструкции

в) ВИЧ-инфекция

г) все выше перечисленное

д) ничего из выше перечисленного

ВАРИАНТ 2.

1. О чем свидетельствует быстрое опорожнение жЕлчного пузыря через 5-10 мин после введения 33% сернокислой магнезии?

а) о гипомоторной дискинезии

б) о гипермоторной дискинезии

в) о наличии дискринии

г) о наличии дуоденита

2. какой эпителиЙ можно обнаружить в желчи?

а) эпителий внутрипеченочных желчных ходов

б) эпителий общего желчного протока

в) эпителий желчного пузыря

г) все ответы правильные

3. Застою желчи в желчном пузыре способствуют все перечисленные факторы, кроме одного:

а) нарушение режима питания

б) длительные поносы

в) беременность

г) малая физическая активность

д) психоэмоциональные факторы

4. какое из заболевании чаще всего сопутствует холециститу?

а) колит

б) энтерит

в) гастрит

г) панкреатит

д) эзофагит

5. ДЛя больного с хроническим некалькулезным холециститом в фазе ремиссии характерны:

а) поносы

б) изжога

в) боли в левом подреберье

г) плохая переносимость жирной пищи

д) ничего из перечисленного

6. Причиной развития механической желтухи у больного может быть все ниже перечисленное, кроме:

а) конкремент в области шейки желчного пузыря:

б) увеличение головки поджелудочной железы;

в) конкремент в проксимальной части холедоха;

г) папиллит

д) стеноз дуоденального соска.

7. Какие из перечисленных препаратов не показаны при лечении гиперкинетической дискинезии желчных путей с гипосекрецией желчи?

а) спазмолитики - атропин, но-шпа

б) седативные и транквилизаторы

в) холеретики

г) холецистокинетики

8. При гиперкинетической форме дискинезии желчного пузыря, в отличие от холецистита, не бывает:

а) рвоты желчью

б) тошноты

в)запора

г) боли в правом подреберье после жирной пищи

д) лейкоцитоза

9. ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ: РЕАКЦИЯ КАЛА КИСЛАЯ, МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА НЕПЕРЕВАРЕННЫЕ НЕМНОГО, ЖИРНЫХ КИСЛОТ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО, МЫЛА НЕМНОГО?

а) недостаточность желудочного пищеварения

б) недостаточное поступление желчи

в) недостаточность пищеварения в тонком кишечнике

г) бродильная диспепсия

10. БОЛЬНОГО БЕСПОКОЯТ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРАВОГО ПОДРЕБЕРЬЯ С ИРРАДИАЦИЕЙ В ШЕЮ, ПРАВОЕ ПЛЕЧО, ЛОПАТКУ, КОТОРЫЕ СВЯЗАНЫ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, ЖИРНОЙ, ЖАРЕНОЙ ПИЩИ. ОТМЕЧАЕТ ТАКЖЕ ТОШНОТУ, РВОТУ, ГОРЕЧЬ И СУХОСТЬ ВО РТУ. ОБЪЕКТИВНО-СУБИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕР, БОЛЕЗНЕННОСТЬ В МЕСТЕ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ КЕРА, МЕРФИ, ОРТНЕРА. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИДЕТ РЕЧЬ?

а) хронический псевдотуморозный панкреатит

б) хронический холестатический гепатит

в) хронический холецистит

г) хронический холангит

д) жировая инфильтрация печени

ВАРИАНТ 3.

1. О какой патологии свидетельствует обнаружение в желчи лейкоцитов и эпителия общего желчного протока?

а) холангит

б) холецистит

в) холедохит

г) гастрит

д) все ответы правильные

2. Симптом Ортнера характерен для:

а) стеатогепатоза

б) обострения калькулезного холецистита

в) лямблиоза

г) гипотонии сфинктера Одди

д) нарушения холесекреторной функции печени

3. Что свидетельствует о нарушении оттока желчи?

а) повышение непрямого билирубина в сыворотке крови

б) отсутствие стеркобилина в кале

в) отсутствие уробилина в моче

4. У 50-летней больной желчекаменная болезнь. Возник очередной приступ желчной колики. Какой из перечисленных препаратов подходит меньше всего для купирования желчной колики?

а) атропин, но-шпа

б) папаверин

в) баралгин

г) морфин

д) аналгин

5. Характерные клинические признаки холангита:

а) боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота;

б) приступ болей в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темноймочи;

в) кратковременная боль в эпигастральной области, рвота, понос;

г) фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз;

д) тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью;

6. Больной 37 лет. В течение года беспокоят тупые ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи и сопровождающиеся чувством распирания,запоры. Живот при пальпации безболезненный, печень не увеличена. Анализы мочи и крови без патологии. Билирубин общий - 10.3 мкмоль/л. Холецистография – желчный пузырь хорошо заполнен контрастом. После приема 2-х яичных желтков не сократился. Ваш диагноз:

а) хронический холецистит в стадиио бострения

б) дискинезия желчных путей гипотонического типа

в) хронический холангит

г) дискинезия желчных путей гипертонического типа

д) стеатогепатит

7.Какой из препаратов не используют для проведения слепого зондирования?

а) сорбит

б) ксилит

в) сернокислая магнезия

д) бисакодил

8.Какую диету рекомендуют при обострении хронического холецистита?

а) диета №1

б) диета №2

в) диета №4

г) диета №5

д) диета №7

9. Какие изменения характерны для водянки желчного пузыря?

а) увеличенный безболезненный эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой

б) увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет

в) механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, определяется болезненность в зоне Шоффара

10. Застою желчи в желчном пузыре способствуют все факторы, кроме:

а) беременность

б) малоподвижный образ жизни

в) частые приемы пищи

г) опущение внутренних органов

д) ожирение

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ. ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ДИСКЕНЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | Г | Б | В |
| 2 | Г | Г | Б |
| 3 | Г | Б | Б |
| 4 | В | Г | Г |
| 5 | Г | Г | Г |
| 6 | В | А | Б |
| 7 | Б | Г | Г |
| 8 | А | Д | Г |
| 9 | А | Б | Б |
| 10 | Г | В | В |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ***

***Тема №7.* ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1.Что свидетельствует обобострении хронического

панкреатита:

а) кальцификация поджелудочной железы

б) повышение эхогенности поджелудочной железы при ультразвуковом исследовании

в) нарушение толерантности к глюкозе

г) гиперамилурия

2. Какой симптом не характерендля хронического панкреатита?

а) опаясывающие боли в эпигастрии

б) боли в левом подреберье с иррадиацией в спину

в) поносы

г) рвота, приносящая облегчение

д) снижение или отсутствие аппетита

3. Среди клинических форм хронического панкреатита выделяют все, кроме:

а) болевая

б) хроническая рецидивирующая

в) безболевая

г) псевдотуморозная

д) абдоминальная

4. Укажите показатель лабораторного теста исследования

внутрисекреторной функции поджелудочной железы:

а) сахар крови

б) секретин

в) панкреозимин крови

г) железо

д) адреналин крови

5. У БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ – ИНТЕНСИВНАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА. ОТМЕЧАЕТ КОЖНЫЙ ЗУД, ПОТЕРЮ АППЕТИТА И МАССЫ ТЕЛА. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ УВЕЛИЧЕН, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ.ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

а) рак желчного пузыря

б) рак головки поджелудочной железы

в) рак печени

г) рак желудка

д) рак ободочной кишки

6. КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

а) хронического панкреатита

б) болезни Крона

в) ишемического колита

г) синдрома раздраженной кишки

д) дискинезиижелчногопузыря

7.Укажите «эталонный» метод диагностики опухоли поджелудочной железы:

а) МР-томография

б) компьютерная томография

в) ультразвуковое исследование

г) ангиография

8. Какое средство применяются для подавления активности фермента, поджелудочной железы?

а) антациды

б) холинолитики

в) циметидин

г) трасилол

д) тразикор

9. Какой из перечисленных препаратов не применяется для заместительной терапии при хроническом панкреатите?

а) панцитрат

б) фестал

в) линекс

д) креон

г) мезим-форте

10. В фазу затухающего обострения хронического панкреатита назначаются все препараты, кроме:

а) Н2-блокаторы

б) церукал

в) панкреатин

г) гастроцепин

ВАРИАНТ 2.

1.ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ:

а) язвенной болезни

б) холелитиазе

в) постгастрорезекционном синдроме

г) хроническом колите

д) лямблиозе

2.ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) развитие сахарного диабета

б) снижение функции внешней секреции

в) желтуха

г) повышение активности трансаминаз

д) гепатомегалия

3. ДЛЯ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ СИМПТОМЫ,КРОМЕ:

а) интенсивная желтуха с зудом

б) увеличение желчного пузыря

в) увеличение активности щелочной фосфатазы

г) появление желтухи после приступа болей

д) гипергликемия

4.БОЛЬНОЙ В ТЕЧЕНИИ 15 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ.УКАЖИТЕ ПРОСТЕЙШИЙ СПОСОБ ОБНАРУЖЕНИЯ КАЛЬЦИНОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

а) эксплоративная лапаротомия

б) лапароскопия

е) ирригоскопия

г) холангиография

5. К СИТУАЦИЯМ,ТРЕБУЮЩИМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

а) абсцедирование поджелудочной железы

б) рубцовый стеноз панкреатического протока

в) длительное течение хронического панкреатита

г) рубцово-воспалительное стенозирование общего желчного протока

6. СЕКРЕЦИЮ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА СТИМУЛИРУЮТ ВСЕ ГОРМОНЫ,КРОМЕ:

а) соматостатин

б) гастрин

в) глюкагон

г) холецистокинин

7. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛЕНИЯ В ТЕЛЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛИ:

а) локализуются в эпигастральной области

б) локализуются в левом подреберье

в) носят опаясывающий характер, усиливающиеся в положении на спине

г) локализуютс я в правом подреберье

8. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

а) новокаина

б) фентанила

в) баралгина

г) морфина

д) аналгина

9.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ФАЗЕ РЕМИССИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

а) кортикостероиды

б) контрикал

в) ферментные препараты

г) спазмолитики

д) н2-блокаторы

10.ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ,КРОМЕ:

а) панкреатин

б) гордокс

в) фестал

г) дигистал

д) трифермент

ВАРИАНТ 3.

1.ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ,КРОМЕ:

а) функциональные, воспалительные и склеротические изменения

б) высокая кислотност ьжелудочного сока

в) рефлюкс желчии кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы

д) злоупотребление алкоголем

2.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ СИМПТОМЫ,КРОМЕ:

а) абдоминальные боли

б) стеаторея

в) креаторея

г) водная диарея

д) диабет

3.БОЛЬНОЙ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

а) целиакография

б) ультразвуковое исследование

в)лапароцентез

г) термография

д) гастродуоденоскопия

4. В ПРИЁМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ВРАЧ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДОЛЖЕН ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ (ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА):

а) общий анализ крови, определение амилазы крови, узи поджелудочной железы

б) секретин-панкреозиминовый тест, определение билирубина, узи поджелудочной железы

в) общий анализ крови, определение билирубина, узи поджелудочнойжелезы

5. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛЕНИЯ В ХВОСТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛИ:

а) локализуются в верхней половине живота

б) локализуются в левом подреберье

в) носят опоясывающий характер, усиливающиеся в положении на спине

г) локализуются в правом подреберье

6. БОЛЬНОЙ 58 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДЕНИЕ НА 10 кг, ОТВРАЩЕНИЕ К ЖИРНЫМ ПРОДУКТАМ, ПЛОХОЙ АППЕТИТ, МЕТЕОРИЗМПОНОСЫ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА(37,5С). БОЛЕН ОКОЛО ГОДА. ПРИ ОСМОТРЕ ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

а) язва желудка  
6) острый холецистит

в) рак поджелудочной железы

г) гепатит

д) острый панкреатит

7. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ:

а) баралгин

б) контрикал

в) морфий

г) Н2-блокаторы

д) промедол

8. ПОД ВЛИЯНИЕМ КАКИХ СРЕДСТВ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА УВЕЛИЧИВАЕТ СЕКРЕЦИЮ СОКА И БИКАРБАНАТОВ?

а) холецистокинина

б) секретина

в) атропина

г) молока

д) аскорбиновой кислоты

9. В БОРЬБЕ С БОЛЬЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СОЕДСТВА, КРОМЕ ОДНОГО:

а) новокаина

б) фентанила

в) баралгина

г) морфина

д) аналгина

10.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

а) боль

б) рвота

в) желтуха

г) жидкий стул

д) изжога

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | Г | Б | Б |
| 2 | Г | Б | Г |
| 3 | Д | Г | Б |
| 4 | А | Д | А |
| 5 | Б | В | Б |
| 6 | А | А | В |
| 7 | Г | А | В |
| 8 | Г | Г | Б |
| 9 | В | В | Г |
| 10 | Г | Д | Д |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ***

***Тема №8.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛТУХЕ. ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ:

а) углеводы

б) белки

в) жиры

г) жидкость

д) минеральные соли

2. ХРОНИЧЕСКОМУ АКТИВНОМУ АУТОИММУНОМУ ГЕПАТИТУ СООТВЕТСТВУЕТ СИМПТОКОМОКОМПЛЕКС:

а) желтуха, зуд, ксантома, гепатоспленомегалия, высокая активность щелочной фосфатазы (ЩФ) и уровня холестерина

б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность ЩФ

в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипергаммаглобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

г) желтуха, боль в правом подреберье, живот мягкий, лейкоцитоз

3. К ИНДИКАТОРНЫМ ФЕРМЕНТАМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ:

а) ЛДГ, АСТ, АЛТ, альдолаза

б) церулоплазмин

в) холинэстераза

г) урокиназа

4. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОМ?

а) Атропин

б) Преднизалон

в) Гептрал

г) Дигестал

5. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ГЕПАТИТА?

а) Алкоголь

б) Вирус В

в) Холестаз

г) Курение

д) Дефицит белка

6. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ВСЕМ, КРОМЕ:

а) Острого панкреатита

б) Хронического гепатита

в) Цирроза печени

г) Болезнях крови

7. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИНТЕРФЕРОНОВ ОБЛАДАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ?

а) IFN-y

б) IFN-а

в) IFN-в

8. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГЕПАТОТРОПНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ФОРМИРУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКИЕ ДИФФУЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

а) HBV-инфекция

б) HCV-инфекция

в) НАV-инфекция

г) НBV/HDV-инфекция, НDV-инфекция

9.ГДЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ HBcAg?

а) В сыворотке крови

б) На эритроцитах

в) В желчи

г) В клетках печени

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Перенесенный острый вирусный гепатит А

б) Острый вирусный гепатит В

в) Гемохроматоз

г) Недостаточность антитрипсина

д) Желчно-каменная болезнь

ВАРИАНТ 2

1. В РАЗВИТИЕ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НЕ ИМЕЮТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ:

а) Портальная гипертензия

б) Гипоальбуминемия

в) Увеличение продукции печеночной лимфы

г) Увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессии

д) Воспаление брюшины

2. НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫЕ СРОКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ – РАК ПЕЧЕНИ АССОЦИИРОВАНЫ С:

а) Мужским полом пациентов

б) Мутантным (Hbe–негативным) штаммом HBV;

в) Злоупотребление алкоголем

г) Длительное заболевание

д) Со всеми перечисленными факторами

3. ОСТРОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ТЕРМИН:

а) Желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатаза и уровень холестерина

б) Желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы

в) Желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-у-глобулименемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре

г) Желтуха, лихорадка, гепатомегалия, печеночная активность трансаминаз

д) Желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадрате живота, живот мягкий, лейкоцитоз

4. УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА:

а) Диспепсический синдром

б) Желтуха, кожный зуд, расчесы на коже

в) Телеангиоэктазии, пальмарная эритема

г) Варикозное расширение вен пищевода, асцит

д) Общая слабость снижение работоспособности

5. УКАЖИТЕ КОММЕРЧЕСКИЕ АНАЛОГИ IFN-а:

а) роферон-А, интрон-А, реаферон, риальдирон, эгиферон;

б) ребиф, бетаферон;

в) имукин

6.КАКОВЫ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА?

а) Кардиалгия

б) Артралгия, артриты

в) Гипопластическая анемия

г) Септический эндокардит

д) Синдром Рейно

1) верно а, б, в 2) верно б, в, д 3) верно г, д

7. ХРОНИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИВОДИТ:

а) к жировой дистрофии

б) к хроническому гепатиту

в) к циррозу печени

г) ко всему перечисленному

д) верно б) и в)

8. ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) вторичный билиарный цирроз

б) хронический активный гепатит

в) хронический аутоиммунный гепатит

г) новообразования печени

д) ничего из перечисленного

9. ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕРСПЛЕНИЗМА, ВОЗНИКШЕГО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АКТИВНОМ ГЕПАТИТЕ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ:

а) гранулоцитопения

б) тромбоцитопения

в) редукция мегакариоцигарного ростка костного мозга

г) геморрагический синдром

д) анемия

10. КАКИЕ ПРОБЫ ВЫЯВЛЯЕТ ДИСПРОТЕИНЕМИЯ?

а) определение ферментов (АЛТ, АСТ, ШФ)

б) бромсульфалеиновая

в) определение протромбинового индекса

г) определение общего белка и белковых фракций

д) определение альфафетопротеина

ВАРИАНТ3

1. ВЫДЕЛИТЕ ОСОБЕННОСТИ АУТОИММУННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА:

а) Развивается у молодых женщин

б) Протекает внепеченочными системными проявлениями

в) Не связан этиологически с вирусом гепатита В и употреблением алкоголя

г) Быстро переходит в цирроз печени

д) Все перечисленное

2. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХР. АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА?

а) Лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия

б) Увеличение СОЭ, тромбоцитопении

в) Лимфоцитоз

г) Тромбоцитоз

д) Обнаружение австралийского антигена в крови

3. МЕЛЕНА ПРИ НАЛИЧИИ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНА НА:

а) кровоточащую язву 12 п/к

б) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

в) тромбоз мезентериальных артерий

г) язвенный колит

д) геморрагический диатез

4. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ХР. АУТОИММУНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Обнаружение австралийского антигена в крови

б) Появление антител к гладкой мускулатуре, наличие LE-клеток

в) Повышение сывороточных трансаминаз

г) Диспротеинемия

д) Билирубин в моче

5. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПЕЧЕНИ?

а) Гипербилирубинемия за счет прямой фракции

б) Гипербилирубинемия за счет непрямой фракции

в) Повышение щелочной фосфатазы, липидов

г) Повышение уровня АСТ, АЛТ, ЛДГ

д) Положительные острофазовые реакции

1) верно а, в 2) верно б, г 3) верно г, д

6. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:

а) телец Каунсильмена

б) гигантски митохондрий

в) гематоксилиновых телец

г) перецеллюлярного фиброза.

д) жировой дистрофии

7. ПРИЧИНАМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ:

а) холедохолитиаз

б) стриктура фатерова соска

в) рак головки поджелудочной железы

г) ничего из перечисленного

д) все вышеназванное

8. Больной 28 лет поступил с иктеричностью склер и кожных покровов, появление желтухи отметил 4 дня назад в течение последних 2-х недель - слабость, повышенная утомляемость, боли в суставах. При пальпации умеренное увеличение печени, незначительная болезненность в правом подреберье, в биохимическом анализе крови - билирубинемия до 68 мкмоль/л за счет прямой фракции. АСТ - 204 ед. АЛТ – 189 ед, ЩФ -145 ед. При УЗИ изменений желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы не обнаружено. Ваш диагноз:

а) механическая желтуха вследствие холедохолитиаза;

6) цирроз печени;

в) инфекционный гепатит;

г) синдром Жильбера:

д) гемохроматоз

9. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ:

а) бромсульфалеиновой пробы

б) уровня у-глобулинов

в) уровня аминотрансфераз

г) уровня щелочной фосфатазы

д) уровня кислой фосфатазы

10. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ АММИАКА ИЗ КИШЕЧНИКА?

а) преднизолон

б) гемодез

в) лактулоза

г) аскорбиновая кислота

д) альмагель

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛТУХЕ. ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | Б | А | А |
| 2 | В | Д | Б |
| 3 | А | Г | Б |
| 4 | В | Г | Б |
| 5 | Г | А | А,В |
| 6 | А | 2 | А |
| 7 | А | Г | Г |
| 8 | А | В | В |
| 9 | Г | В | В |
| 10 | Б | Г | В |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ***

***Тема №9*. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ АСЦИТЕ. ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ. ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ И КОМА.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1.

