федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

по специальности

***31.05.02 Педиатрия***

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности *31.05.02 Педиатрия*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 3 от «23» ноября 2015

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

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

ОК-1 способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

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

ПК-6 способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

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

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**1.Темы рефератов**

1. Хирургическое лечение ИБС
2. Пролапс митрального клапана
3. Опухоли сердца
4. Коронарный синдром Х
5. СССУ. Виды ЭКС
6. Синдром преждевременного возбуждения желудочков WPW, CLC
7. Диагностика и дифференциальная диагностика при синкопальных состояниях
8. Диагностика и дифференциальная диагностика легочных гипертензий
9. Основные методы исследования в пульмонологии
10. Саркоидоз
11. Фиброзирующий альвеолит
12. Синдром Гудпасчера
13. Респираторный синдром у взрослых
14. ТЭЛА
15. Спонтанный пневмоторакс
16. Легочные кровотечения
17. Синдром запора при органической патологии кишечника
18. Диагностика и дифференциальная диагностика, и лечение желу­дочно-кишечных и легочных кровотечений.
19. Амилоидоз почек
20. Хронический пиелонефрит
21. Диагностика и дифференциальная диагностика отечного синдрома.
22. Диагностика и дифференциальная диагностика при мочевом синдроме
23. Лейкемоидные реакции. Цитостатическая болезнь (причины, клиника, лечение)
24. Диагностика и дифференциально-диагностический поиск при миеломной болезни

**2.Учебная история болезни**

**План Истории Болезни**

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

13.Литература, использованная куратором.

14.Подпись куратора.

Примечания;

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

**Схема истории болезни госпитальной терапевтической клиники**

СПРАВОЧНЫЕ ДАННЫЕ:

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

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

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

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

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ДНЕВНИК:

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

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

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль №*1 «Болезни органов пищеварения»***

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

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.НЯК. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения. Диагноз,

дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация.

2. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения.

Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация.

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

**Тестовые задания**

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

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

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

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

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

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

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Составьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

**Задача№ 2**

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

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

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

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

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

4. Назначьте лечение.

5. Профилактика этого заболевания.

**Задача№ 3**

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

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

Лабораторные данные:

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

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

Амилазный тест: 360,9-194,9-34,9 Е/л

Копрограмма: цвет корич., офор., р-ция на скрытую кровь – отриц; мыш. волокна с исчерч. - 0-1; без исчерченности – 2-3; жир. кислоты – небольшое кол-во, перевар. клетчатка - отр., внеклет крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Анализ кала на дисбактериоз: Выявлено увеличение роста общего количества кишечной палочки, отсутствие роста кишечной палочки.

Биохимические показатели крови:

Билирубин общ – 17,0 ммоль/л; общий холестерин-5,8 моль/л; бета-ЛП - 5,4 моль/л; АлАт - 73 Ед/л; АсАт – 45Ед/л; диастаза крови- 63 Е/л; глюкоза крови - 4,35 ммоль/л; общий белок – 73 мг/л; щелочная фосфатаза- 134 Е/л; тимоловая проба- 2,7; ГГТ- 63 Е/л; фибриноген - 2,6; ПТВ - 14,3; ПТИ - 92%;

ИФА к описторхиям, токсокарам - отр. ИФА к лямблиям – полож, титр 1:100.

ИФАк Helicobacterpylori – отриц. ВГС+HBsAg-отрицательный.

Анализ желчи: Порция «А» -80,0; желтая, слабо мутная, эпителий плоский небольшое кол-во, лейкоциты 8-10 в п/з, аморфные соли неб кол-во. Порция «В» - удален желчный пузырь. Порция «С» - 7,0; желтая, слабо мутная, аморфные соли неб кол-во. Лямблии и яйца описторха не найдены.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 74 в мин. Полугоризонтальное положение ЭОС. Нарушение в/желудочковой проводимости.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 69 мм, правая доля 167 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно-неоднородная, эхогенность слегка повышена с эффектом затухания эхо-сигнала. Воротная вена 8 мм, холедох-7-8 мм. В паренхиме микрокальцинаты. Желчный пузырь: удален. Поджелудочная железа – 25x15x25 мм, контуры нечеткие, эхоструктура неоднородная, эхогенность повышена. Селезёнка – 96х40мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки – правая 100х53х17 мм, левая 103х53х17 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима обычная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЭГДС: Поверхностный очаговый гастрит.

RRS: (на 20 см). Патологии нет.

Колоноскопия: Просвет кишки свободен, с неизмененной слизистой до селезеночного угла. Начиная с селезеночного угла и на всем протяжении поперечно-ободочной кишки, просвет сужен из-за выраженного отека. Кишка с гиперемированной слизистой с множеством эрозий, изъязвлений, покрыта налетом фибрина серого цвета. При контакте слегка кровоточит. Другие отделы не изменены. Закл: признаки язвенного колита.

**Задания:**

1. Сформулируйте основной и сопутствующий диагнозы.

**Задача№ 4**

Больной Д. 47 лет поступил с жалобами на боли в эпигастрии, рвоту «кофейной гущей», изжогу, тошноту, резкую слабость и головокружение, затрудненную и болезненную дефекацию.

Из анамнеза: много лет страдает гастритом, дважды были кратковременные эпизоды рвоты «кофейной гущей» - 3 и 7 лет назад. Последнее ухудшение состояния 2 дня назад после погрешности в диете. Поддерживающей терапии не получал. В течение года отмечается затрудненная дефекация, 3 месяца назад появились боли при дефекации.

Лабораторные данные:

ОАК: Hb - 118 г/л, Эр. - 4,24 х 1012/л, ЦП – 0.83, тромбоциты – 306 х 109/л, лейкоциты – 5,9 х 109/л, п/я –1%, с/я – 54%, э -7 л/ф -31, м-7, СОЭ 17 мм в час.

ОАМ Уд. вес 1016, белок – отр., л – 3-4 в п/зр, эпителий - отр, цилиндры – гиалиновые един.

Биохимические показатели крови:

Билирубин общ – 10,4 ммоль/; общ. холестерин - 4,4, в-ЛП – 4,5, АлАт – 17 Ед/л, АсАт – 12 Ед/л, диастаза крови 66 Ед/л.; щелочная фосфатаза - 115 Е/л; глюкоза крови - 4,86; мочевина - 4,6, креатинин - 90, общ. белок – 64, тимоловая проба - 1,3.

ИФА на Helicobacter pylori – положит титр 1:80.

Копрограмма: цвет с/кор., офор., р-ция на скрытую кровь – резко положит, мыш. волокна с исчерч. – 0, без исчерченности – 1-2 п/з, жир. кислоты - неб. кол-во, перевар. Клетчатка - отр. внеклет крахмал - 0. Лейкоциты до нескольких десятков, эритроциты 10-15-20 в п/з. Я/глист не найдены.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 61 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Нарушение в/желудочковой проводимости.

УЗИ внутренних органов: Печень лев. доля 76 мм. прав. доля 158 мм, контуры ровные эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность повышена. Воротная вена 14-15 мм, холедох-5. Желчный пузырь 66х40 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 3 мм, содержимое хлопья, конкрементов нет. Поджелудочная железа – 32x22x30 мм, контуры ровные, эхоструктура слегка неоднородная, эхогенность повышена. Селезёнка –100х40мм, контуры ровные, эхоструктура – однородная, эхогенность – не изменена. Почки – пр. 112х52х17 мм, лев. 110х54х18 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима слегка неоднородная, ЧЛС умеренно расширены. Конкрементов нет.

ЭГДС: Желудок с эластичными стенками, слизистая ярко гиперемирована с эрозиями округлой формы до 0,2 см с налетом гематина. Привратник смыкается. Луковица двенадцатиперстной кишки рубцово деформирована, слизистая гиперемирована, отечна. Закл.: Признаки эрозивного антрального гастрита с геморрагическим компонентом. Бульбита.

Колоноскопия: Эндоскоп введен на 25 см от ануса, где просвет кишки значительно сужен за счет инфильтрации и бугристости стенок по всему периметру. Выше уровня сужения эндоскоп не проходит. При биопсии – фрагментация. Закл: Са сигмовидной кишки.

Биопсия: умеренно дифференцированная аденокарцинома кишки.

Цитология: на фоне эритроцитов скопление опухолевых клеток.

**Задания:**

1. Сформулируйте основной и сопутствующий диагнозы.