1.КАКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧАЮТ?

|  |  |
| --- | --- |
| а) | Фибропластический |
| б) | Микронодулярный |
| в) | Макронодуллярный |
| г) | Пролиферативный экстракапиллярный |
| д) | Пролиферативный эндокапиллярный |
| 1) | Верно а,б,в |
| 2) | Верно б,в |
| 3) | Верно г, д |

2. В ПАТОГЕНЕЗЕ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ИГРАЮТ РОЛЬ ВСЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

|  |  |
| --- | --- |
| а) | Гиперволемии |
| б) | Гипоальбуминемии |
| в) | Портальной гипертензии |
| г) | Вторичного гиперальдостеронизма |

3.КАКИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ НЕВЕРНЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ?

|  |  |
| --- | --- |
| а) | В клинической картине преобладают желтуха и кожный зуд |
| б) | На ранних стадиях развивается портальная гипертензия |
| в) | Характерны ксантомы, ксантелазмы, остеопороз |
| г) | В крови высокий уровень ЩФ |
| д) | Повышается содержание прямого билирубина в крови |

|  |  |
| --- | --- |
| а) | Раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертензии |
| б) | Раннее поражение ЦНС |
| в) | Раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности |
| г) | Наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности ЩФ |
| д) | Пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови |

4.УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ:

|  |  |
| --- | --- |
| 5.КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ? | |
| а) Кровоточивость десен |
| б) Спленомегалия |
| в) Кожный зуд |
| г) Асцит |
| д) Снижение массы тела |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ: | |
| а) | Наличием цитолитического синдрома |
| б) | Наличием холестатического синдрома |
| в) | Наличием портокавальных и кава-кавальных анастомозов |
| г) | Спленомегалией |
| д) | Упорным кожным зудом |
|  | |
| 7.КАКИЕ ПРИЗНАКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ? | |
| а) | Набухание шейных вен |
| б) | Спленомегалия |
| в) | Телеангиэктазии |
| г) | Гинекомастия |
| д) | Асцит |
|  | |
| 8.ПРИ НАЛИЧИИ АСЦИТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ: | |
| а) | Ассиметрия живота |
| б) | Втянутый пупок |
| в) | Симптом флюктуации |
| г) | Громкий тимпанит в боковых отделах живота в положении лёжа на спине |
| д) | Все перечисленные |
|  | |
| 9.О ПЕРЕХОДЕ ХР.ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ: | |
| а) | Диспепсический синдром |
| б) | Гепатомегалия |
| в) | Холестатический синдром |
| г) | Портальная гипертензия |
| д) | Гепатаргия |
|  | |
| 10.КАКОВЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ? | |
| а) | Гепатомегалия |
| б) | Асцит |
| в) | Желтуха |
| г) | Телеангиэктазии |
| д) | Пальмарная эритема |

БИЛЕТ 2

|  |  |
| --- | --- |
| 1.КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ? | |
| а) | Сосудистые звездочки |
| б) | Спленомегалия, вызванная портальной гипертензией |
| в) | Гинекомастия |
| г) | Невысокая лихорадка,не связанная с инфекцией |
| д) | Положительный симптом Плеша |
|  | |
| 2.КАКОЕ ИЗ СУЖДЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕВЕРНО? | |
| а) | Болезнь развивается через 10-15лет интенсивного употребления алкоголя |
| б) | Часто осложняется кровотечением из варикозных вен пищевода |
| в) | Нередко осложняется раком печени |
| г) | При воздержании от употребления алкоголя проявления цирроза обратимы |
|  | |
| 3.КАКИЕ ОПАСНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ? | |
| а) | Острый инфаркт миокарда |
| б) | Тромбоз мезентериальных сосудов |
| в | Слипчивый перикардит |
| г) | Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода |
| д) | Панкреонекроз |
|  | |
| 4.ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ, МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ: | |
| а) | На кровоточащую язву 12п кишки |
| б) | На кровоточащие вены пищевода при циррозе печени |
| в) | На рак желудка |
| г) | На неспецифический язвенный колит |
| д) | На болезнь крона |
|  | |
| 5. У БОЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: Hb 90г/л. ЭРИТРОЦИТЫ 2.5МЛН. ЛЕЙКОЦИТЫ 3.5ТЫС. ТРОМБОЦИТЫ 74тыс . ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ в КРОВИ? | |
| а) | Гемолизом |
| б) | Кровопотерей из расширенных вен пищевода |
| в) | Гиперспленизмом |
| г) | Нарушением всасывания железа |
| д) | Синдромом холестаза |
|  | |
| 6.В ПАТОГЕНЕЗЕ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ИГРАЮТ РОЛЬ ВСЕ ФАКТОРЫ КРОМЕ: | |
| а) | Гиперволемии |
| б | Гипоальбуминемии |
| в) | Портальной гипертензии |
| г) | Вторичного гиперальдостеронизма |
|  | |
| 7.ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ: | |
| а | Хр. Активный гепатит |
| б) | Цирроз печени с напряжённым асцитом |
| в) | Печеночная энцефалопатия |
| г) | Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода |
| д) | Гиперспленизмом |
|  | |
| 8.КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ? | |
| а) | Преднизолон в/в |
| б) | Лактулоза |
| в) | Неомицин |
| г) | Циклофосфамид |
| д) | Эссенциале в/в  Ответы: |
| 1) | Верно а б в |
| 2) | Верно б в |
| 3) | Верно г д |
|  | |
| 9.КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМИ? | |
| а) | Парацентез |
| б) | Лазикс |
| в) | Спиронолактон |
| г) | В/в вливания белковых препаратов |
| д) | ГКС  Ответы: |
| 1) | Верно а б |
| 2) | Верно в г |
| 3) | Верно г д |
|  | |
| 10. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМУ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ; | |
| а) | Углеводы |
| б) | Белки |
| в) | Жиры |
| г) | Жидкость |
| д) | Минеральные соли |

БИЛЕТ 3.

|  |  |
| --- | --- |
| 1.У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ГИНЕКОМАСТИЯ, ИМПОТЕНЦИЯ. ДОПОЛНИТЕ КЛИНИКУ ВЫЯВЛЕННОГО СИНДРОМА | |
| а) | Анорексия |
| б) | Общая слабость |
| в) | Энцефалопатия |
| г) | Нарушение вторичного оволосенения |
| д) | Боли в ногах |
|  | |
| 2.ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ВСЕ СИМПТОМЫ,КРОМЕ | |
| а) | Спленомегалии |
| б) | Лимфааденопатии |
| в) | Увеличения билирубина |
| г) | Гиперемии ладоней |
| д) | Асцита |
|  | |
| 3.КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ? | |
| а) | Диспепсический |
| б) | Астенический |
| в) | Холестаз |
| г) | Портальной гипертензии |
|  | |
| 4.ДЛЯ АСЦИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ | |
| а) | Одышка при физической нагрузке |
| б) | Снижение суточного диуреза |
| в) | Увеличение удельного веса |
| г) | Все перечисленное |
| д) | Ничего из перечисленного |
|  | |
| 5.ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПЕТЛЕВЫМИ ДИУРЕТИКАМИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ: | |
| а) | Гипернатрийемия |
| б) | Гипокалиемия |
| в) | Гиперкалиемия |
| г) | Азотемия |
|  | |
| 6.ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ: | |
| а) | Нарушения обмена железа |
| б) | Вирусного гепатита |
| в) | Длительного холестаза |
| г) | Недостаточности кровообращения |
|  | |
| 7.ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ,КРОМЕ: | |
| а) | «сосудистые звездочки» |
| б) | Эритема ладоней |
| в) | Гинекомастия |
| г) | Бледность кожи |
|  | |
| 8.КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ ГИПЕРАММОНИЕМИИ? | |
| а) | Сирепар |
| б) | Инфузамин |
| в) | Легалон |
| г) | Гепа-мерц |
| д) | Преднизолон |
|  | |
| 9.ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ПЕРВИЧНОГО БИЛЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ: | |
| а) | Злокачественное клиническое течение |
| б) | Выраженная гепатомегалия |
| в) | Желтуха |
| г) | Повышение сывороточных липидов |
| д) | Повышение активности аминотрансфераз |
|  | |
| 10.НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫЕ СРОКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В В ЦИРРОЗ-РАК ПЕЧЕНИ АССОЦИИРОВАНЫ С | |
| а) | Мужским полом пациентов |
| б) | Мутантным (НВе-негативным) штаммом НВV |
| в) | Злоупотреблением алкоголем |
| г) | Длительностью заболевания |
| д) | Все выше перечисленное |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ АСЦИТЕ. ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ. ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ И КОМА»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | 2 | Д | Г |
| 2 | А | Г | Б |
| 3 | Б | Г | В |
| 4 | В | Б | Г |
| 5 | В | В | Б |
| 6 | В | А | Б |
| 7 | А | А | Д |
| 8 | В | 2 | Г |
| 9 | Г | 2 | В |
| 10 | Б | Б | Д |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***НЕФРОЛОГИЯ***

***Тема №1*. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ИЗМЕНЕННОМ МОЧЕВОМ ОСАДКЕ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1

1. ДЛЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1) анализ мочи по методу Нечипоренко

2) фазовоконтрастную микроскопию мочевого осадка

3) лейкоцитарную формулу мочи

4) анализ мочи по Зимницкому

5) общий анализ мочи

1. НЕФРОТИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ СООТВЕТСТВУЮТ: 1. ОТЕКИ; 2. ПРОТЕИНУРИЯ 5Г/СУТКИ; 3. ДИСПРОТЕИНЕМИЯ; 4. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. КАКОЙ ПРИЗНАК ОТЛИЧАЕТ ПИЕЛОНЕФРИТ ОТ ДРУГИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК?

1) Дисфункция канальцев с нарушением ацидификации мочи

2) Стойкая артериальная гипертензия

3) Отек и нейтрофильная инфильтрация почечной лоханки

4) Развития «сольтеряющей почки» с артериальной гипертензией

5) Лимфогистиоцитарная инфильтрация и склероз почечной лоханки

1. ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) массивная протеинурия свыше 3,5г/сут

2)бактериурия более 100 000 микробных тел в 1 мл мочи

3)лейкоцитурия

4)лейкоцитоз

5)ускорение СОЭ

1. НАЗОВИТЕ ПОТЕНЦИАЛЬНО НЕФРОТОКСИЧНЫЕ ПРЕПАРАТЫ:

1)Ингибиторы АПФ

2)Пенициллин

3)Парацетамол

4)Цианокоболамин

5)Аскорбиновая кислота

1. ОБОСТРЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СПОСОБСТВУЮТ:

1) конкременты в ЧЛС

2) травма поясничной области

3) гонорейный уретрит

4) сальмонеллез

5) все перечисленное

1. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:

1) наличие туберкулезного процесса в легких

2) исследование микобактерий туберкулеза в моче

3) УЗИ почек

4) в/в урография

5)все перечисленное верно

1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОСТОЯННО ВЫЯВЛЯЕТ:   
   1) атрофию эпителия канальцев

2) лимфогистиоцитарную инфильтрацию интерстиция

3)поражение сосудов почек

4) инвазивный гломерулит

5) перигломерулярный склероз

1. ДЛЯ ЛАТЕНТНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) боли в пояснице

2)повышение температуры тела

3)ознобы

4)все указанные симптомы

5)ни один из указанных симптомов

1. СТАБИЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ [У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ](http://zubstom.ru/docs/index-7449.html):

1) может иметь место

2) не встречается

3) встречается только при нарушении функции почек

4)только при длительности заболевания свыше 3 лет

5) только при длительности заболевания свыше 5 лет.

ВАРИАНТ 2

1. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПИЕЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:
2. лейкоцитурия
3. значимая бактериурия
4. нефроштоз
5. наличие выраженного гидрокаликоза
6. все перечисленное
7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА, ВЫЗВАННОГО СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ, ЛУЧШЕ ПРИМЕНИТЬ:
8. кефзол
9. карбенициллин
10. эритромицин
11. левомицетин
12. оксациллин
13. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ПРОСТАТИТОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ТЕРАПИЯ:
14. 5-НОК
15. бисептолом
16. Невиграмоном
17. Ампициллином
18. любым из указанных препаратов

**4.** АНАЛИЗ МОЧИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:  
1)гематурия, протеинурия  
2)цилиндрурия, глюкозурия  
3)лейкоцитурия, бактериурия  
4)протеинурия, глюкозурия  
**5.** Исход хронического пиелонефрита:  
1)выздоровление  
2)хронический гломерулонефрит  
3)хронический цистит  
4)хроническая почечная недостаточность  
**6.** МОЧЕВИНА И КРЕАТИНИН ФИЛЬТРУЮТСЯ В КЛУБОЧКАХ ПОЧЕК:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1) полностью |  |
|  | 2) не фильтруются |  |
|  | 3) частично |  |
| 4) фильтруется только креатинин  **7.**ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:   1. лимфогенный 2. гематогенный 3. урогенный 4. все верно   **8.** ЭТИОЛОГИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:   1. Сахарный диабет 2. Единственная почка 3. Беременность 4. Мочекаменная болезнь 5. Паранефрит 6. Аномалии развития почек, мочеточников   **9.** ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:   1. Паранефрит 2. Паратит 3. Поддиафрагмальный абсцесс 4. Постинъекционный абсцесс 5. Бактериемический шок 6. Анафилактический шок 7. Перитонит.   **10.** ВОЗРАСТНЫЕ ПИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:   1. Пожилой и старческий возраст 2. Активный репродуктивный возраст 3. Ранний детский возраст 4. Верно все   ВАРИАНТ 3   1. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА: 2. Боль в эпигастрии 3. Боль в поясничной области 4. Дизурия 5. Дисфагия 6. Интоксикационный синдром 7. Нефротический синдром. 8. ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: 9. Массивная протеинурия 10. Незначительная протеинурия 11. Лейкоцитурия 12. Эритроцитурия 13. Эритроцитарные цилиндры 14. Гиалиновые цилиндры. 15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА: 16. Протей 17. Энтерококк 18. Кишечная палочка 19. Стафилококк 20. Микоплазма. 21. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: 22. УЗИ почек 23. Внутривенная урография 24. Внутривенная холецистография 25. Компьютерная томография почек 26. Урологическое обследование 27. Исследование глазного дна. 28. АНТИБИОТИКИ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИ ЩЕЛОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ: 29. Пенициллин 30. Аминогликозиды 31. Цефалоридин 32. Эритромицин. 33. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: 34. Нормализация температуры 35. Отсутствие болевых и дизурических явлений 36. Отсутствие лейкоцитурии 37. Отрицательный результат посева мочи 38. Все верно 39. НОРМАЛЬНОЕ БАКТЕРИАЛЬНОЕ ЧИСЛО МОЧИ – ЭТО: 40. Более 105 микроорганизмов в 1 мл мочи. 41. Более 106 микроорганизмов в 1 мл мочи. 42. Более 107 микроорганизмов в 1 мл мочи. 43. Более 108 микроорганизмов в 1 мл мочи. 44. ХРОНИЧЕСКИЙ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ – ЭТО: 45. Лекарственно–обусловленная нефропатия 46. Токсическая нефропатия 47. Микрокристаллическая нефропатия 48. Верно 1 и 3 49. Все верно 50. ФОРМЫ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА: 51. межуточный гнойный 52. апостематозный 53. абсцесс 54. карбункул 55. все перечисленное 56. ИСХОДЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА: 57. хроническая почечная недостаточность 58. пионефроз 59. сморщенная почка 60. все перечисленное 61. правильно б) и в) | | | |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ИЗМЕНЕННОМ МОЧЕВОМ ОСАДКЕ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | 3 | 1 | 2,3,5 |
| 2 | 5 | 4 | 2,3,6 |
| 3 | 3 | 4 | 3 |
| 4 | 1 | 3 | 1,2,4,5 |
| 5 | 3 | 4 | 2,3,4 |
| 6 | 5 | 1 | 5 |
| 7 | 5 | 4 | 1 |
| 8 | 3 | 1,3,4,6 | 5 |
| 9 | 1 | 1,3,5,7 | 5 |
| 10 | 5 | 4 | 5 |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***НЕФРОЛОГИЯ***

**Тема №2.** **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1

1. ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА В СУТОЧНОЙ МОЧЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1) 500 мг

2) 50 мг

3) 150 мг

4) не должно быть

5) следы белка

1. УРОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ: 1. ОПРЕДЕЛИТЬ РАЗМЕРЫ ПОЧЕК; 2. ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК; 3. ВЫЯВИТЬ КОНКРЕМЕНТЫ; 4. ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. ОСТРЫЙ НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

1) отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия

2) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия

3) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия

4) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия

5) артериальная гипертензия, азотемия, анемия

1. У 40-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, ЗАБОЛЕВШЕГО АНГИНОЙ, НА 5-Й ДЕНЬ БОЛЕЗНИ ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, МАКРОГЕМАТУРИЯ, ПОВЫСИЛОСЬ АД. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1) острый гломерулонефрит

2) острый пиелонефрит

3) обострение хронического гломерулонефрита

4) апостематозный нефрит

5) амилоидоз почек

1. ОЦЕНИТЬ АКТИВНОСТЬ ХГН ПОЗВОЛЯЮТ: 1. УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ; 2. ДИСПРОТЕИНЕМИЯ; 3. ГИПЕРАЗОТЕМИЯ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРАХ ПОЧЕК; 4. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. БОЛЬНОГО ХГН НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В СТАЦИОНАР В СЛУЧАЕ: 1. ДЕКОМПЕНСАЦИИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ; 2. НАРАСТАНИИ ПРОТЕИНУРИИ; 3. УВЕЛИЧЕНИИ ЭРИТРОЦИТУРИИ; 4. УХУДШЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИВШЕЙСЯ ПРОТЕИНУРИИ (ДО 2 Г/СУТКИ) ЯВЛЯЕТСЯ:

1)амилоидоз почек

2) гломерулонефрит

3) пиелонефрит

4) интерстициальный нефрит

5) тромбоз почечных вен

1. У БОЛЬНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КАЛИЯ В ПЛАЗМЕ 6 МЭКВ/Л. ПРИ ВЫБОРЕ МОЧЕГОННОГО ПРЕПАРАТА ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ:

1) фуросемиду

2) верошпирону

3) триамтерену

4) арифону

5) гипотиазиду

1. У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

1) дерматомиозита

2) системной красной волчанки

3) системной склеродермии

4) узелкового артериита

1. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиться при лечении: 1. сульфаниламидами; 2. пенициллином; 3. D-пеницилламином; 4. метиндолом:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

ВАРИАНТ 2

1. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ, КОТОРЫЙ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

1) иммунокомплексный

2) антительный (антитела к базальной мембране клубочков)

3) токсическое повреждение почек

4) дистрофические изменения

5) ишемический

1. ОЦЕНИТЬ АКТИВНОСТЬ ХГН ПОЗВОЛЯЮТ: 1. УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ; 2. ДИСПРОТЕИНЕМИЯ; 3. ГИПЕРАЗОТЕМИЯ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРАХ ПОЧЕК; 4. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. ПРОТЕИНУРИЯ, ГИПОПРОТЕИНЕМИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭРИТРОЦИТУРИЕЙ И ОТЕКАМИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1) острого гломерулонефрита

2) пиелонефрита

3) почечно-каменной болезни

4) цистита

5) амилоидоза почек

1. ОСТРЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ: 1. СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ; 2. ПЕНИЦИЛЛИНОМ; 3. D-ПЕНИЦИЛЛАМИНОМ; 4. МЕТИНДОЛОМ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. ЭМБОЛОГЕННЫЙ ИНФАРКТ; 2. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ; 3. АМИЛОИДОЗ; 4. ПИЕЛОНЕФРИТ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ ПРИ ПОДАГРЕ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ: 1. НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ; 2. ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ; 3. МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ; 4. БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ НЕФРИТА ПО ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНОЙ СХЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) впервые возникший нефротический синдром

2) злокачественная артериальная гипертензия

3) остронефритическийсиндром

4) нефротический синдром при амилоидозе почек

5) субъективное состояние больного

1. СРЕДИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ СЧИТАЕТСЯ: 1. МИНИМАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ; 2. МЕЗАНГИО-ПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ; 3. ФОКАЛЬНО-СЕГМЕНТАРНЫЙ; 4. МЕЗАНГИО-МЕМБРАНОЗНЫЙ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ: 1. АМИЛОИДОЗЕ; 2. СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ; 3. ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ; 4. ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ШЕНЛЕЙНА-ГЕНОХА:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. У БОЛЬНОГО С ВЫРАЖЕННЫМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ БЕЗ ТОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ТОШНОТА, РВОТА, ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 39, НА КОЖЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И БЕДРАХ - ЭРИТЕМЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА:

1) бактериальный перитонит

2) абдоминальный нефротический криз

3) почечная колика

4) апостематозный пиелонефрит

5) кишечная колика

ВАРИАНТ 3

1. К ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ НЕФРОПАТИЙ ОТНОСИТСЯ: 1. ЧАСТЫЕ РЕЦИДИВЫ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА; 2. СОЧЕТАНИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО И ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМОВ; 3. СОЧЕТАНИЕ ПРОТЕИНУРИИ С ГЕМАТУРИЕЙ И ОТЕКАМИ; 4. ПРИСОЕДИНЕНИЕ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. У БОЛЬНОГО С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ НЕФРИТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВОЗНИКЛО ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ: 1. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ; 2. СИНДРОМ ГУДПАСЧЕРА; 3. БРОНХОЭКТАЗЫ И АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК; 4. МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ПОЛИАНГИИТ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ПОДОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ:

1) через 3-5 месяцев от начала заболевания

2) через год

3) через 3 года

4) с первых недель заболевания

5) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии

1. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ: 1. ПИЕЛОНЕФРИТЕ; 2. УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ; 3. ПЕРВИЧНОМ НЕФРОСКЛЕРОЗЕ; 4. ИСТИННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ПОЧКЕ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. "СОЛЬТЕРЯЮЩИЙ СИНДРОМ" ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ:

1) хроническим гломерулонефритом

2) интерстициальным нефритом

3) амилоидозом почек

4) волчаночным нефритом

5) поликистозом почек

1. ИЗ ГРУППЫ ИММУНОСУПРЕССОРОВ ФУНКЦИЮ Т-ЛИМФОЦИТОВ ИЗБИРАТЕЛЬНО ПОДАВЛЯЕТ:

1) азатиоприн

2) циклофосфан

3) хлорбутин

4) циклоспорин

5) метипред

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ЦИТОСТАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ НЕОБХОДИМО ТЩАТЕЛЬНО КОНТРОЛИРОВАТЬ: 1. ЛЕЙКОЦИТЫ КРОВИ; 2. СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ; 3. ТРОМБОЦИТЫ КРОВИ; 4. ЭОЗИНОФИЛЫ КРОВИ:

1) ЕСЛИ ПРАВИЛЬНЫ ОТВЕТЫ 1, 2 И 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ЛЕЧЕНИЕ:

1) преднизолоном

2) цитостатиками

3) индометацином

4) курантилом

5) гепарином

1. ГИПОКАЛИЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ: 1. ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ; 2. БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА; 3. РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ; 4. РЕНИНСЕКРЕТИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ НЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ СОЧЕТАНИЯ ПРЕПАРАТОВ:

1) преднизолон + гепарин + индометацин+ курантил

2) преднизолон + гепарин + курантил + диуретик

3) преднизолон + цитостатик + гепарин + курантил

4) преднизолон + гепарин + курантил + эуфиллин

5) индометацин + гепарин + курантил + эуфиллин

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | 3 | 1 | 5 |
| 2 | 5 | 5 | 3 |
| 3 | 3 | 1 | 1 |
| 4 | 3 | 5 | 5 |
| 5 | 5 | 1 | 2 |
| 6 | 5 | 1 | 4 |
| 7 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | 1 | 4 | 3 |
| 9 | 2 | 5 | 5 |
| 10 | 5 | 2 | 3 |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

***БЛОК (МОДУЛЬ)***

***НЕФРОЛОГИЯ***

**Тема №3.** **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.**

*Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11.*

ВАРИАНТ 1

1. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ:

1) повышение содержания мочевины в крови

2) повышение содержания креатинина в крови

3) гиперфосфатемия

4) гиперкалиемия

5) гиперурикемия

1. РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СПОСОБСТВУЕТ: 1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ; 2. АНЕМИЯ; 3. ПЕРЕГРУЗКА ЖИДКОСТЬЮ, НАТРИЕМ; 4. НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. К УРЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ:

1) кожный зуд

2) эритроцитоз

3) полиурия, полидипсия

4) тошнота, рвота

5) мышечные судороги

1. ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ДИЕТЫ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМОТРЕТЬ: 1. ОГРАНИЧЕНИЕ БЕЛКА; 2. ДОСТАТОЧНУЮ КАЛОРИЙНОСТЬ ПИЩИ; 3. ИСКЛЮЧЕНИЕ КАЛИЙСОДЕРЖАЩИХ ПРОДУКТОВ; 4. НАЗНАЧЕНИЕ КЕТОСТЕРИНА:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОТРАЖАЕТ СТЕПЕНЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОВЫШЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВНЯ:

1) мочевины

2) остаточного азота

3) креатинина

4) калия

5) мочевой кислоты

1. НАИБОЛЕЕ РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖНО СЧИТАТЬ:

1) повышение артериального давления

2) полиурию, полидипсию

3) гиперкалиемию

4) метаболический ацидоз

5) судороги

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) гломерулярный некроз

2) папиллярный некроз

3) тубулярный некроз

4) поражения интерстиции

5) гидронефроз

1. ПРИ ШОКЕ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА:

1) влиянием токсических веществ поврежденных тканей

2) сопутствующей инфекцией

3) падением артериального давления

4) недостаточностью надпочечников

5) метаболическим ацидозом

1. ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОГУТ ВЫЗВАТЬ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ:

1) пенициллинов

2) макролидов

3) аминогликозидов

4) цефалоспоринов

5) фторхинолонов

1. В РАННЕЙ ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ:

1) плазмы

2) плазмозамещающих растворов

3) солевых растворов

4) фуросемида

5) гемодеза

ВАРИАНТ 2

1. УМЕРЕННУЮ ГИПЕРКАЛИЕМИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК МОЖНО КОРРИГИРОВАТЬ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ: 1. СОЛЕЙ КАЛЬЦИЯ; 2. РАСТВОРА ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ; 3. КОНЦЕНТРИРОВАННОГО РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ С ИНСУЛИНОМ; 4. ИЗОТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СРОЧНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) анурия

2) высокая гипертензия

3) повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л

4) повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л

5) развитие перикардита

1. БОЛЬНОМУ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВЕСЕ 70 КГ, НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ, ОТСУТСТВИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ГИПЕРГИДРАТАЦИИ, ПРИ ДИУРЕЗЕ 200 МЛ/СУТ. МОЖНО ВВОДИТЬ ЖИДКОСТЬ В КОЛИЧЕСТВЕ:

1) до 200 мл

2) до 700 мл

3) до 1200 мл

4) до 1500 мл

5) до 2000 мл

1. У 45-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО В ТЕЧЕНИЕ 4 МЕСЯЦЕВ ОТМЕЧАЕТСЯ ЛИХОРАДКА, ЭПИЗОДЫ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЙ МАКРОГЕМАТУРИИ. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ 160 Г/Л, СОЭ 60 ММ/ЧАС. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1) хронический гломерулонефрит гематурического типа

2) волчанковый нефрит

3) рак почки

4) уратный нефролитиаз

5) амилоидоз

1. МУЖЧИНА 32 ЛЕТ, ОТЕЧЕН. ПРИ ОСМОТРЕ ДРУГОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ОТМЕЧЕНО. АНАЛИЗ МОЧИ: ПРОТЕИНУРИЯ, ГИАЛИНОВЫЕ ЦИЛИНДРЫ И ОВАЛЬНЫЕ ЖИРОВЫЕ ТЕЛЬЦА, АЛЬБУМИН ПЛАЗМЫ 2% И ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ. ДИАГНОЗ: 1. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ; 2. ГИПЕРНЕФРОМА; 3. ПИЕЛОНЕФРИТ; 4. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

1) если правильны ответы 1, 2 и 3

2) если правильны ответы 1 и 3

3) если правильны ответы 2 и 4

4) если правильный ответ 4

5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

1. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) радиоизотопная ренография

2) ультразвуковое сканирование почек

3) ангиография

4) экскреторная урография

5) компьютерная томография

1. СИНДРОМ УРЕМИИ ВОЗНИКАЕТ ТОГДА, КОГДА УТРАЧИВАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ:

1) 10% почечной паренхимы

2) 20% почечной паренхимы

3) 50% почечной паренхимы

4) 75% почечной паренхимы

5) 90% почечной паренхимы

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:

1) нефросклероз

2) пролиферация мезангиальный клеток

3) деструкция малых отростков подоцитов

4) отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране

5) облитерация выносящей артериолы

1. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК (ХБП) ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

1) изолированного поражения канальцев

2) изолированного поражения клубочков

3) изолированного поражения собирательных трубочек

4) поражения всего нефрона

5) изолированного поражения приносящей артериолы

1. ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО, ТРЕБУЮЩЕЕ ОСОБОЙ РЕГУЛЯЦИИ СВОЕЙ ДОЗЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК:

1) гентамицин

2) метациклин

3) эритромицин

4) левомицетин

5) ампициллин

ВАРИАНТ 3

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ:

1) 140-200 мл/мин

2) 100-140 мл/мин

3) 80-100 мл/мин

4) 60-80 мл/мин

5) 40 мл/мин

1. В ОСНОВЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1) Деструкция подоцитов

2) Дефекты базальных мембран капилляров

3) Кортикальный некроз

4) Нефросклероз

*Выберите правильную комбинацию ответов:*

а) (1;3;4).

б) (2;4).

в) (1;3).

г) (1; 2).

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭКВИВАЛЕНТОМ ЗАКРЕПЛЕНИЯ АГ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Склероз интерстиция мозгового слоя почек

2) Кортикальный некроз

3) Мезангиальная пролиферация

4) “Облысение” ножек подоцитов

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РЕНАЛЬНОЙ ОПН:

1) Острый гломерулонефрит

2) Быстропрогрессирующий нефрит

3) Острый канальцевый некроз

4) Острый интерстициальный нефрит

1. АНУРИЯ – ЭТО ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ ЗА СУТКИ В КОЛИЧЕСТВЕ МЕНЕЕ ЧЕМ:

1) 500 МЛ

2) 400 мл

3) 300 мл

4) 100 мл

5) 50 мл

1. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПОЧЕЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОПН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Повышение уровня мочевины плазмы более 50 ммоль/л

2) Стабильное повышение уровня калиемии более 6,5 ммоль/л

3) ВЕ более 14-16 ммоль/л

4) Повышение уровня креатинина сыворотки крови до 0,6 ммоль/л

5) Суточная экскреция натрия с мочой более 30 ммоль/л

1. СИНДРОМ УРЕМИИ ВОЗНИКАЕТ ТОГДА, КОГДА УТРАЧИВАЕТСЯ НЕ МЕНЕЕ:

1) 10% функционирующих нефронов

2) 25% функционирующих нефронов

3) 50% функционирующих нефронов

4) 70% функционирующих нефронов

5) 90% функционирующих нефронов

1. ХБП IIIБ СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1) Если СКФ 60 – 89 мл/мин/1,73 м2

2) Если СКФ 30 – 44 мл/мин/1,73 м2

3) Если СКФ 45 – 59 мл/мин/1,73 м2

4) Если СКФ 40– 59 мл/мин/1,73 м2

1. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЧАЛУ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХПН ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Повышение уровня мочевины плазмы более 50 ммоль/л

2) Снижение скорости клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин

3) ВЕ более 14-16 ммоль/л

4) Повышение уровня креатинина сыворотки крови до 0,8-1,0 ммоль/л

5) Суточная экскреция натрия с мочой более 30 ммоль/л

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) (2;3;4).

б) (2;4).

в) (1;3).

г) (1; 2;5).

1. Консервативное лечение ХБП включает:

1) Низкобелковую диету

2) Энтеросорбцию

3) Терапию анемии

4) Коррекцию артериального давления

5) Все перечисленное

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**ОТВЕТЫ К ВОПРОСАМ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | ВАРИАНТ 1 | ВАРИАНТ 2 | ВАРИАНТ 3 |
| 1 | 4 | 1 | 5 |
| 2 | 5 | 3 | г |
| 3 | 2 | 2 | 1 |
| 4 | 5 | 3 | 3 |
| 5 | 3 | 4 | 4 |
| 6 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | 3 | 4 | 4 |
| 8 | 3 | 1 | 2 |
| 9 | 3 | 4 | Б |
| 10 | 4 | 1 | 5 |

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

**Тема 1-2 ЛЕГОЧНЫЕ ИНФИЛЬТРАТЫ. ПНЕВМОНИЯ**

*Ситуационная задача № 1.*

Больная Н., 52 лет, беспокоит кашель со слизисто-гнойной мокротой в умеренном количестве, одышка в покое, общая слабость, потливость, отсутствие аппетита. Заболела остро, 5 дней назад, после охлаждения: повысилась температура тела до 37,8°С, появился сухой кашель и боли в горле. Самостоятельно принимала жаропонижающие средства без эффекта. Антибактериальную терапию не получала. Ухудшение самочувствия в течение последних суток: повысилась температура до 39°С, появилась одышка и слабость. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Отмечается диффузный цианоз

кожи. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены.

Пастозность тыла стоп, голеней. ЧД 25 в мин. Дыхательные движения симметричны, одышка смешанного характера. Отмечается усиление голосового дрожания ниже угла лопатки и по боковой поверхности справа. В легких справа укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания и влажные мелкопузырчатые хрипы ниже уровня VI ребра. Слева перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, пальпируется край печени, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9–8–7 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. ***Вопросы:***

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Оцените результаты дополнительных методов обследования.

5. Сформулируйте клинический диагноз.

6. Определите тактику ведения и назначьте лечение.

*Приложения к ситуационной задаче № 1*

**Анализ крови общий**

Эритроциты – 5,5 х 1012/л, Hb - 158 г/л, лейкоциты - 15,0 х109/л, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные -50%, лимфоциты - 32%, моноциты - 8%, СОЭ – 47 мм/ч.

**Анализ мочи общий**

Соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1019, белок - следы, лейкоциты 2-3 в п/зрения.

**Анализ мокроты общий**

Слизисто-гнойная, зеленоватая, вязкая, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 0– 1 – 5 в поле зрения, ВК-.

**Анализ мокроты** на КУМ в 3 образцах– отрицательный.

**ЭКГ:** синусовая тахикардия, дисметаболические изменения в миокарде.

**Пульсоксиметрия:** SpO2 – 92%

**Рентгенография**

Легочные поля слева прозрачные, справа – интенсивное негомогенное затемнение от уровня VI ребра с участком просветления округлой формы диаметром 2 см с уровнем жидкости

*Ответы к ситуационной задаче № 1.*

1. Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, нетяжелая.

ДН I.

2. Инфильтративный туберкулез, рак легкого, инфаркт легкого, формирующийся абсцесс.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты + микроскопия с

окраской по Граму, анализ мокроты на КУМ в 3 образцах, Rg-грамма органов грудной

полости в 2-х проекциях, ЭКГ, пульсоксиметрия.

4. В общем анализе крови – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ – воспалительные изменения. Характер мокроты – гнойный. Сатурация отражает ДН I степени. Рентгенологически верифицирован инфильтрат, осложнившийся

абсцедированием.

5. Тяжелая внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого,

осложненная абсцедированием. ДН I.

6. Показана госпитализация в терапевтическое отделение. Режим полупостельный на пери

од лихорадки с последующим расширением. Диета – основной стол. Цефалоспорины III

поколения парентерально в комбинации с парентеральными макролидами. Инфузионная

терапия для дезинтоксикации. НПВС в качестве жаропонижающих препаратов. Гепарин

подкожно для профилактики ДВС-синдрома. Беродуал ингаляционно для улучшения

бронхиального дренажа.

*Ситуационная задача №2*

У больного 60 лет, страдающего алкоголизмом появились резкая слабость, температура 39,5° С, кашель с вязкой кровянистой мокротой с запахом пригорелого мяса. Над верхней долей правого легкого притупление перкуторного звука, резкое ослабление дыхания. В мазке мокроты обнаружены грамотрицательные палочки. Каков вероятный диагноз?

Ответ: фридлендеровская пневмония (клебсиелла)

*Ситуационная задача №3*

Пациент Р., 32 лет вызвал на дом участкового терапевта. Жалобы на кашель с выделением мокроты ржавого цвета, боли в правом боку при дыхании, озноб, повышение температуры до 39° С, одышку. Заболел остро, накануне, после охлаждения. Объективно состояние тяжелое. ЧДД 40 в минуту. При перкуссии справа спереди ниже IV ребра и сзади от середины лопатки притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония. Пульс 96 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Каков Ваш диагноз и тактика ведения пациента?

*Ситуационная задача №4*

Пациент К., 41 года, с жалобами на кашель с выделением небольшого количества мокроты, повышение температуры, общую слабость, боли в левом боку. Заболел остро 3 дня назад. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 37,6°С. Ниже угла слева укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Диагностирована левосторонняя очаговая пневмония. Проводилась лечение пенициллином по 500 000 ЕД 4 раза в день. Состояние больного улучшилось. На 10-й день болезни у больного вновь повысилась температура до 38,5°С, усилилась одышка, боли в левом боку. При перкуссии слева над нижней половиной легкого, выраженное притупление, ослабленное дыхание и бронхофония. При рентгеноскопии гомогенное затемнение с косой внутренней границей. Какое осложнение развилось у данного пациента? Правильно ли проводилось лечение? Какова тактика врача в данном случае.

*Ситуационная задача №5*

Больная Е., 50 лет, доставлена с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-й день.

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

**Тема 3 – СИНДРОМ ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ**

*Ситуационная задача №1*

Пациент К., 36 лет, работающий шлифовщиком камня, обратился к участковому терапевту с жалобами на малопродуктивный кашель, одышку при значительной физической нагрузке, повышенную утомляемость, снижение работоспособности и аппетита, повышение температуры тела до 37,2-37,6ºС. Больным себя считает на протяжении 1,5-2 месяцев, за это время похудел на 4-5 кг. За медицинской помощью ранее не обращался, принимал парацетамол, лазолван без значительного эффекта. Флюорографическое обследование – 6 месяцев назад, изменений в легких не обнаружено.

При объективном обследовании общее состояние больного удовлетворительное, кожные и слизистые покровы чистые, бледно-розовые. ИМТ = 24,5. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 4-х группах, единичные, безболезненные, размерами до 1,0 см. Грудная клетка нормостеническая, симметрично участвует в акте дыхания, число дыханий 19 в мин. При сравнительной перкуссии притупление звука слева в I-II межреберьях, при аускультации дыхание в этой зоне бронхиальное, выслушиваются немногочисленные среднепузырчатые влажные хрипы после покашливания. Над остальными отделами легких перкуторный звук легочный, дыхание ослабленное везикулярное. Пульс – 92 удара в мин., ритмичный. АД – 130/65 мм рт. ст. Ритм сердечных сокращений нормальный, тоны нормальной звучности, дополнительные шумы отсутствуют. Живот обычной конфигурации, мягкий и безболезненный при пальпации. Размеры печени и селезенки не увеличены. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

3. Составьте план дополнительных методов исследования.

4. Оцените результаты дополнительного обследования.

5. Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификацией.

6. Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

**Приложение к ситуационной задаче**

Анализ крови: эритроциты – 3,5 х1012/л, Нв – 120 г/л, лейкоциты – 11,4х109/л, э – 1%, п – 16%, с – 50%, м – 17%, л– 16%, СОЭ – 36 мм/час.

Анализ мочи: реакция – слабо кислая, относительная плотность – 1017, белок и сахар не обнаружены, лейкоциты – 3-4 в п/зр., эритроциты – 0-1 в п/зр.

Исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии: в одном образце из 3-х обнаружены КУМ (10 в 100 полях зрения).

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: В легких с обеих сторон множественные рассеянные очаговые тени размерами 3-5 мм, средней интенсивности, без четких контуров, с тенденцией к слиянию. Слева в S1-2 определяется кольцевидная тень размерами 3 см с нечетким внутренним и наружным контуром.

*Ответы к ситуационной задаче №1*

1. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого.

2. Внебольничная пневмония с локализацией в верхней доле левого легкого, нетяжелая. Силикоз.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты + микроскопия с окраской по Граму, анализ мокроты на КУМ в 3 образцах, спирометрия, Rg-грамма органов грудной полости в 2-х проекциях, ЭКГ, пульсоксиметрия.

4. В общем анализе крови – лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, повышение СОЭ, обусловленные воспалительным процессом. В мокроте – микобактерии туберкулеза. На рентгенограмме синдром легочной диссеминации, в S1-2 инфильтрат с распадом.