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Тема 2 Функциональные заболевания пищевода и желудка**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1.Классификация функциональных заболеваний пищевода и желудка;

2. Этиология, патогенез функциональных заболеваний пищевода и желудка

3. Особенности клинической картины и течения функциональных заболеваний пищевода и желудка

4. Современные методы исследования.

5. Критерии диагностики и дифференциальная диагностика функциональных заболеваний пищевода и желудка.

6. Лечение. Прогноз

**Тестовые задания**

1. **К гипермоторным дискинезиям пищевода относится все, кроме**:
2. Сегментарныйэзофагоспазм
3. Ахалазиякардии
4. Диффузный эзофагоспазм
5. Кардиоспазм.
6. **В лечении гипомоторных дискинезий применяют:**
7. Прокинетики
8. Анальгетики
9. Седативные препараты
10. Антагонисты ионов Са.
11. **К функциональным расстройствам желудка по типу нарушения функции относится все, кроме:**
12. Гиперстенический
13. Астенический
14. Диспепсический
15. Нормостенический.
16. **К признакам нейровегетативной неустойчивости при функциональных расстройствах желудка относится:**
17. Психоэмоциональная уравновешенность
18. Лабильность пульса и АД
19. Монотонность движений
20. Брадикардия и тахипноэ
21. **Характерный симптом для ахалазиикардии**
22. Дисфагия при приеме твердой пищи
23. Дисфагия при приеме жидкой пищи
24. Гипермоторная дисфагия
25. Все ответы верны
26. **Руминантный симптом – это**
27. срыгивание
28. ком в горле
29. дисфагия
30. все ответы верны
31. **Гастропарез – это**
32. ослабление моторики антрального отдела желудка
33. усиление моторикиантрального отдела желудка
34. нарушение аккомодации желудка
35. все ответы верны.
36. **Виды функциональной диспепсии**
37. язвенный вариант
38. дискинетический вариант
39. неспецифический вариант
40. все ответы верны
41. **Наиболее информативная диагностика ГЭР**
42. Суточная внутирижелудочнаяpH-метрия
43. ФГДС
44. Эндоскопическое исследование с биопсией пищевода
45. УЗИ
46. **Длительность диспансерного наблюдения за пациентами с ГЭРБ при отсутствии рецидива.**
47. 2 года.
48. не менее 3 лет.
49. 1 год.
50. 6 месяцев.
51. **Поносы с выделением пенистых испражнений с кислым запахом, кислой реакцией, обильной ацидофильной флорой свидетельствует о наличии:**
52. хронического панкреатита;
53. хронического неспецифического язвенного колита;
54. хронического энтерита;
55. бродильной диспепсии.
56. **Чем можно купировать боль, возникающую при синдроме раздраженного кишечника?**

 Акт дефекации

1. Спазмолитики
2. Приёмом пищи
3. Верно а и б
4. **Чем может провоцироваться боль при синдроме раздраженного кишечника**
5. Прием пищи
6. Физическая нагрузка
7. Приём НПВС
8. Нет верного варианта ответа
9. Все ответы верны
10. **Укажите на симптом, не характерный для бродильной диспепсии:**

**вздутие и распирание живота;**

1. ухудшение после белковой пищи;
2. схваткообразные боли, уменьшающиеся после отхождения газов или стула;
3. поносы.
4. **Особенности боли при функциональной диспепсии:**
5. Локализованная в эпигастрии
6. Иррадиирует в правое подреберье
7. Иррадиирует в левое подреберье
8. Боль при ФД не наблюдается
9. **Какие лекарственные препараты могут вызывать симптомы диспепсии:**
10. Препараты железа
11. Нестероидные противовоспалительные препараты
12. Антибиотики
13. Все ответы правильные
14. Все ответы неправильные
15. **Какие заболевания могут сопровождаться симптомами диспепсии**
16. Сахарный диабет
17. Заболевания щитовидной железы
18. Ишемическая болезнь сердца
19. Все ответы правильные
20. Все ответы неправильные
21. **Назовите основные симптомы функциональной диспепсии:**
22. эпигастральная боль;
23. диарея;
24. тошнота;
25. раннее насыщение
26. **Внекишечные симптомы синдрома раздраженного кишечника**
27. Горечь во рту.
28. Выпадение волос
29. Ломкость ногтей
30. Извращенность вкуса.
31. **Рецидивирующие схваткообразные боли преимущественно в левом квадранте живота, выделение при приступе боли большого количества слизи при неизмененной слизистой оболочке кишечника характерны для:**
32. хронического колита;
33. хронического энтерита;
34. раздраженного кишечника;
35. неспецифического язвенного колита;
36. болезни Крона;
37. **Какой симптом является ведущим при диагностике неспецифического язвенного колита:**
38. запор;
39. понос
40. наличие крови и слизи в каловых массах.
41. **Клинически гастроэзофагальнаярефлюксная болезнь в первую очередь проявляется:**
42. Снижение аппетита
43. Изжога, кислая отрыжка
44. Тошнота, рвота
45. Понос
46. **Какие виды кишечных диспепсий выделяют?**
47. Первичная, вторичная
48. Аутоиммунная, токсемическая
49. Бродильная, гнилостная
50. Латентная, острая, хроническая
51. **Наиболее информативным методом исследования при функциональном гастроэзофагальном рефлюксе является:**
52. ОАК
53. ОАМ
54. УЗИ органов брюшной полости
55. ФГДС
56. **Кровь в стуле как специфический признак наблюдается при:**
57. Гастрит**.**
58. Болезнь Крона.
59. Функциональный дуоденогастральный рефлюкс
60. НЯК
61. **Картина ФГДС при функциональном гастроэзофагальном рефлюксе будет:**
62. С явными признаками гастрита
63. Будет видно изменения на слизистой оболочке желудка
64. Морфологически не проявляется
65. Будет наличие остаточного желудочного сока.

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

В больницу поступил больной 60 лет, с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг.

При осмотре больной истощен и ослаблен. В левой надключичной области пальпируется плотный, неподвижный, безболезненный лимфатический узел. Другие лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд вмин, АД 130/80мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 50 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.
**Задание:**

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**Задача№2**

Больная А, 45 лет предъявляет жалобы на чередование запоров и поносов, вздутие живота, боли при акте дефекации, ощущении приливов, отсутствие менструации.

Приступы провоцируются психоэмоциональным напряжением. Кал с примесью слизи. Больная замкнута, депрессивна.

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 84 уд в мин, АД 120/80мм.рт. ст.Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - 4,7х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

**Задание:**

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**Задача№3**

Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.
Считает себя больной около 2 мес., когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 недели до поступления в больницу появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид.Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 2 кг.
Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.
Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешних изменения в суставах не определяются.
Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 20 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.
Биохимия крови: белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.
УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

**Задание:**

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**Задача №4**

 Больной, 30 лет. Обратился с жалобами на изменение характера стула, болезненные спазмы в левой подвздошной области, вздутие, ощущение неполного опорожнения после дефекации.

 Из анамнеза: 2 года назад был выставлен ошибочный диагноз гепатит С, состоял на учете. После дополнительного обследования с учета был снят. В связи с перенесенным стрессом у пациента развился истерический невроз, по поводу данного диагноза пребывал на амбулаторном лечении в психиатрической больнице. Выписан через 2 месяца.

 Пациент отмечает, что кишечные симптомы появились после перенесенного невроза. Больной угнетен, выглядит подавлено. Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 74 уд в мин, АД 120/80мм.рт. ст.Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника. Отеков нет.

Анализ крови: Hb - 134 г/л, эритроциты - 4,7х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 7 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - отр, эритроциты отр, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

**Задание:**

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.Дальнейшая тактика?

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Модуль № *2 «Болезни почек»***

**Тема 3 ХБП, хроническая почечная недостаточность**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

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

2.Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика ХБП

3.Диагностические критерии хронической болезни почек

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

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

6. Этиология хронической почечной недостаточности

7. Патогенез острой и хронической почечной недостаточности

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

9. Стадии в развитии и течении ХПН

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

11.Медикаментозное и немедикаментозное лечение ХПН.