5. Диссеминированный туберкулез с локализацией в обоих легких (подострое течение), фаза инфильтрации и распада, МБТ(+).

6. Показана госпитализация в туберкулезную больницу для противотуберкулезной терапии.

**Тема 4. ХОБЛ**

*Ситуационная задача № 1.*

Больной Н., 55 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на кашель по утрам с отделением вязкой зеленой мокроты, одышку при небольшой физической нагрузке, утомляемость. Настоящее ухудшение около двух недель, связывает с перенесенной вирусной инфекцией. Кашель со слизистой мокротой отмечает около 10 лет. В течение последних 2 лет стал отмечать одышку. Иногда, когда чувствует себя хуже, по совету знакомых использует сальбутамол (по одной дозе утром и вечером), с кратковременным эффектом. Отмечает, что за последний год похудел примерно на 5 килограммов. Работает плотником. Курит 20-30 сигарет в сутки более 35 лет. Аллергические реакции на пенициллиновые антибиотики и новокаин в виде крапивницы, отека Квинке. У матери бронхиальная астма, отец умер от рака желудка. Общее состояние удовлетворительное. Диффузный цианоз и акроцианоз. Рост 170 см, вес 86 кг. Отеков нет. Грудная клетка бочкообразная. Тип дыхания брюшной. ЧД в покое 21 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненна, эластичность снижена. При перкуссии - коробочный оттенок звука над всей поверхностью легких. Подвижность нижнего легочного края справа и слева по задней подмышечной линии 3 см. При аускультации на фоне ослабленного дыхания выслушиваются диффузные сухие свистящие и жужжащие хрипы. Пульс одинаковый на обеих руках, 110 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/65 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона на легочной артерии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Оцените результаты дополнительных методов обследования. 5. Сформулируйте клинический диагноз. 6. Определите тактику ведения и назначьте лечение.

*Приложения к ситуационной задаче № 1*

Анализ крови общий. Эритроциты – 4,2 млн, Hb – 175 г/л, лейкоциты – 13,2 тыс., эозинофилы - 1%, нейтрофилы: палочкоядерные - 6%, сегментоядерные -58%, лимфоциты - 25%, моноциты - 10%, СОЭ – 28 мм/ч.

Анализ мочи общий. Соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1018, белок - следы, лейкоциты 3–5–8 в п/зрения, эритроцитов нет.

Анализ мокроты общий. Желто-зеленая, лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты – 1-3 в поле зрения, альвеолярные макрофаги до 10 в поле зрения и скопления, эпителий плоский в умеренном количестве, АК, ВК отсутствуют.

Спирометрия: Индекс Тиффно 65%, ОФВ1 52% от должного. Проба с сальбутамолом: прирост ОФВ1 – 9%. Суточная вариабельность ПСВ – 12%.

Пульсоксиметрия: SрO2 – 88%.

ЭКГ ЧСС 100 в минуту, RIII>RII>RI, зубец Р высокий, заостренный; высокий зубец R в V1-2, глубокий зубец S в V5-6, единичные предсердные экстрасистолы.

Рентгенография Легочные поля повышенной прозрачности, корни структурны, расширены, легочный рисунок усилен, в нижних легочных полях деформирован.

*Ответы к ситуационной задаче № 1*

1. Хроническая обструктивная болезнь легких, фаза обострения. 2. Бронхиальная астма, центральный рак легкого. 3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты + микроскопия с окраской по Граму, анализ мокроты на КУМ в 3 образцах, спирометрия, Rg-грамма органов грудной полости в 2-х проекциях, ЭКГ, пульсоксиметрия. 4. В общем анализе крови – эритроцитоз, обусловленный хронической гипоксией, повышение СОЭ. Характер мокроты – гнойный. По данным спирометрии – бронхиальная обструкция, необратимая. Рентгенологически верифицирована эмфизема и базальный пневмосклероз. На ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия – хроническое легочное сердце. Сатурация отражает ДН II степени. 5. ХОБЛ, среднетяжелая стадия, фаза обострения. ДН II. Хроническое легочное сердце, компенсация. ХСН I. 6. Показана госпитализация в терапевтическое отделение. Режим общий. Диета – основной стол. О2-терапия под контролем пульсоксиметрии. Бронхолитики короткого действия через небулайзер. Парентеральные глюкокортикостероиды. Респираторные фторхинолоны.

*Ситуационная задача № 2.*

Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на затрудненное дыхание, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С.

Из анамнеза известно, что пациент курит 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Последние 15 лет его беспокоит кашель, больше по утрам, преимущественно в холодное время года. При ухудшении состояния и повышении температуры принимал аспирин, анальгин, травяные сборы. Около двух лет назад появилась одышка при физической нагрузке, усилился кашель, в связи с чем больной впервые обратился к врачу Настоящее ухудшение в течение последних 5 дней, связывает с переохлаждением. В связи с появлением затрудненного дыхания и с усилением одышки и гнойность мокроты, повышением температуры обратился к врачу.

Объективно: состояние средне степени тяжести. Температура тела 37,6 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Телосложение гиперстеническое, грудная клетка бочкообразной формы, над- и подключичные ямки сглажены. Ребра расположены горизонтально, межреберные промежутки расширены. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 22 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких - дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс - 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/85 мм рт. ст. Со стороны органов пищеварения и мочевыделения патологии не выявлено.

Общий анализ крови: НВ - 155 г/л, эритроциты - 4,9х1012/л, лейкоциты - 9,7х109/л, эозинофилы -4%, палочкоядерные -1%, сегментоядерные - 57 %, лимфоциты - 36 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 17 мм/ч.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения, эритроцитов нет.

Рентгенография органов грудной полости: грудная клетка расширена, повышена прозрачность легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, очаговых теней нет.

Посев мокроты: рост Streptococcus pneumoniae, чувствительного к левофлоксацину, цефтриаксону, ципрофлоксацину; устойчивых к эритромицину, оксациллину.

ЭКГ: синусовая тахикардия - 105 уд/мин, высокий зубец P в отведениях II, III, aVF; выраженное отклонение оси QRS вправо, S-тип.

Спирография: значительные нарушения вентиляции легких рестриктивного и обструктивного характера, на уровне средних и мелких бронхов.ОФВ1- 53%, ЖЕЛ 64%.

ВОПРОСЫ:

1.Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз

2. Составьте и обоснуйте план исследования

3. Назначьте лечение

ОТВЕТЫ к с*итуационной задаче № 2.*

Диагноз: ХОБЛ, смешанный тип (эмфизематозный и бронхитический), стадия II, обострение ассоциированное инфекцией, среднетяжелое течения. ДН II ст.

Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб больного на одышку, больше на выдохе, кашель с трудноотделяемой, вязкой желто-зеленой мокротой, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, повышение температуры до 37,8 °С, данных анамнеза кашель с мокротой отмечает в течении 15 лет, одышка беспокоит около 2 лет. При объективном осмотре: Температура тела 37,6 °С. Диффузный цианоз лица, акроцианоз кистей рук. Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии определяется коробочный звук, нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации легких - дыхание с удлиненным выдохом, в фазу выдоха выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 88 уд/мин, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Данные анализа мокроты: слизисто-гнойная, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 50-60 в поле зрения; рентгенография органов грудной полости: изменения характерные для хронического бронхита и эмфиземы легких; на ЭКГ- гипертрофия правых отделов сердца; Спирография- изменения рестриктивного и обструктивного характера. ОФВ1- 53%, ЖЕЛ 64%.

Пациенту рекомендовано: УЗИ сердца (для оценки легочной гипертензии и степени гипертрофии стенок правых отделов сердца); Бронхоскопию (для проведения санации бронхов, БАЛ (бронхоальвеолярный лаваж), определения наличия бронхоэтазов). Анализ крови на СРБ (на определения наличия системного воспаления).

Получает следующее лечение: антибактериальные препараты по спектру чувствительности, муколитические препараты (АСС, амброксол), бронходилататоры: бета2-агонисты (беродуал), холинолитики (спирива) (ингалятор, небулайзер), ИГКС (симбикорт), теофиллин, кислород.

М-холинолитики - препараты первого ряда, назначаются обязательно при всех степенях тяжести заболевания. Комбинация бронхорасширяющих средств: бета2-агонисты и антихолинергического препарата (короткого или длительного действия), улучшает бронхиальную проходимость в большей степени, чем при монотерапии. Снижен риск побочных эффектов.

Препараты теофиллина длительного действия присоединяют при недостаточной эффективности М-холинолитиков и бета2-адреномиметиков, показаны при ночных проявлениях болезни.

Глюкокортикоидная терапия применяется при неэффективности максимальных доз бронхорасширяющих средств. Предпочтение отдается ингаляционным глюкокортикоидам. Эти препараты назначают дополнительно к бронхолитической терапии при ОФВ1 <50 % и повторяющихся обострениях. Регулярное лечение ингаляционными глюкокортикоидами показано больным с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ и при высоком содержании эозинофилов в мокроте.

*Ситуационная задача № 3.*

Больной, 64 лет, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке (около 100 м ходьбы), преимущественно затруднен выдох, кашель приступообразного характера с выделением мокроты, учащенное сердцебиение, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза: Страдает хроническим бронхитом в течение 15 лет, обострения возникают 2-3 раза в год. Курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день. Объективно: теплый диффузный цианоз, субфебрилитет, шейные вены набухшие, ЧДД - 22 в мин. Аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие и единичные мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне удлиненного выдоха. Границы сердца расширены вправо, тоны приглушены, акцент 2 тона над легочной артерией. АД -110/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отеки на ногах. Данные спирографии: ОФВ1 (постбронходилатационный) - 45% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ- 65% от должного. РаО2 - 35мм рт. ст., SаO2 - 70%.

ВОПРОСЫ:

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Назовите наиболее информативные инструментальные исследования для диагностики хронического легочного сердца и возможные результаты.

3.1.Определите схему лечения в зависимости от стадии ХОБЛ (GOLD). 2.Установите тактику лечения ХЛС.

ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №3:

1.Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), III степени, тяжелое течение, группа D, бронхитический тип. Осложнения: Дыхательная недостаточность III степени. Хроническое легочное сердце, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии (по Стражеско-Василенко) , III ФК ( NYHA).

Диагноз хронической обструктивной болезни легких установлен на основании жалоб больного на: одышку экспираторного типа, кашель с выделением мокроты; данных анамнеза: страдает хроническим бронхитом в течение 15 лет; курил более 30 лет по 1-2 пачке сигарет в день. Установление степени и тяжести течения ХОБЛ основано на данных: ОФВ1 (постбронходилатационный тест) - 45%, ОФВ1/ФЖЕЛ-65% (GOLD,2007). Группа D определена по следующим критериям: 3 степень спирометрии, частота обострений более 2 раз в год, шкала одышки mMRC 3 (тяжелая- одышка после прохождения около 100 м). Бронхитический тип установлен основании наличия кашля с гиперсекрецией мокроты, диффузного цианоза, выраженной обструкции бронхов, декомпенсированного легочного сердца, а также признаков прогрессирующей дыхательной недостаточности и сердечной недостаточности. Дыхательная недостаточность установлена ввиду наличия одышки, цианоза, умеренного снижения АД, увеличения ЧДД; степень дыхательной недостаточности установлена на основании уменьшения РаО2< 40 мм рт. ст. и SаO2 < 75%. Осложнение хронического легочного сердца установлено по наличию одышки при незначительной нагрузке, теплого диффузного цианоза, сердцебиения, акцента 2 тона над легочной артерией Стадия декомпенсации ХЛС установлена на основании наличия симптомов правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, периферические отеки). Стадия хронической сердечной недостаточности определена вследствие наличия нарушения гемодинамики в малом и большом кругах кровообращения; функциональный класс в соответствии с выраженным ограничением

физической активности.

2. План дополнительного обследования:

1.Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови на: общий белок и его фракции, трансаминазы, билирубин и его фракции, холестерин, триглицериды и его фракций, СРБ.

3. Общий анализ мокроты с цитологией (для выявления атипичных клеток и БК).

4.Спирография, пикфлоуометрия, КЩС (повторить для констатирования степени дыхательных нарушений).

5.Рентгенография органов грудной клетки для исключения других причин кашля с мокротой и уточнения характера патологических изменений со стороны легочно-сердечной системы.

6.ЭКГ и ЭхоКГ для диагностики легочного сердца.

7.УЗИ органов брюшной полости для определения размеров и структуры печени.

8.КТ, МРТ легких для детализированного определения патологических изменений.

Наиболее информативные признаки ХЛС:

На ЭКГ выявляют гипертрофию правого предсердия (остроконечные высокие зубцы Р в отведениях II, III, aVF) и правого желудочка (отклонение электрической оси сердца вправо, увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях, блокада правой ножки пучка Гиса, появление глубокого зубца S в I и зубца Q в III стандартных отведениях). Рентгенологически хроническое легочное сердце проявляется гипертрофией правого желудочка, признаками гипертензии в малом круге кровообращения, расширением верхней полой вены. При эхокардиографии могут быть обнаружены гипертрофия стенки правого желудочка, дилатация правых камер сердца, расширение легочной артерии и верхней полой вены, легочная гипертензия и трикуспидальная недостаточность.

3. Лечебная тактика 1.Все стадии:

\* Исключение факторов риска.

\* Ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной.

\* Ингаляции при необходимости одного из: атровент 40 мкг, беродуал – 2 дозы, беротек – 200-400 мкг, сальбутамол 200-400 мкг Стадии II, III и IV (но не на стадии I).

\* Регулярные ингаляции (атровент 40 мкг 4 раза в сутки или спирива 18 мкг 1 раз в сутки ± серевент 50 мкг 2 раза в сутки или формотерол 12 мкг 2 раза в сутки) ± внутрьтеофиллин 0,2- 0,3 г 2 раза в сутки или \* беродуал 2 дозы 4 раза в сутки или \* серевент 50 мкг 2 раза в сутки или формотерол 12 мкг 2 раза в сутки ± теофиллин 0,2-0,3 г 2 раза в сутки.

\* Реабилитационные мероприятия.

Стадии III и IV (но не на стадии I и II):

\* Регулярные ингаляции (беклометазон 1000-1500 мкг/сут или будесонид 800-1600 мкг/сут или флутиказон 500-1000 мкг/сут или серетид 50/250 мкг (1-2 дозы 2 раза в сутки) (или симбикорт 4,5/160 мкг (2-4 дозы 2 раза в сутки) при ежегодных или более частных обострениях за последние 3 года и положительном функциональном ответе (эффективность оценивается через 6-12 нед. по бронходилатационному тесту).

\* Реабилитационные мероприятия.

2.Лечение легочной гипертензии и легочного сердца включает:

1. Оптимальная терапия ХОБЛ.

2. Длительная оксигенотерапия (более 15 ч/сут).

3. Диуретики (т.к. имеются отеки) и дезагреганты, антиагреганты (низкомолекулярные гепарины, непрямые антикоагулянты).

4. Борьба с сердечной недостаточностью. Дигоксин (ввиду наличия сопутствующей левожелудочковой недостаточности, т.к. сердечные гликозиды не оказывают влияния на сократимость и фракцию выброса правого желудочка) – малоэффективен. Спорно: вазодилататоры (нитраты, антагонисты Са, ИАПФ) – ухудшение оксигенации крови и артериальная гипотензия. Но антагонисты Са (нифедипин SR 30-240 мг/сут и дилтиазем SR 120-720 мг/сут) могут применяться у больных с тяжелой легочной гипертензией при недостаточной эффективности бронхолитиков и оксигенотерапии.

**Тема 5. БА**

*Ситуационная задача № 1.*

Больной А., 42 лет, доставлен машиной скорой помощи с тяжелым приступом удушья с затрудненным выдохом. Болеет в течение недели, после переохлаждения появились слабость, кашель, температура до 39°, что было расценено как ОРВИ. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось: температура нормализовалась, кашель несколько уменьшился, но появились приступы удушья. Объективно: состояние тяжелое, больной обеспокоен, напуган. Занимает вынужденное положение – сидит, наклонившись вперед и опираясь локтями на колени. Кожа бледная с синюшным оттенком, покрыта холодным потом. Лицо одутловатое. Шейные вены набухшие. Грудная клетка эмфизематозна, в дыхании участвуют мышцы плечевого пояса, межреберные промежутки и надключичные ямки втягиваются при вдохе. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, подвижность легочных краев ограничена, на фоне ослабленного дыхания большое количество сухих свистящих хрипов, ЧДД 30 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 96 в мин, АД 150/95 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. Клинический анализ крови: Нв 135 г/л; эритроциты 4,5х 1012/л; ЦП 0,9; лейкоциты 9,8х 109/л, эозинофилы 15%, палочкоядерные 8%, сегментоядерные 48%, лимфоциты 27%, моноциты 2%. СОЭ 32 мм/ч. ЭКГ: правограмма, блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Определите тактику неотложной терапии.

*Ответы к задаче №1***.**

1. Основной диагноз: бронхиальная астма, эндогенная форма, неконтролируемое течение, тяжелый приступ. Не исключается астматический статус 1 стадия. Сопутствующий: АГ 1 степени (требует уточнения, возможно пульмогенная)
2. Рентгенография ОГК, исследование газов крови для уточнения рН, раСО2, пульсоксиметрия, клинический анализ крови и определение С-0реактивного белка для уточнения наличия инфекции (инфекционного воспаления), анализ мокроты (клеточный состав, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана) с бактериологическим исследованием
3. Лечение:

* Ингаляция увлажненным кислородом (104 л/мин);
* Через небулайзер 1- 3-4 мл (от 20 до 60-80 капель) раствора беродуала; или сальбутамола 2.5-5 мл (2,5-5 мг); дозы могут повторяться через каждые 15-30 минут;
* ГКС (преднизолон в/в 90-120 мг или дексаметазон 4-8 мг с возможным дальнейшим повторением на период 48 ч, далее переход на 20-30 мг внутрь либо в ингаляционном виде);
* При недостаточной эффективности возможно применение эуфиллина (2,4% - 10 млв/в капельно);
* В случае выявления гнойной мокроты и признаков бактериальной инфекции – антибиотики широкого спектра действия;
* Для гипотензивной терапии – дилтиазем (антагонист кальция) или блокаторы рецепторов ангиотензина (лозартан).

*Ситуационная задача № 2.*

Больная В., 43 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека. У пациентки двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберных промежутков. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по средне-подмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

5. Продемонстрируйте технику использования карманного ингалятора

*Ситуационная задача № 3*

Больной А., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на затруднение дыхания преимущественно на выдохе, приступы удушья 1-2 раза в сутки, редкий сухой кашель. Впервые затруднение дыхания ощутил около полугода назад, ухудшение самочувствия в течение недели. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. По совету знакомых принимал теофиллин, после чего состояние улучшалось. Ощущение нехватки воздуха и одышка возникают при воздействии резко пахнущих веществ, бытовой пыли, однажды приступ удушья возник в ночное время без видимой причины. Аллергоанамнез: реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. В детстве часто болел простудными заболеваниями, неоднократно в дошкольном и младшем школьном возрасте болел бронхитом. Курит с 17 лет до 5-10 сигарет с фильтром в день. Наследственность не отягощена. Обьективно: Сознание ясное. Положение активное. Отмечается речевая одышка, говорит отдельными фразами. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, определяется легкий диффузный цианоз верхней половины тела и цианоз губ. Пальпируемые лимфатические узлы по основным группам не увеличены, безболезненные. Рост 168 см, вес 70 кг. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, тип дыхания брюшной, дыхательные движения симметричные, частота дыхания 20 в 1 минуту, затруднение выдоха. При перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук. Высота стояния верхушек легких спереди – 4 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница легких справа и слева по средней подмышечной линии на уровне VIII ребра. Подвижность нижнего края легких по средней подмышечной линии справа и слева 5 см. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, АД 138/88 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

3. План обследования больного?

4. Оцените данные дополнительного обследования.

5. Установите клинический диагноз.

6. Какова тактика ведения больного?

*Приложение к ситуационной задаче № 3.*

**Анализ крови общий.**

Эритроциты – 4,8 г/л, Hb - 138г/л, лейкоциты – 7,2 г/л, эозинофилы - 6%, нейтрофилы:

палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 58%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%,

СОЭ – 8 мм/ч.

**Анализ мочи общий.**

Соломенно-желтая, реакция слабокислая, уд. вес 1018, белок - следы, лейкоциты 1-3 в

п/зрения, эритроцитов нет.