12. Показания к гемодиализу и его возможности. Трансплантация почек

**Тестовые задания**

1. **Выберите признаки ХПН:**
2. Азотемия.
3. Протеинурия более 3,5 г/сут.
4. Уменьшение размеров почек.
5. Лейкоцитурия.
6. Макрогематурия.
7. **Выберите неврологические проявления ХПН:**
8. Нарушение сна.
9. Миоклония.
10. Полинейропатия.
11. Головная боль.
12. Парезы.
13. **Выберите нарушения водно-электролитного баланса, развивающиеся при ХПН:**
14. Полиурия.
15. Олигоурия.
16. Гиперкалиемия.
17. Гипокалиемия.
18. Гипокальциемия.
19. **Выберите эндокринные и метаболические нарушения, выявляемые у больных с ХПН**:
20. Вторичный гипопаратиреоз.
21. Вторичный гиперпаратиреоз.
22. Гиперурикемия.
23. Гипоурикемия.
24. Гипотриглицеридемия.
25. **Выберите гипотензивные препараты, улучшающие внутрипочечную гемодинамику:**
26. Доксазозин.
27. Спиронолактон.
28. Гипотиазид.
29. Фуросемид.
30. Каптоприл.
31. **Выберите оптимальный вариант диуретической терапии отечного синдрома у больных ХПН:**
32. Спиролактон.
33. Фуросемид.
34. Триамтерен
35. Амилорид
36. Гидрохлортиазид.
37. **Выберите наиболее оптимальный вариант лечения нормоцитарной нормохромной анемии у больных ХПН:**
38. Трансфузии эритроцитов.
39. Препараты железа.
40. Витамин В12.
41. Эритропоэтин.
42. Глюкокортикоиды.
43. **Выберите продукты, содержащие большое количество фосфора:**
44. Творог.
45. Фрукты.
46. Бобовые.
47. Говядина.
48. Рыба.
49. **Какие мероприятия можно использовать для лечения гиперкалиемии:**
50. Гемодиализ.
51. Петлевые диуретики.
52. Глюкокортикоиды.
53. Введение солей кальция.
54. Изотонический раствор натрия.
55. **Выберите абсолютные противопоказания к пересадке почки в терминальной стадии ХПН:**
56. СКВ.
57. Сепсис.
58. Анемия.
59. Возраст старше 60 лет.
60. Злокачественное новообразование желудка.
61. **Выберите осложнения гемодиализа:**
62. Повышенная кровоточивость.
63. Гепатит В.
64. Артериальная гипертензия.
65. Артериальная гипотония.
66. Эпилептические припадки.
67. **Выберите верные утверждения относительно ХПН:**
68. Уровень креатинина в крови наиболее информативен для оценки выраженности ХПН.
69. Нормальные размеры обеих почек (на УЗИ) исключают ХПН. В.+ Выраженная гипертензия способствует прогрессированию ХПН.
70. Гипотензия способствует прогрессированию ХПН.
71. У больных с хроническим гломерулонефритом при развитии ХПН нефротический синдром становится менее выраженным.
72. **У 38-летнего больного, армянина, диагностирована хроническая почечная недостаточность. По данным анамнеза, с детского возраста отмечались эпизоды болей в животе с одновременным подъемом температуры. Боли проходили самостоятельно через сутки. Последний год в анализах мочи отмечается протеинурия до 1,5 г/л (%о). Отец пациента умер от заболевания почек. Выберите наиболее вероятные диагностические предположения в данной ситуации:**
73. Хронический гломерулонефрит.
74. Периодическая болезнь с развитием амилоидоза.
75. Хронический пиелонефрит.
76. Подострый (быстропрогрессирующий) гломерулонефрит.
77. Представленных данных недостаточно для предположения о диагнозе.
78. **У 33-летнего больного, находящегося в течение месяца на лечении гемодиализом по поводу ХПН (2 раза в неделю по 3 ч) и удовлетворительно переносящего процедуру, состояние стало быстро ухудшаться: на протяжении суток усилилась слабость, затем появились боли в правом подреберье, отмечено набухание шейных вен. Пульс - 100 в минуту, нитевидный, АД - 80/50 мм рт.ст. (ранее - 160/90). Выберите верные утверждения:**
79. У больного, скорее всего, внутреннее кровотечение.
80. Экстренная эхокардиография, скорее всего, поможет выяснить причину ухудшения.
81. На вдохе систолическое АД будет выше 80 мм рт.ст.
82. Показана экстренная консультация кардиохирурга.
83. Все утверждения неверны.
84. **У больного скорость КФ - 20 мл/мин. Назовите показания для начала заместительной терапии**:
85. Наличие перикардита.
86. Содержание гемоглобина - 90 г/л.
87. Концентрация калия в сыворотке - выше 7 мэкв/л.
88. Артериальная гипертензия - выше 180/100 мм рт.ст., резистентная к гипотензивной терапии.
89. Тяжелая гипергидратация.
90. **Какой из медикаментозных препаратов нежелательно назначать больным ХПН, не проходящим лечение гемодиализом?**
91. Дигоксин.
92. β-блокаторы.
93. Фуросемид.
94. Верапамил.
95. Верошпирон.
96. **После трансплантации почки больным ХПН рекомендуется назначение:**

 Селективных ингибиторов ЦОГ-2.

1. Глюкокортикоидов.
2. Аминохинолиновых препаратов.
3. Метотрексата.
4. Циклоспорина А.
5. **У больных ХПН могут быть следующие изменения со стороны системы крови:**
6. Тромбоцитоз.
7. Тромбоцитопения.
8. ДВС-синдром.
9. Абсолютный лимфоцитоз.
10. Все вышеперечисленное.
11. **Выберите неверное утверждение относительно ХПН:**
12. Лабораторные признаки ХПН возникают раньше, чем клинические.
13. Содержание калия в крови более 7 ммоль/л - абсолютное показание для направления больного на гемодиализ.
14. При адекватном лечении гемодиализом у большинства больных ХПН снижается АД.
15. Снижение содержания гемоглобина менее 60 г/л - показание для лечения гемодиализом.
16. Полинейропатия - характерное осложнение ХПН.
17. **Если у больного ХПН с наличием анемии (НЬ - 80 г/л) появились боли в области сердца, то данная боль может быть связана с:**
18. ИБС, стенокардией.
19. Перикардитом.
20. Миокардитом.
21. Анемией.
22. Перихондритом.

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

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

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

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

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

Консультация окулиста: ретинопатия.

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

**Задания:**

1. Выделите ведущие синдромы.

2. Укажите дифференциально-диагностический ряд по ведущему синдрому.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Составьте план обследования.

5. Составьте план лечения.

**Задача № 2**

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

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

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

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

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

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

**Задания:**

1. Выделите осн. синдромы.

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

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному.

5. Составьте план лечения.

Задача № **5**

|  |
| --- |
|  |

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

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

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

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

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

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

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

**Задание**:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

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

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

4. Определите наиболее подходящую терапевтическую тактику

Задача № **6**

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

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

Суточная протеинурия - 1,1 г.

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

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

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

**Задание:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

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

3. Имеются ли у больного показания к гемодиализу?

4. Имеются ли показания к лечению анемии эритропоэтином?

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Тема 4 Нефротический синдром. Острая почечная недостаточность**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Определение нефротического синдрома (НС), острой почечной недостаточности (ОПН)

2. Классификация нефротического синдрома, ОПН.

3. Заболевания, приводящие к развитию нефритиче­ского синдрома.

4. Патогенез основных клинических проявлений НС, острой почечной недостаточности

5. Клиническая варианты НС. Варианты течения. Клинические симптомы и синдромы НС и ОПН.

6. Лабораторная диагностика НС и ОПН.

7. Осложнения НС.

8. Дифференциальная диагностика при НС и ОПН.

9. Современная медикаментозная и немедикаментозное терапия НС и ОПН.