**Общий IgE** – 180 МЕ/л.

**Рентгенорамма легких.**

Легочные поля повышенной прозрачности. Корни структурны, синусы свободны. Тень средостения без особенностей.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, ЧСС 80 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена.

**SpO2** – 92%.

**Спирометрия:**

ЖЕЛ – 85% от должн. ОФВ1 – 60% от должн. Индекс Тиффно – 63%. ПСВ – 68% от должн. МОС25 – 81 % от должн. МОС50 – 72 % от должн. МОС75 – 64 % от должн. Проба с сальбутамолом – прирост ОФВ1 – 19%.

*Ответы к ситуационной задаче № 3.*

1. Бронхиальная астма, аллергическая, фаза обострения.

2. ХОБЛ, хронический обструктивный бронхит, фаза обострения.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты + микроскопия с окраской по Граму, анализ мокроты на КУМ в 3 образцах, спирометрия, Rg-грамма органов грудной полости в 2-х проекциях, ЭКГ, пульсоксиметрия, общий IgE.

4. В общем анализе крови – эозинофилия. Общий IgE повышен. По данным спирометрии –бронхиальная обструкция, обратимая, на уровне мелких и средних бронхов. На рентгенограмме и ЭКГ значимых изменений не выявлено. Сатурация отражает ДН I степени.

5. Бронхиальная астма, аллергическая, фаза обострения средней степени тяжести. ДН I.

6. Показана госпитализация в терапевтическое отделение. Режим общий. Диета – основной стол. Комбинированные бронхолитики короткого действия через небулайзер. Парентеральные глюкокортикостероиды. После купирования обострения подбор поддерживающей терапии.

*Ситуационная задача № 4*

Пациент 18 лет, студент. В течение 3-4 лет отмечает приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди, в основном в весенне-летнее время. Приступы также сопровождаются обильным выделением из носа, слезотечением, крапивницей. Мокрота светлая, при исследовании эозинофилия крови 6%. Кожные пробы выявили повышенную чувствительность к пыльце ясеня, дуба.

Вопросы:

1. Какой диагноз вы предполагаете?
2. Какой метод исследования требуется провести?
3. Лечение?

*Ситуационная задача № 5*

Больная С., 36 лет, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья до 4-5 раз в сутки, которые купируются только повторными ингаляциями беродуала, на одышку при физической нагрузке, затруднение выдоха, чувство заложенности в груди, затрудненное носовое дыхание, кашель со скудной вязкой мокротой, слабость.

Из анамнеза: У пациентки с 4-х летнего возраста рецидивирующий риносинусит, с 5 лет частые «простуды», сопровождающиеся длительно сохраняющимся кашлем. В 17 лет прием аспирина вызвал появление крапивницы, усиление насморка, затруднение дыхания. В 18 лет появились первые приступы удушья. В 25 лет после удаления полипов носа развился астматический статус. С этого момента по настоящее время получает преднизолон внутрь в поддерживающей дозе 10 мг/сут. Настоящее ухудшение состояние в течение 3-4 дней связывает с использованием мази финалгон для уменьшения боли в правом локтевом суставе .Семейный анамнез: у бабушки по материнской линии бронхиальная астма.

Объективно: При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Конституция нормостеническая, диффузный цианоз. Дыхание через нос затруднено. Дыхание шумное, хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧДД - 24 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук. Нижняя граница легких опущена на I ребро, подвижность нижнего легочного края снижена. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, выдох удлинен, выслушиваются сухие хрипы по всем полям. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс ритмичный, тахикардия до 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Со стороны органов пищеварения и мочевыделения патологии не выявлено.

Анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты - 8,5х109/л: эозинофилы - 12 %, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 18 %, моноциты - 2 %. СОЭ - 8 мм/ч. Ig E 460 МЕ.

Рентгенография органов грудной полости: грудная клетка расширена, повышена прозрачность легочной ткани, корни легких тяжисты, малоструктурны, очаговых теней нет.

Анализ мокроты: слизистая, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 5-6 в поле зрения, эритроцитов нет.

ЭКГ: высокий остроконечный зубец Р в отведениях I, II. Увеличение амплитуды зубца R в правых грудных отведениях (V1- 2) и амплитуды S в левых грудных отведениях (V5 -6).

Спирография: значительные нарушения вентиляции легких рестриктивного и обструктивного характера, на уровне средних и мелких бронхов. ОФВ1- 53%, ЖЕЛ 64%.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его. Дополнительные методы исследования? Лечение?

*Ответы к ситуационной задаче №5*

Бронхиальная астма, аспириновая, тяжелое персистирующее течение, частично контролируемая, фаза обострения. Эмфизема легких. Пневмосклероз. ДН II ст. Полипозный риносинусит. Непереносимость ацетилсалициловой кислоты и других НПВП.

Диагноз бронхиальной астмы установлен на основании жалоб больного на приступы удушья до 4-5 раз в сутки, которые купируются только повторными ингаляциями беродуала, на одышку при физической нагрузке, затруднение выдоха, чувство заложенности в груди, затрудненное носовое дыхание, кашель со скудной вязкой мокротой, слабость. Данных анамнеза: с детских лет рецидивирующий риносинусит и частые простудные заболевания. В 17 лет прием аспирина вызывал появление крапивницы, усиление насморка, затруднение дыхания. В 18 лет появились первые приступы удушья. В 25 лет после удаления полипов носа развился астматический статус. С этого момента по настоящее время получает преднизолон внутрь в поддерживающей дозе 10 мг/сут. Настоящее ухудшение состояния связывает с использованием мази финалгон для уменьшения боли в правом локтевом суставе.

Семейный анамнез: у бабушки по материнской линии бронхиальная астма. При объективном осмотре: состояние больной средней степени тяжести, диффузный цианоз. Дыхание через нос затруднено. Дыхание шумное, хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧДД - 24 в минуту. При перкуссии определяется коробочный звук. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, выдох удлинен, выслушиваются сухие хрипы по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Пульс до 100 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Ig E 460 МЕ. Анализ мокроты: слизистая, вязкая, эозинофилы до 4 в поле зрения, лейкоциты 5-6 в поле зрения, эритроцитов нет

Рентгенография органов грудной полости: изменения характерные для хронического бронхита и эмфиземы легких; на ЭКГ - гипертрофия правых отделов сердца; Спирография - изменения рестриктивного и обструктивного характера. ОФВ1- 53%, ЖЕЛ 64%.

Пациентке дополнительно рекомендовано: УЗИ сердца (для оценки легочной гипертензии и степени гипертрофии стенок правых отделов сердца); анализ крови на СРБ (на определения наличия системного воспаления); кожные аллергопробы (для выявления аллергена). Пикфлоуметрия для оценки эффективности терапии.

Получает следующее лечение: антигистаминные препараты, муколитические препараты (АСС, амброксол), бронходилататоры: бета2-агонисты (беродуал), ингаляционные комбинированные препараты длительного действия ИГКС (симбикорт), насобек, кислород.

ИГКС составляют основу базисной терапии данного вида бронхиальной астмы. Предотвращают развитие симптомов и обострений бронхиальной астмы, уменьшают бронхиальную гиперреактивность, улучшают функциональные показатели легких. Можно также рекомендовать ингибиторы лейкотриеновых рецепторов (сингулар).

*Ситуационная задача № 6*

Больная Б., 45 лет, доставлена в клинику в состоянии удушья. Удалось выяснить, что 8 лет назад болела пневмонией, не обследовалась, дома принимала какие-то таблетки. Долго кашляла. В последующие годы после простуды беспокоили кашель с трудно отхаркиваемой мокротой, одышка, затем появились приступы удушья, которые купировались теофедрином. Последние два года приступы стали возникать при вдыхании резких запахов, в душном помещении. При одном из очередных обострений назначен преднизолон. С этого времени принимает его постоянно. Резкое ухудшение состояния последние три дня после простуды: приступы удушья участились, до 12-15 раз в день прибегала к ингаляции беротека, два раза в день получала эуфиллин в/в, по совету врача отменила преднизолон. Приступы полностью не купировались, стала замечать усиление одышки после ингаляции. Объективно: состояние тяжелое, дыхание шумное, свистящее, на расстоянии слышны хрипы, шейные вены набухшие, цианоз лица, слизистой губ. Грудная клетка бочкообразная. Перкуторно: легочной звук с коробочным оттенком, аускультативно: жесткое дыхание с удлиненным выдохом, рассеянные сухие хрипы по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-120 в мин. АД-140/85 мм рт. ст.

Вопросы. 1. Ваш диагноз? 2.Неотложные мероприятия?

*Ситуационная задача № 7.*

Дайте клиническую трактовку результатов исследования:

Спирометрия: ОФВ1/ФЖЕЛ=0,65.

Бронходилятационный тест: через 15 мин после ингаляции β2 - агониста отмечено увеличение OФВ1 на 20%.

Пикфлоуметрия: ПСВ утром - 500 л/мин, вечером - 380 л/мин. Суточ­ный разброс ПСВ > 20%.

*Ответы к ситуационной задаче №7*

Снижение соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ до 0,65 подтверждает наличие бронхиальной обструкции.

Бронходилатационный тест. Если через 10-20 мин. после ингаляции β2- агониста (беротек, сальбутамол) ПСВ или ОФB1 увеличивается на 12% и бо­лее, то это свидетельствует об обратимости бронхиальной обструкции.

Пикфлуометрически определяется максимальная скорость выдоха. Для дифференциальной диагностики с ХОБЛ определяют разницу этого показа­теля утром и вечером. При ХОБЛ она незначительна, при бронхиальной аст­ме разброс ПСВ больше 20%.

КОРОТКИЕ ЗАДАЧИ (для контроля усвоения лекционного материала):

1.У 26-летней больной внезапно на фоне эмоционального стресса появилось ощущение затрудненного дыхания, затем стала ощущать «комок в горле» и удушье. Приступ сопровождался потливостью, чувством дрожи во всем теле, возбуждением. При осмотре: дыхание учащенное, поверхностное. ЧДД – 22 в минуту. Перкуторно – легочный звук, аускультативно – несколько ослабленное везикулярное дыхание. Отмечается некоторая тахикардия: кожные покровы влажные, гиперемированные. Со стороны других систем патологии нет. Какую патологию вы подозреваете?

Ответ: дыхательный невроз, истерическая астма.

2. У больной 30 лет, страдающей бронхиальной астмой, в течение 2 дней усилилась одышка, приступы удушья перестали купироваться обычными средствами (ингаляторами и эуфиллином), мокрота не отходит. О каком осложнении следует думать?

Ответ: астматический статус 1 ст.

3. У больного 30 лет развилось тяжелое удушье, которое не купировалось симпатомиметиками. Более того, изменилась аускультативная картина: исчезли хрипы, которые выслушивались ранее, увеличилась и стала болезненной печень. Как называется описанный аускультативный симптом? Ваш диагноз с указанием стадии? Как обьяснить появление гепатомегалии?

Ответ: астматический статус 2 ст., «немое легкое». Вероятно имеется острая правожелудочковая недостаточность с застоем крови по большому кругу кровообращения (острое или подострое легочное сердце)

4.У больного 40 лет во время приступа бронхиальной астмы внезапно усилился цианоз, снизилось АД, усилилась одышка, которая стала носить смешанный характер. Объективно: в динамике отмечено отсутствие дыхания в правых боковых отделах грудной клетки и здесь же перкуторно определяется тимпанический звук. Чем вызваны эти изменения?

Ответ: возникло осложнение приступа бронхиальной астмы – спонтанный пневмоторакс.

5.В прошлом у больного 55 лет дважды были приступы экспираторного удушья после употребления в пищу лесной ягоды и орехового масла. Сегодня после приема обзидана по поводу артериальной гипертонии через 20 мин развился приступ экспираторного удушья. Как можно объяснить механизм его возникновения?

Ответ: генерализованный бронхоспазм как реакция на бета-адреноблокатор

6.Женщина 70 лет в течение 3-х лет страдает мерцательной аритмией. В один из таких приступов фибрилляции предсердий внезапно появилось удушье, носящее смешанный характер, что заставило больную принять вынужденное полусидячее положение, откинувшись на подушку (при этом одышка несколько облегчалась). При аускультации в легких множественные сухие свистящие и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в задне- нижних отделах с обеих сторон. Как вы оцениваете характер удушья?

Ответ: сердечная астма.

7.У больного 70 лет во время астматического статуса за период около 1 часа ухудшилось состояние: появились неприятные ощущения в правом подреберье, в легких стали выслушиваться влажные хрипы, печень выступает из подреберья 1,5-2 см, появились отеки ног, усилился цианоз, набухли шейные вены. При срочно снятии ЭКГ отмечается остроконечный зубец Р во II-III и avF отведениях, блокада правой ножки пучка Гиса, уширенные и отрицательные зубцы Т. Оцените состояние больного.

Ответ: развилось острое легочное сердце как осложнение астматического статуса.

8.У 19-летнего студента с частыми обострениями хронического бронхита (как их расценивали врачи) появились приступы экспираторного удушья. Генеалогически выявлен семейный характер хронической патологии легких у брата пациента и у матери, умершей в возрасте 40 лет от «хронической пневмонии». Какой диагноз наследственного заболевания можно предполагать и как его диагностировать и подтвердить?

Ответ: требуется исключить бронхо-легочную форму муковисцидоза. Молекулярно-генетическое исследование на наличие патологии гена муковисцидоза.

9.Больная 40 лет в течение 10 лет страдает бронхиальной астмой, по поводу чего получает глюкокортикоиды (преднизолон 20 мг/сут ежедневно) в течение последних 2-х лет. За последний год отмечает прибавку в весе (особенно округлилось лицо), стало повышаться АД, появились стрии на теле, беспокоит жажда. Исследование крови на сахар выявило гипергликемию. Как оценить данные изменения в состоянии больной?

Ответ: синдром Иценко-Кушинга (медикаментозный кушингоид).

10.Больной 35 лет много лет страдает хроническим бронхитом. В период очередного обострения при лечении антибиотиками пенициллинового ряда возник приступ удушья, который потребовал применения неотложных мероприятий. С тех пор приступы удушья стали нередкими, но к врачам не обращался по этому поводу, лечился сам, народными средствами, травами. В настоящий момент поступил в стационар с жалобами на сухой кашель и удушье, практически каждую ночь, в предутренние часы (особенно затруднен выдох). Объективно: больной сидит, опираясь руками о кровать. Лицо бледное, покрыто холодным потом. Слышны на расстоянии сухие свистящие хрипы. Дыхание учащено, 22 дв/мин, выдох затруднен, удлинен. При разговоре каждое слово говорит по слогам. Перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жесткое, выдох удлинен, затруднен, на выдохе рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, учащены, границы определить затруднительно. ЭКГ – синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубцов, правограмма. Оцените состояние?

Ответ: приступ бронхиальной астмы.

11.Больной 40 лет, в течение 3-4 лет страдает артериальной гипертонией. Внезапно после велосипедной прогулки появилась боль в левой половине грудной клетки (спереди и сзади у угла лопатки), без иррадиации, усиливающаяся при вдохе. Через 30-40 мин присоединилось удушье, кашель с окрашенной кровью мокротой. При осмотре: цианоз, умеренная бледность, одышка смешанного характера, ЧДД 28-30 дв/мин. В легких слева ниже угла лопатки умеренно ослабленное дыхание. Соr – тахикардия, акцент II тона над легочной артерией, пульс и ЧСС 100 уд/мин. Печень увеличена на 1 см. Отеков нет. Отмечен варикоз вен правой голени, умеренная болезненность при пальпации икроножных мышц правой голени, окружность правой голени на 1.5 см больше, чем левой.

Вопросы:

1. Ваши предположения о механизме удушья и кровохаркания?
2. Какие дополнительные данные вам необходимы для постановки клинического диагноза?
3. Ваши лечебные мероприятия?

Ответы:

1. ТЭЛА и инфаркт левого легкого с бронхоспастическим синдромом как осложнение тромбофлебита вен н/к
2. Р-графия в 2-х проекциях или КТ ОГК; ЭКГ, УЗДГ сосудов конечностей, эхоКГ
3. Лечение: Постельный режим, иммобилизация и бинтование эластичным бинтом н/конечностей, антикоагулянты, дезагреганты, бронхолитики (атровент в инг., эуфиллин с корглюконом), антибиотики для профилактики инфаркт-пневмонии.

**Тема №6. Легочная гипертензия**

*Ситуационная задача №1*

Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 1.5-2 месяца, когда фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке (появлялась одышка), а также увеличение отеков нижних конечностей. *Данные объективного осмотра.*При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочной артерией. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней. *Клинический анализ крови:*эритроциты - 6,0х1012/л, Hb - 170 г/л, лейкоциты - 12,2х109/л, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч.

*Электрокардиография:*синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный *P*во II, III, avF отведениях, преобладающий *R*в V1, V2, глубокий *S*в левых грудных отведениях.

*Данные эхокардиографического исследования:*аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм.

При допплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 48,5 мм рт. ст.). Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.

3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.

|  |
| --- |
|  |

4. Составьте план лечения данного больного.

*Ответы к ситуационной задаче №1*

1. Хронический обструктивный бронхит, в стадии стихающего обострения. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность, III функциональный класс (по классификации NYHA).

2. Систолический шум вдоль левого края грудины выслушивается при возникновении недостаточности трикуспидального клапана. В данном случае имеет место относительная недостаточность вследствие дилатации правых камер сердца. Акцент II тона над легочным стволом характерен для легочной гипертензии.

3. На электрокардиограмме выявляют признаки нагрузки на правое предсердие, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обращает на себя внимание интактное состояние левых отделов сердца при гипертрофии в сочетании с дилатацией преимущественно правых камер сердца, наличие легочной гипертензии.

4. Оксигенотерапия, бронхолитики (антихолинергические препараты - беродуал, атровент), невысокие дозы ИАПФ или антагонистов рецепторов АТ II под контролем АД, осмотические диуретики (фуросемид - 20-80 мг под контролем диуреза), антагонисты альдостерона (спиронолактон - 25-50 мг в сутки), антагонисты кальция, контроль АД и ЧСС.

*Ситуационная задача №2*

Пациент Л., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на сильную прибавку в весе в течение 7 лет, утомляемость, выраженную сонливость, эпизоды внезапного засыпания, храп во сне, одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при физической нагрузке. *Объективный осмотр.*Рост - 173 см. Вес - 110 кг. Кифоз грудного отдела. Отеки стоп, голеней. Теплый диффузный цианоз. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 19 в минуту. Тоны сердца ритмичны, глухие, ЧСС - 96 в минуту. АД - 140/88 мм рт. ст. *Общий анализ крови:*Hb - 174 г/л, лейкоциты - 5,5 х109/л, эритроциты - 6,7х1012/л, тромбоциты - 350 х109/л. СОЭ - 4 мм/ч. Увеличение протромбиновой активности плазмы, снижение фибринолитической активности плазмы, усиление адгезии тромбоцитов. *Исследование газов крови:*PO2 - 92 мм рт. ст., PCO2 - 46 мм рт. ст. *Рентгенография органов грудной клетки:*высокое стояние диафрагмы, обеднение сосудистого рисунка. Относительное увеличение дуги ПЖ в левом косом положении. Дилатация общего ствола ЛА в правом косом положении. В боковой проекции определяется усиленный кифоз грудного отдела позвоночника. *Исследование функции внешнего дыхания*: ЖЕЛ снижена, ФЖЕЛ1 снижена, индекс Тифно - выше 70 %. На *электрокардиограмме:*синусовая тахикардия, отклонение ЭОС резко вправо, блокада левой задней ветви пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса. Амплитуды RV1 + SV5 - более 10,5. Слабоотрицательные зубцы *Т*в V1-V2. *ЭхоКГ.*Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 12 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 13 мм. ФВ левого желудочка - 60 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 54 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 49 мм в диаметре, по вертикали - 53 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 10 мм.

|  |
| --- |
|  |

При *допплерографии*определяется легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 42,8 мм рт. ст.). Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Объясните патогенез нарушения дыхания при ожирении.

3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.

4. Составьте план лечения данного больного

*Ответы к ситуационной задаче №2*

1. Синдром Пиквика. Ожирение III степени. Дыхательная недостаточность III степени. ХЛС, стадия декомпенсации. Хроническая сердечная недостаточность III функциональный класс (по классификации NYHA).

2. При чрезмерном ожирении происходят следующие нарушения функции дыхания:

•  ограничивается подвижность грудной клетки;

•  увеличивается кифоз грудного отдела позвоночника, что вызывает почти горизонтальное положение ребер и в связи с этим бочкообразную форму грудной клетки;

•  уменьшается подвижность диафрагмы.