10. Показания к гемосорбции и плазмаферезу

**Тестовые задания**

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

крови

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

в крови

**Ситуационные задачи**

**Нефротический синдром**

**Задача № 1.**

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

 Предположительный диагноз, распишите план обследования, лечения и прогноз пациента

**Задание:**

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

**Задача № 2**

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

**Задание:**

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

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

**Задача № 3**. Больная С. 64 лет поступила в клинику с жалобами на повышение АД, головную боль, периодические боли в сердце, отеки лица, ног, тяжесть и боли в поясничной области. Много лет страдает ИБС, АГ, остеохондрозом. Лечится гипотензивными, принимает ситуационно нитраты и часто принимает анальгетики при головной боли, диклофенак при болях в суставах. Объективно: обнаружена пастозность век, отеки лодыжек и поясничной области. АД 180/100 мм рт ст, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-106 в мин. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 136 г\л, ЦП-1, эритроциты – 5,6 в л, лейкоциты – 7,2 в л, тромбоциты 214 в л, СОЭ – 12 мм в час. ОАМ: плотность -1038, белок – 4,06 г\л, эритроциты 5-8 в поле зрения, лейкоциты 10-11 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-4000 в 1 мл, лейк-3000 в 1 мл. Биохимический анализ крови: общий белок – 53 г\л, билирубин – 16,7 мкмоль/л; сахар крови - 5,4 ммоль\ л; холестерин – 8,8 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

**Задание:**

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

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

**Задача № 4**. Больной К. 58 лет поступил в клинику с жалобами периодические боли в сердце, возникающие при нагрузке, одышку, жажду, сухость во рту, отеки ног, дискомфорт в поясничной области. Страдает ИБС, имеет 10-и летний стаж АГ, 8 летний стаж сахарного диабета, последние 5 лет проводит коррекцию гипергликемии инсулином. Объективно: обнаружена пастозность век, отеки лодыжек, голеней и поясничной области. АД 150/100 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-75 в мин. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон. Данные по другим органам и системам без особенностей. Лабораторные данные: гемоглобин – 116 г\л, ЦП-0,9, эритроциты – 4,6 в л, лейкоциты – 7,2 в л, тромбоциты 214 в л, СОЭ – 12 мм в час. ОАМ: плотность -1017, белок – 3,06 г\л, эритроциты 5-8 в поле зрения, лейкоциты 10-11 в поле зрения. Проба Нечипоренко: эр-3000 в 1 мл, лейк-3500 в 1 мл. Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г\л, билирубин – 15,4 мкмоль/л; сахар крови - 12,3 ммоль\ л; холестерин – 7,5 ммоль\ л, креатинин – 0,081 ммоль\ л.

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

**Задание:**

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

**ОПН**

**Задача №7**

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

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

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Модуль №*3 «Болезни органов кровообращения»***

**Тема 5 Осложнения инфаркта миокарда**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Ранние осложнения инфаркта миокарда (острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок и его виды, нарушения ритма и их виды и др.). Клиника, диагностика и

профилактика.

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

3.Неотложная помощь при ранних и поздних осложнениях инфаркта миокарда

**Тестовые задания**

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

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**.

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

**Задание:**

Предположительный диагноз:

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

**Задача № 2.**

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

**Задание:**

Предположительный диагноз:

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

**Задача № 3**

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

**Задание:**

 Предположительный диагноз?

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

**Задача № 4.**

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

**Задание:**

Лечение:

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

**Задача №** 5

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

купированного на догоспитальном этапе.

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

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

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

**Задание:**

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.

2. Какие исследования следует дополнительно провести для уточнения диагноза?

3. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

**Задача№6**

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

**Задание:**

 Почему лечение оказалось неэффективным?

**Задача №7**

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

**Задание:**

Почему лечение оказалось неэффективным?

**Задача №8**

 Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина.
Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд. /мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.
Общий анализ крови: эритроциты – 4,3х1012, лейкоциты – 9,2х109, п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.
Результаты дополнительного обследования:
1. ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.
2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 24 Е/л, АЛТ – 16 Е/л.
3. Свертываемость крови – 3 мин.
4. ПТИ  – 100%.
5. Общий анализ крови на 6-й день после госпитализации:  лейкоциты – 6,0х109,  э.– 1, п. – 2, сегм. – 64, л. – 24, м. – 9, СОЭ – 24 мм/ч.
6. Рентгенограмма – прилагается.
**Задание:**
1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

**Задача №9**

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

**Задания**:

1.Какой диагноз можно поставить?

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

4.Почему (предположительно) проведенная реанимация оказалась неэффективной?

5.Какие реанимационные мероприятия необходимо было провести?

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

**Задача №10**

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

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

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

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

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

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

**Задания:**

 1. Ваш диагноз, его обоснование.

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

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

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

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

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

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

тромболизис?

**Задача № 11**

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

Сформулируйте предварительный диагноз.

**Задача № 12**

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

**Задание:**

Диагноз:

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

**Задача №13**

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

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

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

**Задание:**

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

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Тема 6 Инфекционный эндокардит. Перикардиты**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

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

**Тестовые задания**

Инфекционный Эндокардит

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

Перикардиты

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

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

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

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

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

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

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

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

**Задача 2.**

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

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

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

Дополнительные методы исследования:

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

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

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

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

 4. Назначьте лечение.

**Задача №3**

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

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

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

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

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

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

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

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

На ЭхоКГ - следующие характерные нарушения:

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

- диастолический коллапс левых отделов, застойная нижняя полая вена

**Задания:**

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

**Задача №4**

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

**Задания:**

Поставьте диагноз и определите тактику лечения.

**Задача №5**

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

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

**Задания:**

Поставьте диагноз и определите тактику лечения.

**Задача №6**

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

**Задания:**

Поставьте диагноз, определите этиологию и тактику лечения.

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Тема 7 Миокардиты. Кардиомиопатии.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Миокардиты. Классификация, клиника, диагностика, дифференциаль ная диагностика, лечение.

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

3.Кардимиопатии. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение)

**Тестовые задания**

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

**Какие препараты противопоказаны при гипертрофической кардиомиопатии**

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

**Ситуационные задачи**

**Задача №**1

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

**Задание:**

Сформулируйте диагноз, назначьте лечение.

**Задача №**2

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

**Задание:**

Сформулируйте диагноз, назначьте лечение.

**Задача №3**

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

сжимающие боли за грудиной, слабость. На ЭКГ выявлены отрицательные

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

тест отрицательный. Лечение нитратами принесло кратковременный

положительный эффект: боли уменьшились, затем возобновились и

приобрели постоянный характер. Из анамнеза удалось выяснить, что 3

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

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

**Задача №**4

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

**Задание:**

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

**Задача №5**

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

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

**Задание:**

 Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение.

**Задача№ 6.**

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

**Задание:**

 Ваш предварительный диагноз.

План дальнейшего обследования

Возможно ли с помощью физикальных данных уточнить природу систолического шума.

**Задача№ 7.**

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

**Задание:**

Ваш предварительный диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

**Задача№ 8.**

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

**Задание:**

Ваш предположительный диагноз и дополнительные методы обследования.

**Задача№ 9.**

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

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

**Задание:**

Выскажите Ваше суждение о диагнозе.

**Задача№ 10**.

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

**Задание:**

О каком заболевании необходимо думать и с каким заболеванием дифференцировать?

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

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

**Задача№ 11.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Результат лабораторных исследований без существенных отклонений.

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

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

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

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

**Задание:**

Какие симптомы были ведущими в описанном выше случае?

Ваш клинический диагноз и его обоснование.

**Задача № 12.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Задание:**

Выскажите Ваше мнение о диагнозе.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз данной больной?

**Задача № 13.**

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

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

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

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

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

На ЭКГ: частая политопная групповая желудочковая экстрасистолия.

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

Данные лабораторных исследований - без изменений

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

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

**Задание:**

Выделите ведущий клинический синдром.

Выскажите предположение о диагнозе.

**Задача № 14.**

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

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

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

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

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

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

**Задание:**

Выделите ведущий клинический синдром.

Выскажите ваше предположение о диагнозе.

**Задача № 15.**

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

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

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

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

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

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

Изменений в анализах крови и мочи не обнаружено.

**Задание:**

Выскажите предположение о диагнозе.

Выделите осложнения данного заболевания в конкретном случае.

**Задача № 16.**

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

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

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

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

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

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

**Задание:**

Выскажите предположение о диагнозе, обоснуйте его.

Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Тема 8 Симптоматические артериальные гипертонии**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

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

2. Классификация симптоматических артериальных гипертензий

3.Патогенетические механизмы различных видов симптоматических артериальных гипертензий.

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

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

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

7.Дифференциальная диагностика симптоматических артериальных гипертензий.

8 .Гипертонические кризы. Классификация. Диагностика различных вариантов.

9. Гипертонические кризы. Неотложная помощь.

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

риска сердечно-сосудистых осложнений. Основные группы препаратов.

11. Особенности лечения АГ у различных групп больных.

12. Артериальная гипертензия беременных. Диагностика. Особенности лечения)

**Тестовые задания**

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

 все перечисленное в п. а, б,, в

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

**Ситуационные задачи**

**Задача №1,**

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

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

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

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

**Задание:**

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

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

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

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

**Задача №2.**

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

**Задание:**

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

2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?

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

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

**Задача №2.1**

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

**Задание:**

1. Сформируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?

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

**Задача №3.**

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

**Задание:**

1.Определите неотложное состояние.

2.Сформируйте предварительный диагноз.

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

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

**Задача №4.**

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

**Задание:**

1.Определите неотложное состояние. Что к нему привело?

2.Сформируйте предварительный диагноз.

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

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

**Задача №5.**

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

**Задание:**

1. Сформируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования требуются для постановки диагноза?

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

4. Чем купировать неотложное состояние?

**Задача№6.**

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

**Задание:**

1. Предположительный диагноз?

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

3.Всегда ли показано оперативное лечение при этом заболевании?

Ответ к задаче №7

1.Первичный гиперальдостеронизм

2.Ультразвуковое и (или) радиоизотопное сканирование надпочечников

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

**Задача№7.**

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

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

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

**Задание:**

 А. Поставьте диагноз.

Б. Составьте перечень заболевания для дифференциального диагноза.

В. Назначьте обследование.

**Задача№8.**

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

Задание: А. Определите неотложное состояние. Б. Окажите неотложную, помощь.

**Задача№9.**

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

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

**Задание:**

А. Установить предварительный диагноз.

Б. Наметить план обследования.

В. Провести дифференциальную диагностику.

Г. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования:

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

**Задача№10.**

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

Какой антигипертензивный препарат показан?

**Задача №11.**

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

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

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

Глазное дно: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов.

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

**Задание:**

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

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

3. Методы лечения.

**Задача №12**

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

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

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

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

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

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

**Задание:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

3. Чем могут быть обусловлены изменения на ЭКГ, имитирующие очаговые (рубцовые) изменения?

4. Тактика лечения.

**Задача № 13.**

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

**Вопросы:**
1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

**Задача № 14.**Мужчина 29 лет.
Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт. ст.), в связи с чем был освобожден от службы в армии. Несмотря на рекомендации врачей, гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах, преимущественно при ходьбе.
Объективно: ЧСС – 78 уд./мин, АД – 200/110 мм рт. ст., S = D, АД на нижних конечностях – 160/100 мм рт. ст., S = D. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам – без особенностей.
ЭКГ: отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.
ЭХО-КГ: ЛП – 3,2 см, КДР – 5,0 см, КСР – 3,2 см, Тмжп – 1,2 см, Тзс – 1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено.
**Задание.**:
1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?

**Задача №15.** Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «cетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.
Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд./мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент П тона на аорте. ЧСС – 92 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.
**Задание:**
1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.
Результаты дополнительного обследования:
1. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка
2. Глазное дно – сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс – П.
3. Анализ мочи –  уд. вес – 1018, белка нет, сахара нет, л. – 1–3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты – 4,5х1012/л, л. – 6,0х109/л, ц.п. – 0,9 ; э. – 1, п. – 4, с. – 66, л. – 24, м. – 5, СОЭ – 6 мм/ч.
6. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

**Задача № 16.** Мужчина 45 лет. С 35-летнего возраста отметил появление внезапных приступов, сопровождающихся резкой головной болью, головокружением, сердцебиением, потливостью, нарушением слуха и выраженной бледностью кожных покровов.
Приступы возникали с частотой до 1–2 раз в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением или обильной пищей и купировались самостоятельно. Впоследствии во время приступов были выявлены высокие цифры АД (до 230/130 мм рт. ст.). В межкризовый период АД колебалось в пределах 140–160/100 мм рт. ст. Последние 2 года отмечает изменение течения заболевания: цифры АД стабилизировались на более высоком уровне, картина кризов стала более сглаженной. За 2 года похудел на 10 кг. С этого же времени стали регистрироваться повышенные цифры глюкозы крови (до 7,7 ммоль/л), в связи с чем больному был выставлен диагноз сахарного диабета II типа. На глазном дне: гипертоническая ангиопатия II ст.
**Задание.**
1. Сформулируйте наиболее вероятный **клинический** диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

**Задача № 17**Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающейся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.
При амбулаторном осмотре: АД – 120/80 мм рт. ст. ЧСС – 78 в мин. За последние 6 мес. отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.
При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД – 220/130 мм рт. ст. ЧСС – 180 в мин. Температура тела – 37,8˚С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.
Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в/в, лазикс в/в) эффекта не дала. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты – 10 х 10 /л, лимфоциты – 16%, эозинофилы – 6%. Сахар крови натощак – 7,2 ммоль/л, К – 6,2 ммоль/л, Na – 138 ммоль/л. В моче: белок – 0,66%, эритроциты – 6–8–10 в поле зрения, сахар – 0,5%. На ЭКГ – синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторировании АД – 120/80–126/75 мм рт. ст.
**Задание**

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Модуль №*4 «Болезни органов кроветворения»***

**Тема 9 Анемии (аутоиммунные, мегалобластические, гипо- и апластические, гемолитические).**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1.Определение анемии, причины и механизмы ее развития при различных заболеваниях.

2. Классификация анемий.

3. Особенности клинической картины анемий с разными патогенетическими механизмами.

4. Железодефицитные анемии и состояния: диагностика, дифференциальная

диагностика. Лечение и профилактика

1. Мегалобластные анемии. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Лечение, профилактика.

1. Гемолитические анемии. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Лечение, профилактика

7. Диагностика анемического синдрома.

8. Лабораторные дифференциально-диагностические критерии анемий.

9. Особенности лечебной тактики при анемиях разных видов

**Тестовые задания**

1. **Железодефицитные анемии чаще бывают:**
2. гипохромные;
3. гиперхромные
4. **У здорового человека показатель общей железосвязывающей способности сыворотки составляет**
5. 90-110 мкмоль/л;
6. 46-90 мкмоль/л.
7. **Сидеропенический синдром включает:**
8. сухость и атрофичность кожи, ломкость ногтей и волос;
9. слабость, головокружение.
10. **Сидероахрестические анемии – это:**
11. анемии, связанные с нарушением синтеза порфиринов;
12. анемии, связанные с подавлением функции красного костного мозга.
13. **Патогенетической терапией в-12 дефицитной анемии является применение цианкобаламина:**
14. верно;
15. неверно.
16. **У здоровых людей в плазме крови содержание железа составляет**
17. 10-30 мкмоль/л;
18. 32-40 мкмоль/л.
19. **Среднее содержанием гемоглобина в эритроците повышено при:**
20. Железодефицитных анемиях;
21. Мегалобластных анемиях.
22. **Неврологические расстройства встречаются при:**
23. железодефицитной анемии;
24. В12-дефицитной анемии.
25. **Талассемии – это группа заболеваний, в основе которых лежит нарушение синтеза глобина:**
26. верно;
27. неверно.
28. **Предпочтение в лечении больных железодефицитной анемией отдается:**
29. железосодержащим препаратам для парентерального введения;
30. препаратам железа для приема внутрь.
31. **Это является причиной анемии?**
32. аппендицит
33. холецистит
34. язва желудка
35. почечная колика
36. **Что не приводит к развитию анемии?**
37. голодание
38. острый аппендицит
39. глистная инвазия
40. острая кровопотеря
41. **Препарат относящийся к группе содержащих железо?**
42. фенюльс
43. карсил
44. нош-па
45. гептрал
46. **Препараты использующиеся для лечения В12-дефецитной анемии?**
47. бета - блокаторы
48. витамин В12
49. фенюльс
50. **Рутинный метод диагностики анемии?**
51. пункция костного мозга
52. сывороточное железо
53. анализ мочи
54. **Значение цветного показателя (ЦП) при мегалобластических анемиях?**
55. ЦП-норма
56. ЦП-повышен
57. ЦП-снижен
58. **При талассемии:**
59. Нарушается синтез протопорфирина;
60. Нарушается синтез гема;
61. Нарушается синтез одной из цепей глобина;
62. Повышается содержание непрямого билирубина;
63. Эритроциты имеют форму сфероцита.
64. **Для железодефицитной анемии характерно:**
65. Гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;
66. Гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;
67. Гиперхромия, макроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;
68. Гиперхромия, макроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки.
69. **Самой частой причиной дефицита витамина В12 является:**
70. Атрофия слизистой желудка;
71. Кровопотеря;
72. Прием противосудорожных препаратов;
73. Недостаточное питание;
74. Повторные беременности.
75. **При каком из перечисленных заболеваний чаще развивается депрессия кроветворения:**
76. Острая пневмония;
77. ИБС;
78. Язвенная болезнь;
79. Гипертоническая болезнь;
80. Вирусный гепатит.
81. **Мужчина, 38 лет, жалуется на слабость, головокружение, потерю аппетита. Отмечается желтушность кожи и склер, увеличение селезенки. При проведении лабораторного обследования выявлено: Нb 90 г/л, эр. 3,2х1012/л, ЦП 1, ретикулоциты 11%, лейк. 8,2х109/л, п/я 3%, с/я 57%, э. 1%, мон. 9%, лим. 30%, тр. 210х109/л, СОЭ 20 мм/ч, общий билирубин - 80 мкмоль/л, непрямой - 10 мкмоль/л. Какой наиболее вероятный диагноз у пациента?**
82. Железодефицитная анемия;
83. Мегалобластная анемия;
84. Гемолитическая анемия;
85. Острый лейкоз.
86. **В развитии геморрагического синдрома при апластической анемии решающее значение имеет:**
87. Снижение уровня фактора Виллебранда;
88. Дефицит витамина К;
89. Тромбоцитопения;
90. Тромбоцитопатия;
91. Повышение фибринолитической активности.
92. **Для диагностики В12-дефицитной анемии достаточно выявить:**
93. Гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;
94. Гиперхромную, регенераторную, макроцитарную анемию;
95. Гипохромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;
96. Гипохромную, регенераторную, макроцитарную анемию.
97. **Железодефицитные анемии вследствие нарушенного всасывания железа развиваются при**:
98. Дисбактериозе;
99. Резекции тонкой кишки;
100. Геморрое;
101. Атрофическом гастрите;
102. Диафрагмальной грыже.
103. **Какое утверждение верно для апластической анемии:**
104. Имеет место лимфаденопатия;
105. Обязательна спленомегалия;
106. Главный признак – панцитопения;
107. Имеются симптомы гипосидероза;
108. Часты деструкции костей.