Все вышеперечисленные факторы фиксируют грудную клетку в инспираторном положении (как при эмфиземе), вследствие чего ограничивается пассивный акт выдоха и уменьшается дыхательный объем (ДО) и резервный объем вдоха (РОВд). В результате развивается «поверхностное» дыхание, что приводит к ухудшению притока воздуха к легочным альвеолам. Учащение дыхательных движений - преходящая компенсаторная реакция. При уменьшении ДО на 40 % (250 мл) даже учащение дыхательных движений до 40 в минуту не может поддержать нормальный уровень вентиляции легочных альвеол, что приводит к более или менее устойчивой альвеолярной гиповентиляции.

3. Анализ газового состава крови говорит о наличии синдрома альвеолярной гиповентиляции. В клиническом анализе крови наблюдается вторичный абсолютный эритроцитоз. На электрокардиограмме - признаки легочной гипертензии, гипертрофии правого желудочка. При эхокардиографическом исследовании обнаружены гипертрофия в сочетании с дилатацией правых камер сердца, наличие легочной гипертензии. Спирограмма соответствует рестриктивному типу дыхательной недостаточности.

|  |
| --- |
|  |

4. Рекомендуется низкокалорийная диета, ограничение животных жиров, потребление 1 г белка на 1 кг должной массы тела, достаточное количество углеводов для предупреждения кетоза, обогащение витаминами и минералами, снижение потребления поваренной соли. Следует назначить оксигенотерапию, антиагреганты (ацетисалициловая кислота - 75-125 мг/сут), осмотические диуретики (фуросемид под контролем суточного диуреза), ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов АТ II, антагонисты кальция (амлодипин, норваск) под контролем АД, ЧСС.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«*ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ*»***

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

**БЛОК-МОДУЛЬ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»**

**Тема 1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДИСФАГИИ И ПИЩЕВОДНОЙ ДИСПЕПСИИ. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

*Задача №1.*

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приѐма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трѐх месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы. Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1– 2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

*Эталоны ответов. Задача №1.*

Основное заболевание: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит. Фоновое заболевание: ожирение 1 ст.

2. Диагноз «гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь» установлен на основании жалоб больной на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приѐма пищи и при наклоне вперѐд. Диагноз «эрозивно-язвенный рефлюкс эзофагит» установлен на основании данных ЭГДС (наличие множественных участков гиперемии слизистой оболочки и отдельных несливающихся эрозий дистального отдела пищевода). Диагноз «ожирение» уставлен на основании данных осмотра (наличие ИМТ - более 30 кг/м2), 1 стадия ожирения установлена в связи со значением ИМТ - 31 кг/м2.

3. Суточная внутрипищеводная рН-метрия (для определения количества и длительности рефлюксов за сутки, значения рН); рентгенологическое исследование пищевода, желудка (для выявления патологических изменений пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); тесты на определение наличия helicobacter pilori; манометрическое исследование пищеводных сфинктеров (для определения их тонуса).

4. Антациды (Алюминия фосфат) для подавления кислотного рефлюкса. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) (любой - Омепразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол, Лансопразол) для подавления синтеза соляной кислоты. Прокинетики для стимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, восстановления нормального физиологического состояния пищевода (Итоприда гидрохлорид).

5. Соблюдение диеты (исключить большие объѐмы пищи, еѐ приѐм быстрыми темпами, приѐм пищи с пониженным содержанием жиров и повышенным содержанием белков, избегать приѐм продуктов, вызывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка). Отказ от курения. Снижение массы тела. Не принимать горизонтальное положение в течение 1,5 часа после еды. Не принимать пищу менее, чем за 3 часа до сна. Исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление (избегать тесной одежды, ношения тяжестей, напряжения брюшного пресса)

*Задача №2.*

Больной Т. 48 лет, электросварщик, обратился к участковому терапевту с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги. Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, работает по сменам, регулярно имеет ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал альмагель, омез короткими курсами с кратковременным эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и алкоголизации; на фоне приѐма привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост: 175 см, вес: 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В лѐгких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилородуоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезѐнка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты – 4,0 × 1012/л. НЬ – 122 г/л, MCH – 26p/g, MCHC–346g/l, лейкоциты – 5,2 × 109/л: базофилы – 0, эозофилы -1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 68; лимфоциты – 23, моноциты – 6. СОЭ = 5 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный. ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отѐчна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирова с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приѐма. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента.

*Эталоны ответов. Задача №2.*

1. ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст. Хронический антральный гастрит с эрозиями в стадии обострения (Hp статус неизвестен). Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

2. Диагноз «ГЭРБ» установлен на основании жалоб пациента на наличие частой и выраженной изжоги, отрыжки пищей, усиливавшихся в положении лежа и при наклонах туловища; анамнестических данных с указанием на связь появления выраженной клинической симптоматики со значительными физическими нагрузками и психоэмоциональным стрессом; на основании данных ФГДС, описывающих практически классическую эндоскопическую картину эрозивной формы ГЭРБ. Стадия заболевания определена на основании результатов эндоскопического исследования пищевода. Диагноз «хронический гастрит» также подтвержден эндоскопически. Имевший место эпизод мелены, спонтанно купировавшийся, не привел к снижению уровня гемоглобина, но является признаком высокого риска рецидива указанного осложнения при условии отсутствия адекватного лечения.

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение диагностики инфекции H.pylori неинвазивным методом (обнаружение антител к антигену H.pylori в сыворотке крови, выявление антигена H.pylori в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК H.pylori в кале методом ПЦР). Использование серологического метода возможно, т. к., известно, что эрадикационная терапия инфекции H.pylori пациенту не проводилась. Показаны рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД, суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального рH, с целью уточнения характера рефлюктата в связи с наличием у пациента дуоденогастрального рефлюкса.

4. Лечение возможно проводить в амбулаторных условиях с обязательным соблюдением пациентом особых рекомендаций по образу жизни (соблюдение режима питания и диеты, показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п, отказ от курения, следует избегать состояний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления и т. д.). Эталоном лечения ГЭРБ является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку пищевода и желудка: препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Для лечения эрозивного эзофагита при наличии 2 и большей стадии эзофагита назначаются ИПП в стандартных дозах в течение не менее 8 недель. Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить в течение 16-24 недель. В случае выявления инфекции H.pylori пациенту показана эрадикация инфекции. C целью коррекции нарушений двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта пациенту показаны прокинетики. Ситуационно и в виде курсового лечения целесообразно использовать антациды и альгинаты. В терапии эрозивного процесса в желудке пациенту показаны цитопротекторы (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель.

5. С учетом необходимости достижения максимально быстрого эффекта: стойкого купирования клинических симптомов заболевания оптимальным ИПП является Рабепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 30-40 мин до еды в течение 8 недель. Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день за 25-30 мин до еды 4 недели. Гевискон 1 саше 3раза в день через час после еды и перед сном 4 недели. В качестве схемы эрадикации инфекции H.pylori возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель. Поддерживающая терапия с использованием половинной дозы ИПП должна продолжаться в данном случае до 24 недель (продолжительность терапии может корректироваться с учетом результатов контрольного эндоскопического исследования). Контрольная ФГС должна быть проведена 8 недель лечения. С учетом тяжести клинических проявлений ГЭРБ, профессии пациента его следует признать временно нетрудоспособным и оформить листок нетрудоспособности общей продолжительностью не менее 3-х недель.

Задача 3

БОЛЬНУЮ 62 ЛЕТ, В ТЕЧЕНИЕ МНОГИХ ЛЕТ БЕСПОКОИЛА СИЛЬНАЯ ИЗЖОГА, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАКЛОНЕ, СРЫГИВАНИИ. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА ОТМЕЧАЕТ ВЫРАЖЕННОЕ ЖЖЕНИЕ И БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ В ОБЛАСТИ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА. 5 ДНЕЙ НАЗАД НОЧЬЮ БЫЛА РВОТА АЛОЙ КРОВЬЮ, СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА СНИЗИЛОСЬ ДО 60 Г/Л. ПОЯВИЛСЯ ЧЕРНЫЙ СТУЛ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОТНЫЙ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ?

а) рак кардии

б) синдром Мэллори-Вейса

\*в) эрозивно-язвенный рефлюкс - эзофагит

г) варикозные узлы пищевода

д) легочное кровотечение

***Тема №2.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ.**

*Задача №1.*

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отделе желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.

5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

*Эталоны ответов. Задача №1.*

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с Helicobacter pylori, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждѐнных гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и Saccharomyces boulardii (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

5. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учѐте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

*Задача №2*

Больная А., 45 лет, жалуется на чувство тяжести и распирания в эпигастрии сразу после приема пищи, пониженный аппетит, общую слабость, запоры, чередующиеся с поносами. Более 10 лет лечилась по поводу какого-то заболевания желудка. На диспансерном наблюдении не состоит. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. За врачебной помощью не обращалась.

Объективно: состояние удовлетворительное. Нормального питания. Кожа чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны сердца и легких без патологии. Язык влажный, обложен белым налетом, сосочки сглажены. Живот внешне не изменен, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезнен в подложечной области. Большая кривизна желудка на 2 см ниже пупка. Печень у края реберной дуги. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств.

Результаты дополнительного обследования:

1. Общий анализ крови: Нв — 106 гл, эритроциты — 3,2 х 1012 /л, ц.п. — 1,0, ретикулоциты — 1%, лейкоциты — 6,4 х 109/ л, СОЭ — 16 мм/ч.

## 2. Общий анализ мочи: уд. вес — 1024, лейкоциты — 1-2-3 в поле зрения, белка, сахара нет.

## 3. Сывороточное железо — 9 мкмольл.

## 4. Хеликобактер в мазках-отпечатках, полученных из биоптатов не обнаружен.

## 5. Реакция Грегерсена отрицательная.

## 6. Анализ желудочного сока (метод фракционного непрерывного зондирования): базальная секреция дебит соляной кислоты — 0,8 ммольл, стимулированная секреция — 1,2 ммольл.

## 7. рН — метрия: рН в корпусном отделе — 7,2; рН в антральном отделе — 7,7; после стимуляции гистамином реакции нет.

## 8. Рентгенологически определяется выраженная сглаженность складок слизистой, большая кривизна желудка на уровне гребешковой линии.

## 9. ФГДС — пищевод не изменен. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество жидкости и слизи. Складки слизистой не утолщены. Слизистая желудка розовая, пятнистая. Слизистая двенадцатиперстной кишки не изменена.

Задание к ситуационной задаче по терапии:

1 Установить предварительный диагноз.

2 Наметить план дополнительного обследования.

3 Провести дифференциальную диагностику.

4 Определить тактику лечения.

*Эталоны ответов. Задача №2.*

1. Диагноз: Хронический гастрит, тип А, в стадии обострения, со сниженной кислотообразующей функцией, анемический синдром.

2. Обследование:  
1) анализ крови общий, анализ мочи общий, копрограмма, сывороточное железо, анализ желудочного сока, рН-метрия, рентген желудка, ФГДС, флюорография, биопсия слизистой желудка с гистологическим исследованием, с целью исключения хеликобактериоза, мазков-отпечатков, полученных из биоптатов, УЗИ органов брюшной полости

3. Дифференциальная диагностика:  
— панкреатит, холецистит, дуоденит

4. Лечение:  
1) диета 2  
2) полиферментные препараты (фестал, энзистал, панзинорм и др.)  
3) витаминотерапия: В12 с фолиевой кислотой, витамин С (аскорбиновая кислота)  
4) заместительная терапия – натуральный желудочный сок, абомин  
5) никотиновая кислота  
6) в/в капельно р-ры альбумина, аминокислот в сочетании с кортикостероидами  
7) устранение диспептических расстройств: реглан, эглонил  
8) препараты железа

***Тема №3.* ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

*Задача №1.*

Больной В, 52 года, поступил в клинику с жалобами на боли в подложечной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение массы тела на 3 кг за последний месяц. Первые признаки заболевания появились осенью 3 года назад (стали возникать боли в эпигастральной област через 30-40 минут после приема пищи, самостоятельно принимал дротаверин и алгелдрат/магния гидроксид с кратковременным эффектом), не обследовался, обратил внимание на сезонность болей (весной и осенью). Последнее ухудшение самочувствия – в течение последнего месяца, боли носили прежний характер. На высоте болей наблюдалась иррадиация в спину. Появилась отрыжка воздухом.

1. Ваш предварительный диагноз?  
2. Наиболее характерные признаки при этом заболевании?  
3. Оптимальным методом диагностики данного заболевания является?  
4. Ваша тактика лечения?

*Задача №2.*

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъѐм на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приѐма ношпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чѐрного стула в течение 2–х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенѐс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приѐм крестора. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м2, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезѐнки по Курлову: 11х9х8 см и 6×4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты 3,11×1012/л, Hb 103 г/л,MCH - 22p/g, MCHC– 300 g/l, лейкоциты 5,6×109/л. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; RI> RII> RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

*Эталоны ответов. Задача №2.*

1. НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-язвенное поражение желудка, осложнившееся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия легкой степени. ИБС: стабильная стенокардия II ФК, ПИКС по передней стенке и верхушке ЛЖ. Стентирование ЛКА, ПМЖА, ХСН III ФК (NYHA)

2. Пациент, страдающий ИБС и получающий двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ): Аспирин и Клопидогрел, имеет несколько факторов риска развития у него НПВП-ассоциированной гастропатии (пожилой возраст, ИБС, наличие в анамнезе ЯБ ДПК, проведение в течение 1,5 лет ДАТТ, отсутствие указаний на применение антисекреторных средств на фоне ДАТТ). НПВП – ассоциированная гастропатия представлена множественными гастродуоденальными эрозиями и/или язвами, характеризуется мало- или бессимптомным течением и высокой частотой манифестации с развития осложнений – кровотечений. У пациента имеются убедительные диагностические критерии указанного диагноза: синдром желудочной диспепсии, эпизод желудочно-кишечного кровотечения, наличие клинических признаков анемии (тахикардия, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, снижение показателей MCH и MCHC в общем анализе крови).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (язвенного дефекта) и стандартных зон биопсии с целью оценки стадии гастрита, уточнения характера поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; диагностика наличия инфекции H.pylori морфологическим методом, либо выявление антигена H.pylori в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК H.pylori в кале методом ПЦР. Использование серологического метода нецелесообразно, т. к. неизвестно проводилась ли эрадикационная терапия ЯБ ДПК в прошлом. В соответствии со Стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, анализ кала на скрытую кровь.

4. Выбор тактики лечения, в том числе решение вопроса о необходимости стационарного лечения, должен быть осуществлен с учетом результатов эндоскопического обследования пациента. Эталоном лечения НПВП - ассоциированных гастропатий является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку желудка. Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП), используемые в стандартных дозах в острой стадии патологического процесса в гастродуоденальной зоне и в поддерживающих дозах в качестве профилактического средства. Пациенту показана терапия ИПП в постоянном режиме в сочетании с постоянным приемом ДАТТ. В период острых проявлений НПВП-гастропатии в комбинации с ИПП показана терапия гастропротекторами (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель. В случае выявления инфекции H.pylori пациенту показана эрадикация инфекции с целью снижения степени риска ульцерогенных воздействий на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны при продолжающейся терапии аспирином и клопидогрелем. Пациенту показана в постоянном режиме терапия ИБС: помимо ДАТТ рекомендуется прием гиполипидемического средства (Аторвастатина, Розувастатина), селективного bблокатора (Бисопрлола), мочегонного средства (Верошпирона, Торасемида), ингибитора АПФ в связи с наличием симптомов сердечной недостаточности и с учетом уровня артериального давления. В случае выявления сидеропении показана терапия препаратами железа до достижения уровня нормальных значений гемоглобина. Медикаментозная терапия должна проводиться на фоне использования диетотерапии. Показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п.

5. При выборе ИПП следует руководствоваться сведениями о лекарственном взаимодействии препаратов. С учетом необходимости использования комбинированной терапии, включающей Клопидогрел, следует выбирать ИПП с наименьшими лекарственными взаимодействиями: оптимальный выбор – Пантопразол 40 мг 2 раза в день или Рабепразол 20мг 2 раза в день не менее 4 недель, далее препарат ИПП может применяться в половинной дозе. В качестве схемы эрадикации инфекции H.pylori возможно использование10-дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель. 4-хнедельные курсы цитопротекторов (Ребамипид) целесообразно повторять 3-4 раза в год.

***Тема №4.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ. ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ (ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, БОЛЕЗНЬ КРОНА, СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ).**

*Задача №1.*

В стационар госпитализирован мужчина 30 лет, с жалобами на боли в правом нижнем квадранте живота, возникают через 1-2 часа после приема пищи, боли носят нарастающий характер, уменьшаются после дефекации или рвоты; чувство тошноты, метеоризм, понос до несколько раз в сутки, иногда с примесью крови, слабость, недомогание, снижение работоспособности, повышение температуры тела до субфебрильной с ознобом, похудание. Считает себя больным в течение недели. Объективно. Температура тела 37, 1◦С, тургор кожи снижен, при пальпации живот вздут, прощупывается утолщенный, болезненный терминальный отрезок тонкой кишки. При лабораторном исследовании получены следующие данные: ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Копроцитограмма: стеаторея, эритроциты, слизь. При рентгеноскопии кишечника: ригидность тонкого кишечника, сужение просвета, отек и линейные язвы.

1. Поставьте диагноз. Дайте определение данному заболеванию.

2. Перечислите этиологические факторы данного заболевания.

3. Перечислите ведущие синдромы.

4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

5. Перечислите методы обследования и их результаты для подтверждения диагноза.

*Эталоны ответов. Задача №1.*

1. Болезнь Крона (регионарный илеит, энтерит) - неспецифический воспалительный гранулематозный процесс, локализующийся в любом отделе тонкого кишечника (чаще в терминальном отрезке подвздошной кишки), ведущий к образованию некротических участков, язв, гранулем с последующим сужением просвета кишки и рубцеванием.

2. Инфекционный фактор, генетическая предрасположенность, аутоиммунный механизм развития болезни

3.Диспептический (тошнота, рвота, метеоризм, понос с примесью крови), болевой (боли нарастающего характера в правом нижнем квадранте живота, через 1-2 часа после приема пищи, уменьшаются после дефекации)

4. Злокачественная опухоль в пораженном отделе кишечника

Вторичный амилоидоз с поражением почек, печени, селезенки

5. Лабораторные данные: В ОАК: признаки анемии, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. БАК: гипоальбуминемия, увеличение содержания α2- и у-глобулинов, гипокальциемия, гипокалиемия, гипопротромбинемия, гипохлоремия. Копроцитограмма: стеаторея, эритроциты, слизь. Инструментальные исследования. Рентгеноскопия кишечника: ригидность пораженных петель кишечника, сужение просвета, мозаичная картина с мелкими дефектами наполнения за счет отека и линейных язв, «симптом струны» (резкое сужение просвета конечного отдела подвздошной кишки).Колоноскопия, ректороманоскопия исследование биоптатов тонкой кишки: гранулематозное воспаление всех слоев, некротизация, изъязвление.ФЭГДС – поражение желудка до 1,5%. Исследование биоптатов, полученных при эндоскопическом исследовании.

*Задача №2*

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, t – 36,8°С, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налѐтом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчѐтливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрѐберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезѐнки по Курлову: 10х8х7 см и 6×4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: Эр. 3,02 ×1012/л, Hb = 103 г/л, MCH - 23p/g, MCHC– 300 g/l , лейкоциты 12,6×109/л. СОЭ = 38 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отѐчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.

5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

*Эталоны ответов. Задача №2.*

1. Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени. Хроническая постгеморрагическая анемия лѐгкой степени.

2. Пациент имеет диарейный синдром, патологические примеси в кале (слизь, кровь), ложные позывы на дефекацию, умеренные боли в проекции сигмовидной кишки, маркеры синдрома системного воспаления, высокие показатели фекального кальпротектина и достаточно специфические эндоскопические изменения слизистой оболочки прямой кишки. Заболевание манифестировалось после поездки на юг (воздействие инсоляции, диета с большим содержание растительной клетчатки).

3. Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано проведение ФКС (оценка протяжѐнности поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса. Бактериологическое исследование кала с целью исключения микробного генеза воспаления слизистой толстой кишки. Исследование кала на предмет исключения глистно-паразитарной инвазии. Cерологическая диагностика CMV-инфекции, ВИЧ – инфекции. Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, протеинограмма, железо сыворотки, ферритин, общая железосвязывающая способность крови, глюкоза), УЗИ органов брюшной полости.