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

У 34-летней женщины при определении параметров гемограммы с использованием гематологического анализатора выявлены:

RBC: 3.96 х 1012/л, HGB: 106 г/л, HTC: 34.1 %, MCV: 49.0 фл, MCH: 15.0 пг, MCHC: 31,1 г/дл, RDW: 21.3 %

При дополнительных биохимических исследованиях получены следующие результаты: сывороточное железо - 3 мкмоль/л, ОЖСС – 100 мкмоль/л, ферритин - 3 мкг/л.

После 10-дневного курса терапии пероральными препаратами железа отмечено увеличение RDW, а также появление на гистограмме распределения эритроцитов по объему второго пика в области нормоцитов.

**Задание:**

Поставьте диагноз. Считаете ли вы, что назначенная терапия адекватна?

**Задача №2**.

Пациент - мужчина 77 лет. В анамнезе – месяц тому назад небольшое гастродуоденальное кровотечение. В анализе крови:

RBC: 6.94 х 1012/л, HGB: 133 г/л, HTC: 43.0 %, MCV: 68.0 фл, MCH: 19.0 пг, RDW: 24.0%

Результаты биохимических исследований: сывороточное железо 6 мкмоль/л, ферритин 10 мг/л.

**Задание:**

Как вы оцениваете результаты анализов? Требуется ли лечение?

**Задача №3.**

 У 11-летней девочки долгое время определялась гипохромная микроцитарная анемия.

RBC: 2.49 х 1012/л, HGB: 88 г/л, HTC: 26.4 %, MCV: 106.0 фл, MCH: 35.0 пг, MCHC: 33,2 %

Пациентку лечили препаратами железа. Эффекта не было. После проведения дополнительных исследований получены следующие результаты:

Количество ретикулоцитов - 261 x 109 (N 75 - 170 x 109).

Результаты биохимических исследований: нормальный уровень сывороточного железа, трансферрина и ферритина, существенное повышение HbA - 6.3 % (N 2.0-2.8 %), HbF 1.5 % (N< 1 %).

**Задание:**

Поставьте диагноз.

**Задача №4**

 Мужчина 74 лет с жалобами на повышенную усталость. В общем анализе:

RBC: 2.13 х 1012/л, HGB: 91 г/л, HTC: 25.8 %, MCV: 121.0 фл, MCH: 42.0 пг, MCHC: 35,0 г/дл.

В мазке крови - нейтрофилы с гиперсегментированным ядром, эритроциты - анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Данные биохимических исследований: ферритин - 317 мкг/л, витамин B12 - 10 пмоль/л.

**Задание:**

Поставьте диагноз. Какой должна быть лечебная тактика?

**Задача №5**

Больной Б. 57 лет поступил с жалобами на слабость, головокружение,

одышку, ломкость ногтей и волос, выпадение волос.

Из анамнеза больной много лет страдает язвенной болезнью желудка и

двенадцатиперстной кишки, периодически отмечает черный стул.

На момент поступления по ФГДС язвенного кровотечения нет, каллезная

язва, атрофический гастрит. Проба Грегерсена положительна.

**Задание:**

Какими синдромами обусловлены жалобы

Дальнейшая тактика?

**Задача №6**

.Больная Т. 24 лет находится на - стационарном • лечение по поводу маточного кровотечения. После остановки кровотечения в течении 12 суток предъявляет жалобы на слабость, головокружение, сердцебиение, одышку. Объективно у больной кожные покровы бледные, сухие. Лабораторные данные: гемоглобин-75г\л, ЦП-1, сывороточное железо-снижено, Ре-связывающая способность-повышена, тромбоциты-норма, лейкоциты-норма.

**Задание:**

Каким синдромом обусловлено данное состояние? Дальнейшая тактика?

**Задача №7**.

Больная К. 54 лет поступила в стационар в тяжелом состояние. У больной жалобы на выраженную слабость головокружение, обмороки, сердцебиение, одышку, сухость кожи, ломкость ногтей и волос, выпадение волос, изменение вкуса, пристрастие к употреблению в пищу мела.

Из анамнеза - больная состоит на учете в онкологическом диспансере по поводу рака желудка.

**Задание:**

Каким синдромом обусловлено данное состояние Дальнейшая тактика?

**Задача №8**

.Больная К. 54 лет находится в стационаре в тяжелом состояние. По показаниям было проведено переливание крови. После гемотрансфузии появились боли в пояснице, повысилась температура тела до 39,5, жалобы на выраженную слабость головокружение, сердцебиение, одышку. Из анамнеза - поллиноз, аллергия на шерсть кошек Объективно: кожные покровы бледные с желтушностью Лабораторные данные: гемоглобин-55г\л, прямой билирубин-85ммоль\л, ЦП-норма, тромбоциты-норма, лейкоциты-норма

**Задание:**

Каким синдромом обусловлено, данное, состояние?

Дальнейшая тактика?

**Задача №9.**

Больной Б. 54 лет поступил с жалобами на слабость, головокружение,

одышку, ломкость ногтей и волос, выпадение волос.

Лабораторные данные: гемоглобин-35г\л, ЦП-1, ретикулоциты, лейкоциты,

тромбоциты-снижены, сывороточное Ре повышено.

При лечении препаратами железа, витамином В12 эффекта нет.

**Задание:**

Какая анемия у данного больного?

Дальнейшая тактика?

**Задача№10**

Больная 40 лет. Жалобы на отсутствие аппетита, слабость, похудание. Больна около 6 месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, питание понижено. В левой надключичной области пальпируется плотный лимфоузел 0,5 х 0,5 см. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. Пульс 84 уд. в минуту, ритмичный. АД – 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нв – 33 г/л, эр.-1,7.10.12/л, цв.показ. – 0,97. лейкоциты – 9,8.10.12/л, э-1, п-6, с-62, л-15, м-6. Соэ-30 мм/час. Ретикулоциты –18 о/оо, тромбоциты –106.10.9/л. Анизоцитоз (++), пойкилоцитоз (++).

Железо сыворотки –10,5 ммоль/л. ЖСС-67%. Общий белок –65г/л, альбумины –35,5%. Глобулины – 64,5%. Реакция Грегерсена отрицательна.

**Задания:**

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. План обследования.

**Полученный результат** дополнительного обследования:

ЭГДС – рак желудка, подтвержденный биопсией.

**Задания:**

3. Подтвержденный диагноз.