4. У больного имеет место впервые выявленное серьѐзное непрерывно прогрессирующее в течение минимум 5 месяцев заболевание кишечника в фазе обострения. Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении с целью своевременной и адекватной коррекции лечения. Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения. Диетотерапия – стол 4. Активная комплексная медикаментозная терапия, включающая применение стероидных гормонов (системных и местнодействующих: Преднизолон, Будесонид, Гидрокортизон), воздействующих на слизистую оболочку толстой кишки. Препаратами выбора в острой стадии патологического процесса (дистального или левостороннего) являются топические стероиды в стандартных дозах (0,5-1,0 мг/кг/с) в течение не менее 8 недель. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК): Месалазин, Сульфасалазин - в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных форм (суспезия, суппозитории, пена) назначаются длительно, на стадии достижения клинической и эндоскопической ремиссии - в поддерживающих дозах постоянно. В случае достижения клинической и эндоскопической ремиссии с использованием стероидных гормонов поддержание ремиссии осуществляется с использованием иммунодепрессантов (Азатиоприн, Метотрексат) Используется симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, препараты железа и т. д.).

5. Пациент временно нетрудоспособен в течение 4 недель. Продолжительность пребывания на больничном листе будет определяться степенью тяжести процесса, эффективностью применяемой схемы лечения. После завершения стационарного этапа лечения пациент будет продолжать лечение под наблюдением гастроэнтеролога с переводом на поддерживающие дозы базисных препаратов не менее 5 лет. В случае достижения стойкой ремиссии вопрос о прекращении динамического наблюдения решается индивидуально.

***Тема №5.* ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ:** **КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА,**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ (ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ-ЦЕЛИАКИЯ, ЭНТЕРИТ, БОЛЕЗНЬ УИППЛА, БОЛЕЗНЬ КРОНА, ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ СПИДЕ) .**

*Задача №1.*

За медицинской помощью обратилась женщина 30 лет, находящаяся на 3-ем месяце беременности с жалобами на снижение аппетита, снижение работоспособности, сонливость, стул частый 5 и более раз в сутки, обильный, жидкий, пенистый с остатками непереваренной пищи, каловые массы плохо смываются с унитаза, имеют зловонный, прогорклый запах; сухость кожных покровов. Помнит, что в детстве не употребляла в пищу молоко, настоящее заболевание связывает с употреблением в пищу свежей выпечки. При осмотре выглядит уставшей. Кожные покровы сухие, ногти тусклые, ломаются, волосы секутся. Живот при пальпации вздут, болезненный вокруг пупка, слышна перистальтика кишечника.

1.Ваш диагноз. Дайте определение заболеванию.

2. Дайте определение синдрому мальабсорбции. Какие его клинические проявления у данной больной?

3.Перечислите факторы, способствующие развитию данного заболевания

4. В чем особенность лечения данного заболевания.

5. Что такое стеаторея?

*Эталоны ответов. Задача №1.*

1. Целиакия (глютеновая энтеропатия) – заболевание, характеризующееся хроническим воспалением слизистой тонкого кишечника, сопровождающимся нарушением всасывания и возникающим в результате непереносимости глютена (белка, который содержится в хлебных злаках: пшеницы, ржи и ячмене).

2. Мальабсорбция - нарушение всасывания из тонкой кишки пищевых веществ, приводящее к выраженному расстройству питания, гиповитаминозу, анемии, гипопротеинемии, дистрофии, отёкам. Диарея, стеаторея, похудание.

3. Беременность, операционные вмешательства, инфекции.

4. Цель терапии – восстановление функции кишечника, нормализовать массу тела, соблюдать безглютеновую диету (отказ от хлеба, изделий из пшеничной, овсяной, ячменной, ржаной муки, макаронных изделий, манной крупы).

5. Жирный, «масляный стул», обнаружение в кале нейтрального жира

*Задача 2.*

К фельдшеру обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи. Объективно: температура 36,9°С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются ―заеды. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и 31 сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

Задания 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. 5. Продемонстрируйте технику постановки газоотводной трубки.

*Эталоны ответов. Задача №2*

1. Хронический энтерит в стадии обострения. Обоснование:

1) данные анамнеза: тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 ч. после приема пищи, метеоризм, урчание в животе, понос 2-3 раза в день (стул обильный), слабость, утомляемость, похудание; непереносимость молока; обострения в связи с приемом острой пищи; длительность заболевания;

2) объективные данные: при осмотре: бледность и сухость кожи, ―заеды в углах рта, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при пальпации живота: умеренная болезненность в околопупочной области;

2. Общий анализ крови: возможна анемия, микроскопическое исследование кала: признаки недостаточного переваривания и ускоренной эвакуации из тонкого кишечника, исследование бактериальной микрофлоры кала: уменьшение количества бифидо- и лактобактерий, увеличение количества гемолитических и лактозонегативных эшерихий, рентгенологическое исследование тонкого кишечника: нарушение моторики, изменение рельефа слизистой оболочки.

3. Дисбактериоз, значительная потеря массы тела, нарушение функции других отделов желудочно-кишечного тракта (желудка, печени, поджелудочной железы)

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении. Принципы лечения: Режим полупостельный Диета № 4. Нормальное количество углеводов, жиров, увеличенное количество белков, исключают жиры животного происхождения, ограничивают продукты, богатые клетчаткой. Пища должна быть механически щадящей, питание дробное, 4-5 раз в день. Эубиотики: колибактерин, бифидумбактерин, бификол Производные 8-оксихинолина (энтеросептол, интестопан) Вяжущие средства (висмут, дерматол) Имодиум Ферментные препараты (панзинорм, мезимфорте, полизим) Витаминотерапия (В1, В6, РР, С) Белковые препараты, растворы электролитов, анаболические стероиды - при тяжелом течении Прогноз в отношении здоровья благоприятный при отсутствии осложнений. Профилактика: рациональное питание; устранение переедания и однообразного питания; своевременное лечение заболеваний органов пищеварения.

5. Техника постановки газоотводной трубки - согласно алгоритму действия

***Тема №6.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ. ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ.**

*Задача №1.*

В клинику машиной скорой помощи доставлена больная 82 лет с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов. Страдает хроническим калькулезным холециститом на протяжении 20 лет. Периодически появлялась желтуха. Последний приступ начался 5 дней назад, последние 3 дня появилась желтушность кожи и склер. Из анамнеза жизни выявлено, что больная длительное время страдает гипертонической болезнью, 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда.

При объективном исследовании установлено: общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые желтушны. Пульс 72 уд. в мин.; мерцательная аритмия. Температура тела 37,8°С. АД 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательны.

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?

2. Какие методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза и какие при этом характерные данные могут быть получены?

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

4. Назначьте консервативную терапию данной больной.

5. Какая операция наиболее целесообразна этой больной?

6. Укажите возможные осложнения ЭПТ и РПХГ.

*Эталоны ответов. Задача №1.*

1. ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха, хронический холангит. Сопут.: ИБС, ПИКС, МА

2. Общий анализ крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ) Общий анализ мочи (моча цвета пива, микроскопия без существенных изменений). Биохимический анализ крови (повышение билирубина за счёт прямой фракции, ЩФ).

УЗИ (расширены внепечёночные желчные протоки, конкременты в желчном пузыре и холедохе). ФГДС (при ущемлении камня в БСДК сосочек выбухает в просвет ДПК, слизистая его гиперемирована, из устья желчь не поступает), РПХГ (расширение внутри- и внепечёночных желчных протоков, дефекты заполнения в холедохе).

3. Гепатит, острый панкреатит, стриктура или опухоль БСДК, опухоль внепечёночных желчных протоков; рак головки поджелудочной железы, исключить тромбоз мезентериальных сосудов (учитывая мерцательную аритмию и атеросклероз сосудов)

4. Аналгетики, спазмолитики, антибиотики, инфузионная терапия под контролем ЦВД, АД, диуреза, гипотензивная терапия.

5. Эндоскопическая папиллотомия, удаление конкремента из холедоха.

6. Острый панкреатит, кровотечение из папиллотомной раны, ретродуоденальная флегмона.

*Задача 2.*

В клинику машиной скорой помощи доставлена больная 46 лет с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов. Приступ начался с острых болей 5 дней назад, последние 3 дня появилась желтушность кожи и склер. Из анамнеза жизни выявлено, что больная не страдает соматическими заболеваниями.

При объективном исследовании установлено: общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые желтушны. Пульс 72 уд.в мин. Температура тела 37,ГС. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Ответьте на вопросы по тактике в отношении описанной больной:

1. Какой предварительный диагноз вы поставите?

2. Назовите возможные причины механической желтухи**.**

3. Какие при УЗИ данные могут указывать на холедохолитиаз?

4. Назовите рентгеноконтрастные методы исследования, которые применяются для уточнения причины желтухи, какие возможны осложнения этих методов.

5. Назовите интраоперационные способы устранения желтухи и как следует завершить операцию?

*Эталоны ответов. Задача №2.*

**1**. Обострение хронического калькулезного холецистита. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

2. Холедохолитиаз. Заболевания БСДК (опухоли, ущемлённые камни, стриктуры); рак желчных протоков, рубцовыестриктуры желчных протоков, рак головки поджелудочной железы, острый панкреатит

3. УЗИ – увеличение желчного пузыря и расширение желчных протоков выше конкремента, наличие конкремента в просвете ОЖП.

4. Ретроградная панкреатохолангиорентгенография позволяет контрастировать желчные пути , выявить дефекты заполнения, обусловленные конкрементами, расширение желчных протоков вследствие затрудненного оттока желчи. РПХГ может осложниться острым панкреатитом, обострением холангита. Чрескожнаячреспеченочнаяхолангиография может осложниться кровотечением из раны печени, желчеистечением. Данный вид исследования показан, если другие рентгенологические методы не позволяют контрастировать желчные протоки.

5. Холедохотомия, литоэкстракция, наружное дрениерование желчного протока, дренирование брюшной полости.

***Тема №7.* ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ.**

*Задача №1.*

Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. При УЗИ имеется умеренное расширение ОЖП, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ОЖП выполнена ЭРПХГ. Констатированы частично ГППЖ и ОЖП, в просвете которого определяется конкремент. К вечеру у больной появились боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови-72г/л, мочи-240г/л.

1. Какое заболевание развилось у больной и чем оно было вызвано?

2. Какими доступными инструментальными методами можно подтвердить диагноз и ожидаемые результаты?

3. Составьте программу лечения.

4. Какие возможны исходы заболевания?

*Эталоны ответов. Задача №1.*

1. У больной развился острый панкреатит, как результат осложнений РПХГ и ЭПТ

2. УЗИ. Для острого панкреатита характерно: увеличение размеров поджелудочной железы, смазаность контуров, снижение эхогенности из-за отека. Может наблюдаться скопление жидкости в сальниковой сумке, забрюшинном пространстве.

3. Устранение этиологического фактора.

Борьба с болевым синдромом (баралгин, анальгин).

Спазмолитики (папаверин, платифиллин и др.).

Создание функционального покоя железе (голод, сандостатин, аспирация желудочного содержимого и др).

Устранение водно-электролитных нарушений (кристаллоиды, коллоиды).

Экстракорпоральный методы детоксикации( плазмоферез, гемабсорбция).

Профилактика септических осложнений (антибиотики широкого спектра действия).

Лапароскопическое дренирование брюшной полости, так как имеется ферментативный перетонит.

4.Абортирование процесса, выздоровление. При значительных масштабах панкреонекроза возможно развитие: парапанкреотическогоинфильтрата, парапанкреотического абсцесса, перитонита, септической флегмоны забрюшинной клетчатки, дигистивных свищей.

*Задача 2.*

Больная 76 лет поступила с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи. Боли нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчение, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2С. При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печёночная тупость сохранена. Амилаза мочи 840г/л. При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка -1-2мл. толщиной в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки расширены, в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, эхогенности снижена, контуры смазанные.

1. Какой диагноз можно поставить в данном случае?

2. Определите и обоснуйте лечебно-диагностическую тактику?

3. Укажите необходимый объём обследования больной?

*Эталоны ответов. Задача №2.*

1. Острый билиарный панкреатит (холецистопанкреатит), ЖКБ, холелитиаз, механическая желтуха; возможно ущемленный камень БСДК. Основания: характерная клиническая картина, данные УЗИ – расширение внепеченочных желчных протоков,утолщение стенки ж/п, увеличение размеров и отек поджелудочной железы, конкременты в ж/пузыре и протоках, повышенный уровень амилазы мочи

2 Больную необходимо поместить в палату интенсивной терапии, проводить лечение острого панкреатита. Срочно выполнить ФГДС с осмотром фатерова сосочка и в случае ущемления камня в БСДК выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию, литоэкстракцию

3. Клинический анализ мочи, крови, время свертывания крови, и время кровотечения. Биохимические исследования: билирубин и его фракции, общий белок, мочевина, креатинин, АСТ, АЛТ, ЭКГ, Р-гр ОГК, ФГДС срочно

***Тема №8.* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛТУХЕ. ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ.**

*Задача №1.*

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 11х9х7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезѐнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – 4,4×10¹²/л; лейкоциты – 6,3× 109/л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Нb – 148 г/л; тромбоциты – 217×109/л; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевина – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа1-глобулины – 3,2 г/л; альфа2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий– 3,7ммоль/л; Na– 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84 Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркѐры гепатитов В, С): НВsAg (-); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (-); HBeAg (-); анти-НВе (-); анти-НВсIgМ (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале МETAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лѐгких и ЭКГ: без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезѐнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

*Эталоны ответов. Задача №1.*

1. Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).

2. Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии). Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов). Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С - отрицательные. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале МETAVIR), умеренный фиброз.

3. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии); ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

4. Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адеметионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

5. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема. Отмечена также положительная динамика биохимических показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, ТГ. Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адеметионина (Гептрал) в дозе 800-1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

***Тема №9*. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ АСЦИТЕ. ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ. ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ И КОМА.**

*Задача №1.*

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объѐме, отѐки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отѐки стоп и нижней трети голеней. В лѐгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объѐме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лѐжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезѐнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тѐмно-жѐлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,1×1012/л; Нв– 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – 98×109/л, лейкоциты – 3,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2. О/белок 46 г/л, альбумин – 28 г/л.

ФГДС: варикозное расширение вен пищевода I ст.

УЗИ брюшной полости: передн-езадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чѐткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезѐнка расположена обычно, в размерах увеличена: 18х 8 см; структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезѐнки – 36,1 см2. Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.

5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

*Эталоны ответов. Задача №1.*

1. Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печѐночная энцефалопатия I ст.

2. У больного выявлены желтуха, цитолиз, «печѐночные знаки»: малиновые ладони, «сосудистые звѐздочки», синдром портальной гипертензии (гепатоспленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, расширение портальной вены), признаки печѐночной недостаточности (гипоальбуминемия, гипокоагуляция). По данным УЗИ – паренхима печени, неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Алкогольный анамнез свидетельствует о наиболее вероятной этиологии цирроза печени. Класс С выставлен согласно классификации Чайльд-Пью – 11 баллов. Снижение скорости теста связывания чисел свидетельствует о I степени печѐночной энцефалопатии. Тромбоцитопения в данной ситуации связана с гиперспленизмом.

3. Анализы крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевина, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов НВsAg, антитела к HCV, ВИЧ-инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лѐгких.

4. Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндтоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приѐм невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы.

Уменьшение токсического действия аммиака. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворѐнных в воде × 3 раза в день после еды.

Мочегонная терапия. Спиронолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.).

Снижение давления в портальной вены. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

5. Печѐночная энцефалопатия. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Гепаторенальный синдром (отеки!). Инфекционные осложнения (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и др.).

*Задача 2*

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту, нарушение сна.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращался. При появлении болевого синдрома принимал эссенциале-форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 10000 Ед. два раза в сутки, но-шпу; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после перенесенного гриппа усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 70 кг, ИМТ – 25,7 кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 74 в 1 мин; АД = 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезѐнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – 4,6×10¹²/л; лейкоциты – 6,7×х109/л; нейтрофилы – 4,4×109/л; лимфоциты – 1,5×109/л; моноциты – 0,46×109/л; эозинофилы – 0,28×109/л; базофилы – 0,06×109/л; Нb – 144г/л; тромбоциты – 242×109/л; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 36 мкмоль/л; непрямой билирубин – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 218 ед/л; АСТ – 157 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 38 г/л; общий белок – 70,2 г/л; альфа1-глобулины – 2,8 г/л; альфа2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 6,7 г/л; γ-глобулины – 17 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,3 ед/л; ферритин – 55 мкг/л; трансферрин – 2,4 г/л; калий – 3,6 ммоль/л; Na–137 ммоль/л; амилаза – 42 ед/л; железо – 20,7 мкмоль/л; ХС – 5,2 ммоль/л; церулоплазмин – 188 мг/л. ПТИ – 57%.

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): анти-HCV– положительный; НВsAg (-); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (-); HBeAg (-); анти-НВе (-); анти-НВсIgМ (-); анти-ВИЧ – отрицательный. Генотипирование HCV: генотип 1 – положительный. Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса Gв сыворотке крови -7,2 г/л. Молекулярно-биологические исследования: ПЦР: РНК ВГС – положительный; количественный анализ РНК ВГС – 31000 МЕ/мл.

Эластометрия печени: определена стадия F4(по шкале МETAVIR) фиброза печени. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Рентгенологическое исследование легкихи ЭКГ- без патологических изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

5. Через 4 недели терапии пациент отметил улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости; уровень РНК ВГС (количественный анализ) составил 24 МЕ/мл.- Биохимия крови: АЛТ – 108 ед/л, АСТ – 72 ед/л, ГГТП – 29 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ - 60%; общий анализ крови – в пределах нормы. При оценке по шкале Бека депрессии не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

*Эталоны ответов. Задача №2.*

1. Цирроз печени, ассоциированный с HСV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

2. Диагноз «цирроз печени, ассоциированный с HСV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии).

Подтверждают диагноз «цирроз печени вирусной этиологии, вирус С» данные исследований (выявление анти-HCV; ПЦР: РНКHCV - положительный, уровень РНК ВГС (31000 МЕ/мл).

Исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита В: НВsAg (-); анти-НВs (-); анти-НВсIgG (-); HBeAg (-); анти-НВе (-); анти-НВсIgМ (-), а также исключено злоупотребление алкоголем, приѐм гепатотоксичных лекарственных средств.

Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печѐночная энцефалопатия, асцит не выявлены, общий билирубин – 36 мкмоль/л, альбумин – 38 г/л, ПТИ – 57%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh.

Диагноз «цирроз печени» подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале МETAVIR), что соответствует циррозу печени.

Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени.

3. ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии.

4. Рекомендовано соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао.

Пациенту с циррозом печени С класс А по Child-Pugh, генотип 1 рекомендовано назначение тройной схемы противовирусной терапии (ПВТ) с включением ингибитора протеазы второй волны Симепревира.

**Симепревир назначают в дозе 150 мг 1 раз в сутки внутрь в комбинации с пегилированным интерфероном (ПЕГ/ИФН) альфа2а в дозе 180 мкг 1 раз в неделю подкожно и рибавирином в дозе 1000 мг в сутки ежедневно внутрь (при массе тела пациента 73 кг) в течение 12 недель; затем терапия ПЕГ/ИФН альфа2а и рибавирином должна быть продолжена в течение 12 недель (общая продолжительность терапии – 24 недели)**

Для оценки эффективности ПВТ используется определение уровня РНК ВГС после 4, 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

5. У пациента отмечено снижение уровня РНК ВГС.

Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ, АСТ, ГГТП). Продолжить противовирусную терапию по указанной схеме до 24 недель.

Рекомендовано определение уровня РНК ВГС после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания. С целью определения биохимического ответа – определение активности АЛТ после 12, 24 недели терапии, а также через 24 недели после ее окончания.

Один раз в 4 недели необходимо проводить исследование клинического анализа крови с подсчетом абсолютного числа нейтрофилов, определением уровня гемоглобина,

количества эритроцитов и тромбоцитов. В период ПВТ пациенту необходимо исследовать уровень ТТГ и свободного тироксина каждые 3 месяца.

Рекомендован осмотр офтальмологом (в том числе - исследование глазного дна) с учетом возможных побочных действий противовирусных препаратов.

График посещения врача пациентом – 1 раз в 4 недели до окончания лечения и через 24 недели после завершения лечения. При каждом плановом посещении врача пациент должен заполнять шкалу Бека с целью контроля над возможностью развития депрессии.

Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

ЭКЗ. ЗАДАЧА

У больного с активным первичным билиарным циррозом печени ухудши­лось состояние: появилась сонливость, спутанное сознание, усилилась жел­туха, уменьшилась в размерах печень, изо рта - сладковатый запах, через не­которое время больной потерял сознание, дыхание Куссмауля, арефлексия.

Какое осложнение развилось у больного? Ваша тактика.

Ответ: у больного с декомпенсированным циррозом печени развилась печеночная кома (2 ст.). Лечение: 1) Кислородотерапия; 2) сифонные клизмы; 3) уменьшить образование аммиака и токсинов в кишечнике (клизмы, лактулоза до послабляющего эффекта); 4) отмена седативных, транквилизаторов и мочегонных; 5) для обезвреживания аммиака - орнитин аспартат (дезинтоксикационное, гипоаммониевое и гепатопротективное действие) по 2 г 2-4 раза в сутки в/м, в/в капельно и per os до 15 г в сутки. Утилизирует аммониевые ионы в орнитиновом цикле с образованием мочевины; гептрал (адеметионин) в/в, гепа-мерц 40 мл в/в капельно; 6) дезинтоксикация и борьба с ацидозом: в/в растворы – ацесоль, диссоль, трисол;, плазмаферез, ультрафильтрация; 7) ГКС преднизолон, в ряде случаев до 200 мг/сут (по показаниям, при выраженном цитолизе); 8) при гипоКалиемии – хлорид калия 10% 30 мл; 9) витамины гр В, аскорбиновая кислота как антиоксиданты; 10) парентеральное питание (амимнокислотные смеси, белковые растворы по показаниям), диета с резким ограничением белка

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»***

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

**БЛОК**

**НЕФРОЛОГИЯ**

*(ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11, 12).*

**Тема 1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ИЗМЕНЕННОМ МОЧЕВОМ ОСАДКЕ**

*Ситуационная задача № 1.*

Больная 37 лет, при поступлении в стационар предъявляла жалобы на боли в поясничной области слева постоянного характера, временами усиливающиеся, учащенное до 10 раз в сутки болезненное мочеиспускание, выделение мутной мочи, повышение температуры тела, сопровождающееся ознобами. Считает себя больной в течении 5 лет, последнее обострение связывает с переохлаждением.

При поступлении общее состояние средней степени тяжести, температура тела 37,5°С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, ЧСС 92 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Размеры печени не увеличены. Симптом поколачивания положительный слева.

Обследование: общий анализ крови - гемоглобин 116 г/л, лейкоциты -9 • 109/л, СОЭ - 38 мм/ч. Креатинин - 90 мкмоль/л, мочевина - 4,0 мкмоль/л; общий анализ мочи - мутная, относительная плотность 1005, белок 0,33 г/л, лейкоциты до 50 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 20000, эритроциты - 600. Анализ мочи по Зимницкому: разброс относительной плотности 1005 - 1010, дневной диурез - 820 мл, ночной диурез - 900 мл, суточный диурез - 1720 мл. При бак.посеве мочи получена культура Е. coli, чувствительная к ампициллину.

При внутривенной урографии форма и размеры почек обычные, справа чашечно - лоханочная система сохранена, слева контуры чашечек нечеткие, размытые, лоханки умеренно расширены.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании можно думать и почему?
2. Укажите, если возможно факторы риска?
3. Укажите основные звенья патогенеза.
4. Данные лабораторных и инструментальных методов лечения, позволяющих верифицировать диагноз?
5. Сформулируйте диагноз.
6. Принципы лечения и тактика ведения.

*ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №1.*

Можно думать о хроническом пиелонефрите, учитывая субфебрилитет с ознобами, болевой синдром в поясничной области, дизурический синдром (учащенное болезненное мочеиспускание), мочевой синдром (изогипостенурия, лейкоцитурия, бактерийурия), при внутривенной урографии деформация чашечно - лоханочной системы слева.

2. Переохлаждение.

3. Большинство грамм «-» бактерий имеют фимбрии, рецепторами для которых структуры мембран клеток мочевых путей - феномен бактериальной адгезии к уроэпителию → продвижение по стенке мочеточника → проникновение в почку → пиелонефрит.

Гематогенно: инфекция → повреждение перитубулярных капилляров → воспаление интерстиция → поражение канальцев → проникновение бактерий в просвет канальцев → перенос бактерий с током мочи в лоханку → рефлюкс → проникновение в интерстиций → пиелонефрит.

1. Общий анализ крови: лейкоцитоз, палочко - ядерный сдвиг влево, ускорение СОЭ; общий анализ мочи: лейкоцитурия с преобладанием нейтрофилов, бактерийурия, протеинурия; анализ мочи по Нечипоренко: лейкоцитурия; анализ мочи по Зимницкому: изогипостенурия, никтурия. УЗИ: деформация чашечно - лоханочной системы, изменение размеров, контуров почек; внутривенная урография Деформация чашечно - лоханочной системы; изотопная ренография: замедление экскреторной функции.

2. Хронический левосторонний пиелонефрит, латентное течение, фаза обострения. Анемия легкой степени тяжести.

3. Диета (сбалансированная по белкам, жирам, углеводам и витаминам, с достаточным количеством жидкости), этиотропная терапия: антибиотикотерапия (пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы, фторхинолоны, макролиды), химиотерапия (сульфаниламиды, хинолоны, нитрофураны, растительные антисептики); патогенетическая терапия: препараты, влияющие на иммунные процессы (дибазол, тималин, В -активин, солкоуровак, интрон - А, средства, улучшающие состояния почек и мочевых путей (трентал, троксевазин, антигиппоксанты, антиоксиданты, адаптогены); симптоматическая терапия (антигипертензивные), физиолечение (УВЧ, диатермия, ультразвук в латентную фазу).

*Ситуационная задача № 2.*

Больная К, 48 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли при мочеиспускании, боль в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб, повышение температуры до 38°С. Объективно: лихорадка, положительный симптом Пастернацкого слева, моча мутная с хлопьями, удельный вес мочи умеренно повышен, реакция щелочная, лейкоциты покрывают все поля зрения, единичные эритроциты, цилиндры, хвостатые лоханочные клетки. Кровяное давление нормальное. Со стороны других органов патологии не обнаружено. В анамнезе хронический колит.

**Вопросы:**

1.О какой патологии прежде всего следует подумать врачу?

2.Что получим при исследовании мочи по Нечипоренко?

3.В какой порции будут изменения при проведении пробы Томпсона?

4.Какое исследование подтвердит диагноз?

5.Какое исследование необходимо провести для правильного выбора терапии?

*ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №2.*

1.Острый пиелонефрит слева.

2.Значительное увеличение лейкоцитов (более 4000).

3.Во всех 3-х.

4.Экскреторная урография, УЗИ почек.

5.Бактериологическое исследование.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»***

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

**БЛОК**

**НЕФРОЛОГИЯ**

*(ОК-1, ОПК-6, ПК-5,6,8,11,12).*

**Тема 2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.**

*Ситуационная задача № 1.*

Больной М., 17 лет, при поступлении жалоб не предъявлял. Неделю назад появились катаральные явления, поднялась субфебрильная температура. На 3-й день от начала заболевания заметил изменение цвета мочи — стала красноватая. Направлен в стационар.

При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. АД — 120/80 мм рт. ст. В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, отеков нет. При обследовании — общий анализ мочи: уд. вес — 1018, белок — 0,18 г/л, лейк. — 1-2-3 в п/зр., эр. — много в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые; общий анализ крови : без особенностей.

**Задание к задаче №1.**

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.

4. Лечение.

**Результаты дополнительного обследования к задаче №**1 :

1. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 10-5 см, паренхима — 19 мм, несколько повышенной эхогенности, ЧЛК не изменен, подвижность почек в положении стоя не увеличена. Теней подозрительных на конкременты не выявлено.

2. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры справа 11-5,5 см, слева 10,5-5 см, паренхима — 16 мм, не уплотнена, однородной структуры. ЧЛК справа деформирован, в нижней чашечке эхопозитивная тень размером 1\*0,8 см. Подвижность почек не изменена.

3. Анализ мочи на БК люминесцентным методом: не обнаружено.

4. Проба Зимницкого: дневной диурез — 700 мл, ночной диурез — 500 мл, уд. вес — 1008-1026.

5. Проба Зимницкого: дневной диурез — 900 мл, ночной диурез — 1300 мл, уд. вес — 1001-1006.

6. Уровень креатинина — 88 мкмоль/л, мочевины — 4,0 ммоль/л.

7. Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 100 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 99%, креатинин крови — 80 мкмоль/л, мин. диурез — 1,1 мл/мин.

8. Проба Реберга: клубочковая фильтрация — 40 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 97%, креатинин крови — 250 мкмоль/л, мин. диурез — 1,3 мл/мин.

9. Анализ крови на иммуноглобулины: уровень IgG — 14 г/л(N), IgM — 1,9 г/л (N), IgA — 5,3 г/л (повышены).

10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 10, во всех клубочках отмечается пролиферация клеток мезангия, расширение мезангиального матрикса. Заключение: данная морфологическая картина может быть расценена как мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

11. При иммуногистологическом исследовании в мезангии обнаружены депозиты, содержащие преимущественно IgA. Заключение: IgA нефрит.

*ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №1.*

1. Предварительный диагноз: хронический гломерулонефрит, гематурическая форма.

2. Диф. диагноз: мочекаменная болезнь, травмы почек, опухоли, туберкулез, интерстициальный нефрит.

3. План обследования: УЗИ почек, обзорная урография для исключения конкрементов, новообразований, при необходимости в/в урография, цистоскопия, компьютерная томография.

4. Анализ мочи на БК, туберкулиновые пробы

5. Проба Зимницкого.

6. Уровень креатинина, мочевины. Проба Реберга.

7. Уровень иммуноглобулинов А.

8. Нефробиопсия.

9. Лечение: гематурический гломерулонефрит специального лечения не требует, нетрудоспособность на время макрогематурии. Целесообразно ограничение белка, полезен зеленый чай. Прогноз благоприятный.

*Ситуационная задача № 2.*

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД — 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес — 1010, белок — 0,6 г/л, эр. — 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв — 120 г/л, эритроциты — 4,6х10/л, лейк. — 8,3х10/л, СОЭ — 20 мм/час.

**Задание к задаче №2.**

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Лечение.

**Результаты дополнительного обследования к задаче №2** :

1. Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л — 130 мкмоль/л -100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л — 90 мкмоль/л — 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л — 200 мкмоль/л — 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).

2. Анализ крови на электролиты: К — 5,3 ммоль/л, Na — 150 ммоль/л, Са — 2,2 ммоль/л, Cl — 97 ммоль/л

3. АСЛ-О — 320 ед.

4. Общий белок: 65 г/л

5. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5х7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.

6. Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.

7. Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены. Патологии не выявлено.

8. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.

9. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть. расценена как острый гломерулонефрит.

10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция. Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).

**Эталон ответов к задаче №2**

1. Предварительный диагноз: острый нефритический синдром.

2. Диф. диагноз: острый гломерулонефрит, обострение хронического гломерулонефрита, начало подострого гломерулонефрита.

3. План обследования: динамика уровня креатинина, электролитов. Уровень противострептококковых антител. Общий белок, фракции. УЗИ почек (увеличение размеров, отек паренхимы). Глазное дно: ретинопатия при хроническом и подостром гломерулонефрите. Рентгенография грудной клетки (признаки застойных явлений). Нефробиопсия.

4. Лечение: при остром — симптоматическое (бессолевая диета, ограничение белка, салуретики, гипотензивные), антиагреганты, антикоагулянты, глюкортикостероиды при неэффективности, при хроническом — патогенетическая терапия, при подостром — пульс-терапия, плазмоферез.

***ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ***

***«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»***

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

**БЛОК**

**НЕФРОЛОГИЯ**

*(ОК-1, ОПК-6, ПК-5).*

**Тема 3.** **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.**

*Ситуационная задача № 1.*

Больной С., 22 лет, строитель, жалуется на одышку, повсеместные отеки, уменьшение количества мочи, жажду, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, не приносящую облегчение, головные боли, ухудшение зрения.

Около 4 мес. назад перенес фолликулярную ангину. Спустя 2 недели после ангины появились отеки на ногах, лице, пояснице, уменьшилось количество мочи до 300 мл/сут. В течение 3.5 мес. находился на лечении в терапевтическом отделении. Проводимая терапия: преднизолон 60 мг/сут., гипотензивные, мочегонные препараты - не эффективна. Состояние прогрессивно ухудшалось, нарастали отеки, слабость, появилась тошнота, рвота. В моче постоянно массивная протеинурия, АД стойко повышено.

Объективно: положение вынужденное, с приподнятым головным концом, цианоз губ, большие рыхлые отеки на ногах, пояснице, бледное одутловатое лицо. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, в нижних отделах - ослаблено, ЧДД 22 в мин. Пульс 96 в мин., АД 200/110 мм рт ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, передняя брюшная стенка пастозна. Печень увеличена и выступает из-под края реберной дуги на 4 см, умеренно болезненна, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Лабораторные данные: общий анализ крови Эр 2.8 х1012/л., Нв -76 г/л, ЦП 0.8, Л-7,2 х109/л., э-2,п-4, с-67, л-22, м-7, СОЭ- 60 мм/час.

Мочевина 35 ммоль/л, креатинин 1.5 ммоль/л, холестерин 16.6 ммоль/л, бета-липопротеиды 1.75, общий белок крови 45 г/л, альбумины 20%, α1-5%, α2-33%, β -12%, γ- 20%, рН крови 7.24, К-7.0 ммоль/л

Общий анализ мочи уд. вес 1010, белок 10.2 г/л, Л- 3-4 в поле зрения, Эр 15 - 17 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 5-6 в поле зрения.

Суточная протеинурия 12 г

По Зимницкому уд. вес 1008 - 1012, ДД= 220, НД=270 мл

УЗИ почек: почки расположены типично, размеры 12.5 х 6.5 см, паренхима 2.5 см, эхогенность паренхимы повышена, выражены пирамидки, ЧЛС не расширена, конкременты не определяются.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз заболевания.

2. Какая предполагается морфологическая картина этого заболевания.

3. Назначьте патогенетическую терапию.

4. Есть ли показания к заместительной почечной терапии?

5. Каков прогноз заболевания?

*ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №1.*

1. ХБП 3-4ст., в исходе быстропрогрессирующего гломерулонефрита. Нефротический синдром. Нефрогенная анемия средней степени. Нефрогенная гипертония.

2.Экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит с полулуниями.

3.Пульс- терапия преднизолон 1000мг в/в 1 раз в 3 дня, цитостатики (циклофосфан) 500мг 1 раз в 7 дней

Антикоагулянты: гепарин 5000 Ед. п/к 4 раза в день.

Антиагреганты: курантил 75 мг 3 раза в день

Диуретики (лазикс,фурасемид)

Гипотензивные средства (иАПФ, БРА, антагонисты кальция)

Альбумин 100 мл в/в кап

Плазмаферез.

Лечение анемии препаратми Fe.

4.Да, гемодиализ.

5.Требуется консультация ревматолога.

*Ситуационная задача № 2.*

Больной С., 25 лет, плотник, поступил с жалобами на одышку в покое, кашель со скудным количеством мокроты слизистого характера с прожилками крови, уменьшение количества мочи, массивные отеки, жажду.

Около 2-х недель назад переохладился, появилась ломота во всем теле, повысилась температура до 39°С, боль в горле. Лечился домашними средствами Через 4 дня температура нормализовалась. Спустя неделю стала беспокоить жажда, заметил отеки под глазами, на ногах, появилась одышка, развился приступ удушья, отходила розовая пенистая мокрота. Была вызвана машина скорой помощи, срочно госпитализирован в клинику. Объективно при поступлении: положение вынужденное, с приподнятым головным концом, цианоз губ, ЧДД 32 в мин., лицо одутловатое, анасарка. Пульс 90 в мин., ритм правильный, АД 190/110 мм рт ст., границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край 3 ребра, левая - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца резко ослаблены. Над легкими - ясный легочный звук, от углов лопаток с обеих сторон - притупление перкуторного звука, дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, здесь же - обилие влажных незвучных хрипов. Живот увеличен в размерах за счет асцита, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Лабораторные данные: ОАК - Эр 4,2 х1012/л., Нв-132 г/л, ц.п. 0.9, Л- 7,0 х109/л, э-4, п-4, с- 60, л-22, м-10, СОЭ 20 мм/час

Общий белок крови 52 г/л, альбумины 30%, α1-4%, α2-12%, β -12%, γ- 16%, Холестерин 9.8 ммоль/л, β-липопротеиды 1.5, мочевина 6.2 ммоль/л, креатинин 0.088 ммоль/л. К-4,5 ммоль/л

Общий анализ мочи: уд.вес 1020, белок 5.5 г/л, Л-4-5, Эр - 15-20, цилиндры гиалиновые 1-2, эритроцитарные 3-4 в поле зрения. Суточный диурез 400 мл.

**Вопросы:**

1.Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2.Какое осложнение основного заболевания имеется у больного?

3.Назначьте экстренную терапию развившегося осложнения.

4.Назначить патогенетическую терапию основного заболевания.

5.Имеются ли показания для экстракорпорального очищения крови?

*ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №2.*

1. ХБП 2-3 ст., в исходе острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом. Период развернутых клинических проявлений. Нефрогенная гипертония.

2. Осложнение: острая левожелудочковая недостаточность(отек легких)

3.Увлажненный кислород, пропущенный через пары этилового спирта или ингаляция противоотечной смеси.

Жгуты резиновые на нижние конечности, морфин 1%-1,0 в/м или промедол 2%-1,0 в/м

Корглюкон 0,06% 0,5мл в/в струйно на физ.растворе

Лазикс 2,0 в/в струйно

Нитроглицерин 0,1 %-1,0 на 200,0 физ.р-ра в/в капельно медленно 4-5 часов

4.Преднизолон 60 мг /сутки

Курантил 125-250 мг/сутки

Гепарин 5 тыс.ЕД 4 раза п/к

Лазикс 2.0 в/в кап. 2-3 раза в день.

Альбумин 100 мг в/в кап.

Верошпирон 50мг 3 раза в день

5.Показаний для экстракорпорального очищения крови нет.

*Ситуационная задача № 3.*

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД — 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент П тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эр. — 3,0х10/л, Нв — 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейк. — 7,8х10/л, формула без отклонений, СОЭ — 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес — 1002, белок — 1,0 г/л, лейк. — 4-5 в п/зр., эр. — 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин — 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация — 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция — 97%. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры — 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена — 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Лечение. Показания к гемодиализу.

*ОТВЕТЫ к ситуационной задаче №3.*

Диагноз: ХБП 3-4ст., в исходе хронического гломерулонефрита, латентный (по клинической классификации Тареева), осложнение: нефрогенная артериальная гипертензия, анемия.

2. План обследования: УЗИ почек с целью уточнения размеров почек, состояния паренхимы. Проба Реберга.

3. Диф. диагноз: с острой почечной недостаточностью, так как есть гиперкреатининемия. В пользу хронической — протеинурия в анамнезе, сухость, бледность кожи, анемия, гипертония, уменьшение размеров почек по УЗИ.

4. Причина ХБП — латентный гломерулонефрит или латентный пиелонефрит. Наиболее вероятен гломерулонефрит (умеренная протеинурия а анамнезе, нет клиники обострений пиелонефрита: боли, дизурия, повышение температуры тела, лейкоцитурия, по данным УЗИ симметричный процесс в почках). На данный момент диф. диагноз причины ХПН труден. Важно выявление и уточнение стадии ХБП, так как от этого зависит тактика ведения больного.

5. Лечение: низкобелковая диета, некоторое ограничение соли ( так как есть АГ, полное исключение соли при ХБП противопоказано, особенно в начальных стадиях). Водный режим адекватный диурезу, жидкость не ограничивать.

6. Гипотензивные (в данной стадии применение ИАПФ и БРА осторожно, опасно снижение клубочковой фильтрации и гиперкалиемия).

7. Энтеросорбенты. Слабительные.

8. Лечение анемии рекомбинантным эритропоэтином в преддиализный период или во время диализа.

9. Показания к гемодиализу: снижение клубочковой фильтрации 15 — 10 мл/мин, важно не пропустить срок ввода больного в гемодиализ при ХПН.