4. Дальнейшая тактика.

**Задача № 11**

Больной 25 лет, студент, вскоре после противогриппозной вакцинации отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.
**Клинический** анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – 2,0х109/л, цветной показатель – 0,9 г, ретикулоциты – 40, тромбоциты – 215х10/л, лейкоциты – 15,0х10/л, в формуле палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 78%, лимфоциты – 10%, моноциты – 2%, СОЭ – 17 мм/ч. Общий билирубин – 60 мкмоль/л, прямой – 10 мкмоль/л, непрямой – 50 мкмоль/л, сывороточное железо – 20 мкмоль/л. Общий анализ мочи: белок – 0,002%, реакция на гемосидерин в моче – отрицательная. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2000/1 мл, эритроциты – 1000/1 мл. Проба Кумбса +++. Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга, эритрокариоциты – 57%, соотношение лейкоциты/эритроциты – 1/1.
**Задание**

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

**Задача № 12**

Мужчина, 45 лет, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, пониженную работоспособность. Отмечает частые кровотечения из носа, кровоточивость десен. При осмотре на коже единичные геморрагии. При проведении обследования выявлено: Нb 60 г/л, эр. 2х1012/л, ЦП 1, ретикулоциты 1%, лейк. 1,8х109/л, п/я 1%, с/я 14%, э. 3%, мон. 5%, лим. 76%, тр. 30х109/л, СОЭ 15 мм/ч, общий билирубин 8 мкмоль/л, селезенка и лимфоузлы не увеличены.

**Задание**

1. Ваш диагноз.
2. Дальнейшая тактика?

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Тема 10 Геморрагические диатезы.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

**1.**Определение понятия геморрагические диатезы. Этиология. Классификация.

2.Клинические общие признаки геморрагических диатезов, типы кровоточивости.

3.Методы исследования и программы обсле­дования при геморрагических диатезах

4.Гемофилии. Этиология. Патогенез. Клиниче­ская картина. Диагноз. Лечение. Профилактика.

5.Тромбоцитопеническая пурпура. Этиология. Патогенез. Клиниче­ская картина. Диагноз. Лечение. Профилактика.

6.Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Клиниче­ская картина. Диагноз. Лечение. Профилактика.

7.Геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю-Ослера). Этиология. Патогенез. Клиниче­ская картина. Диагноз. Лечение. Профилактика

**Тестовые задания**

1. Больная В., 35 лет, в течение нескольких лет отмечает спонтанно возникающие петехиально-геморрагические высыпания на теле и слизистых оболочках. Симптом щипка отрицательный. Количество тромбоцитов 196х109/л крови. Внутренний и внешний механизмы свертывания крови в пределах нормы. Определите вероятный диагноз:

а) гемофилия;

б) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура;

в) тромбоцитопатия;

г) геморрагический васкулит.

2. Больной С., 16 лет, с детства страдает кровоточивостью. Неоднократно были носовые кровотечения, гематомы после ушибов. Год назад были болезненные кровоизлияния в коленные и голеностопные суставы. При обследовании выявлено удлинение АЧТВ при нормальном времени кровотечения и нормальных показателях ПВ. Определите вероятный диагноз:

а) тромбоцитопатия;

б) гемофилия;

в) хроническая форма ДВС-синдрома;

г) геморрагический васкулит.

3. Тромбоцитопения потребления или разрушения развивается при всех состояниях, кроме:

а) иммунная тромбоцитопеническая пурпура;

б) ДВС-синдром;

в) системные аутоиммунные заболевании;

г) приобретенная гипоплазия костного мозга.

4. К сосудистым заболеваниям, протекающим с геморрагическими явлениями относят все, кроме:

а) болезнь Ослера-Рандю-Вебера;

б) болезнь Шенлейна-Геноха;

в) болезнь Виллебранда;

г) артериит Такаясу.

5. Основные виды патогенетической терапии аутоиммунной тромбоцитопении:

а) глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты, спленэктомия;

б) глюкокортикостероиды, антибиотики, спленэктомия;

в) иммуноглобулины, антибиотики, спленэктомия;

г) иммуноглобулины, иммунодепрессанты, гемостатики.

6. Для геморрагической телеангиэктазии (болезнь Ослера-Рандю-Вебера) характерно:

а) наследование по аутосомно-доминантному типу, отсутствие мышечного слоя в стенке сосудов, частые кровотечения из телеангиэктазий;

б) наследование по аутосомно-рецессивному типу, отсутствие мышечного слоя в стенке сосудов, частые кровотечения из телеангиэктазий;

в) наследование по аутосомно-доминантному типу, отсутствие внешней оболочки (адвентиции) стенки сосудов, гематомы;

г) наследование по аутосомно-рецессивному типу, отсутствие внешней оболочки (адвентиции) стенки сосудов, частые кровотечения из телеангиэктазий.

7. Нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза можно выявить:

а) при определении времени свертываемости;

б)при определении времени кровотечения;

в) при определении тромбинового времени;

г) при определении фибринолиза;

д) при определении плазминогена.

8. Лабораторно-диагностические признаки гемофилии:

а) снижение фибриногена;

б) удлинение времени кровотечения;

в) удлинение времени свертывания крови;

г) снижение протромбинового показателя;

д) нарушение ретракции кровяного сгустка.

9. Патологическое состояние, характеризующееся избыточным внутрисосудистым свертыванием крови, развитием коагулопатии потребления и нарушением функций отдельных органов – это:

а)ДВС-синдром

б) болезньРандю-Ослера

в)болезнь Маркиафавы Микели

1. Группа заболеваний, проявляющихся качественной неполноценностью тромбоцитов при сохранности их количества называется:
2. Тромбоцитопатии
3. Анемии
4. миелодиспластическом синдроме
5. Основным патогенетическим механизмом в развитии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры является
6. выработка аутоантитромбоцитарных антител
7. образование патологических иммунных комплексов
8. дефицит плазменных факторов свертывания
9. активация тканевого тромбопластина
10. Множественные травмы, обширные хирургические вмешательства, септические состояния, злокачественные опухоли могут быть причиной развития
11. ДВС-синдрома
12. геморрагического васкулита
13. гемолитической анемии
14. болезни Рандю-Ослера
15. Лекарственная тромбоцитопатия может быть связана с приемом
16. нестероидных противовоспалительных препаратов
17. антибиотиков широкого спектра действия
18. противовирусных препаратов
19. гипотензивных лекарственных средств
20. Болезнь Виллебранда проявляется
21. тромбоцитопатией
22. тромбозами и геморрагиями
23. васкулитно-пурпурной кровоточивостью
24. тромбоцитопенией
25. Больные в ремиссии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры должны
26. иметь нормальный режим труда и отдыха
27. исключить физические нагрузки, занятия спортом
28. избегать массовых скоплений людей
29. питаться с применением гипоаллергенных диет
30. Профилактика кровотечений при гемофилии проводится
31. путем регулярного введения расчетных доз препаратов факторов свертывания крови
32. введением нужного количества препаратов факторов свертывания в самом начале кровотечения
33. применением препаратов активированного седьмого фактора крови
34. ежедневным введением препаратов протромбинового комплекса
35. К наследственным геморрагическим диатезам относится
36. болезнь Виллебранда
37. ДВС синдром
38. болезнь Вальденстрема
39. болезнь Маркиафавы Микели
40. Геморрагический синдром при гемофилии а обусловлен дефицитом
41. VIII фактора
42. антитромбина III
43. протеина С
44. образования тромбоцитов
45. При гемофилии наблюдается повышение значения
46. АЧТВ
47. протеина
48. протеина С
49. плазминогена
50. Для больных гемофилией характерен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тип кровоточивости
51. гематомный
52. пятнисто-петехиальный
53. васкулитно-пурпурный
54. смешанный
55. Для тромбоцитопении характерным является \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тип кровоточивости
56. пятнисто-петехиальный
57. гематомный
58. васкулитно-пурпурный
59. ангиоматозный
60. При иммунной тромбоцитопенической пурпуре в костном мозге диагностируется
61. гиперплазия мегакариоцитарного ростка
62. повышенный процент плазматических клеток
63. угнетение мегакариоцитарного ростка
64. бластоз
65. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре
66. число мегакариоцитов в костном мозге увеличено
67. число мегакариоцитов в костном мозге снижено
68. не возникают кровоизлияния в мозг
69. характерно увеличение печени
70. Для диагностики гемофилии применяется определение
71. времени свертываемости
72. времени кровотечения
73. плазминогена
74. фибриногена
75. Для лечения тромбоцитопении целесообразно проведение спленэктомии при
76. идиопатической тромбоцитопенической пурпуре
77. миелодиспластическом синдроме
78. болезни Маркиафава
79. начальной стадии эритремии
80. Гематомный тип кровоточивости характерен для одного из следующих заболеваний
81. гемофилия
82. дефицит факторов протромбинового комплекса
83. тромбоцитопатия
84. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
85. Наиболее вероятным лабораторным показателем у больного геморрагическим синдромом, развившегося на фоне нарастающей желтухи, кожного зуда, обесцвеченного стула, является
86. удлинение протромбинового времени (снижение протромбинового индекса)
87. снижение концентрации фибриногена в крови
88. снижение концентрации VIII фактора
89. снижение количества тромбоцитов в крови

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, меноррагию, носовые кровотечения.

Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре.

Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы. В других органах и системах патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, лейкоциты - 6,5х109/л, эритроциты - 4,5х1012/л, тромбоциты - 50х109/л. Биохимический анализ крови без патологии. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - 4,5 мин.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Определите тип кровоточивости у данной больной.

3. Составьте последовательный план лечения этой пациентки.

**Задача 2.**

Больная С., 25 лет. В течение четырех дней беспокоят кашель с мокротой, насморк, температура до 38,2. Принимала парацетамол. На пятый день появились кровоизлияния на коже груди, конечностях, были повторные носовые кровотечения. Объективно: множественные петехиальные подкожные кровоизлияния. Положительный симптом щипка и жгута, в остальном без особенностей. В ОАК: Hb - 115 г/л, лейкоциты - 6,6х109/л, тромбоциты - 80х109/л.

Сформулируйте предположительный диагноз.

Какие ожидаются изменения в показателях свертывающей системы крови?

Лечебная тактика.

иммунодепрессанты.

**Задача 3.**

Больной К., 20 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 38,8 °С, геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность коленных и голеностопных суставов, болезненность при движении

Из истории заболевания известно, что 3 нед. назад заболел ОРВИ, лечился самостоятельно доксициклином и аспирином. На фоне приема лекарственных препаратов появилась мелкопятнистая сыпь на коже голеней, отечность коленных суставов, болезненность в них при движении. Вызванный из поликлиники врач-терапевт расценила симптомы как аллергическую реакцию на лекарственную терапию. Больному было рекомендовано прекратить прием противовоспалительных средств. Назначены антигистаминные препараты. Через 2-3 дня исчезли высыпания и отечность суставов, прекратилась артралгия. Неделю назад в связи с ринитом и субфебрильной температурой (37,2 °С) пациент самостоятельно возобновил прием аспирина. Однако состояние ухудшилось: повысилась температура тела до 38,8 °С, появились геморрагические высыпания на нижних конечностях, бедрах, ягодицах, отеки и болезненность в коленных и голеностопных суставах при движении, усилились головная боль, слабость. Через 2 дня после госпитализации внезапно появились схваткообразные боли в животе, тошнота, повторная рвота и диарея с кровью.

Объективно: состояние больного тяжелое, температура тела - 38 °С. Кожные покровы бледные, сухие. На коже разгибательных поверхностей стоп, голеней, бедер геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны. Острая схваткообразная боль в животе каждые 5-7 мин, во время которой больной мечется и стонет. В легких дыхание везикулярное, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, тахикардия - 100 в минуту, ритм правильный, АД - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при поверхностной пальпации болезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Стул до 15 раз в сутки с примесью крови, почти без каловых масс; повторная рвота цвета «кофейной гущи».

Клинический анализ крови: Hb - 90 г/л, лейкоциты - 12,6х109/л, палочкоядерные лейкоциты - 12 %, СОЭ - 34 мм/ч, тромбоциты - 180х109/л.

Клинический анализ мочи: относительная плотность - 1015, белок - 0,33 мг/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения. ВСК - норма. АЧТВ - норма. ВК - норма.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Определите тип кровоточивости у данного больного.

3. Какие провоцирующие факторы могли быть у больного.

4. Назначение какой группы препаратов показано в данной ситуации.

**Задача 4.**

Пациент К., 16 лет предъявляет жалобы на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах, а также появление обширных экхимозов после незначительных травм. Подобные жалобы есть и у родного брата. Объективно: температура 36,80С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах ‑ темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

При лабораторном обследовании обнаружено удлинение времени свёртывания крови до 30 минут, время кровотечения по Дьюку, протромбиновое время, количество тромбоцитов, содержание протромбина, фибриногена и антитромбина III в пределах нормы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Перечислите наиболее частые осложнения данного заболевания.

3. Определите лечебную тактику.

**Задача 5.**

Больная Д., 20 лет, поступила в клинику с профузным кровотечением из раны после удаления зуба, произведенного 5 часов назад. В анамнезе – частые носовые кровотечения, длительно не останавливающиеся кровотечения при поверхностных повреждениях кожных покровов, меноррагии.

Объективно: кожные покровы бледные, на ногах – петехиальные высыпания. ЧСС- 120 в мин; АД - 100/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабо­раторного исследования: Нb - 80 г/л, эритроциты - 3,6х1012/л; цветовой показатель 0,62; тромбоциты - 40х109/л. Многие тромбоциты имеют атипичную форму (грушевидную, хвостатую), срок их жизни сокращен до нескольких часов. Время свертывания крови - 8 мин, длительность кровотечения (проба Дьюка) -15 мин, симптом жгута (+), ретракция кровяного сгустка резко замедлена. В крови повышен титр IgG.

Сформулируйте предположительный диагноз. Каковы причины данного заболевания?

Укажите тип кровоточивости.

**Задача 6.**

Больной В., 30 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в суставах, мелкоточечные высыпания по всему телу, повышение температуры тела до 38ºС. Заболел 2 недели назад после ангины, по поводу которой не лечился и продолжал работать.

Объективно: голени и коленные суставы припухшие. На коже туловища, рук, ног мелкоточечные геморрагические высыпания, симметричные, несколько приподнимающиеся над поверхностью. В анализе крови СОЭ 40 мм/ч, в остальном без патологии. В общем анализе мочи – белок 1,15 г/л, множество эритроцитов.

Сформулируйте диагноз.

Составьте план лечения.

**Задача 7.**

Больной В., 25 лет, поступил в клинику с жалобами на головокружение, шум в ушах, жидкий дегтеобразный стул, боли в коленных суставах и припухлость в них. Болен с детства: периодически бывают носовые кровотечения, гематурия, боли в коленных и локтевых суставах. Родители клинически здоровы. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Коленные суставы увеличены в объеме, левый заметно напряжен. Систолический шум над всеми точками аускультации сердца.

Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

Составьте план обследования для уточнения диагноза.

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Модуль №*5 «Болезни органов дыхания»***

**Тема 11 Плевриты**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Плевриты: определение, этиология, патогенез, классификация;
2. Клинические проявления плевритов;
3. Основные подходы к диагностике и дифференциальной диагностике выпотов в плевральную полость: лабораторные, биохимические, инструментальные;
4. Дифференциальный диагноз между транссудатом и экссудатом.
5. Алгоритм дифференциально-диагностического поиска при выпотах в плевральную полость различного генеза.
6. Лечение выпотов в плевральную полость: принципы медикаментозной терапии, плевральные пункции, хирургическое лечение.

**Тестовые задания**

1. Признаки наличия плеврального выпота:
2. укорочение легочного тона
3. ослабление голосового дрожания
4. ослабление дыхания
5. все перечисленное
6. Какая локализация плеврального выпота чаще встречается при застойных выпотах:
7. двухсторонняя
8. правосторонняя
9. левосторонняя
10. нет закономерности
11. Если при R-логическом исследовании выявлено смещение средостения в сторону выпота то это указывает на поражение какого легкого:
12. где выпот
13. где нет выпота
14. с двух сторон
15. нельзя предположить
16. Где может осумковаться жидкость:
17. в базальных отделах
18. в междолевых щелях
19. в любом месте между листками плевры
20. в любом месте между висцеральной и париетальной плеврой и в междолевых щелях
21. Какое количество эозинофилов в плевральном выпоте достаточно для диагностики эозинофильного выпота:
22. 1-2 %
23. 2-3 %
24. 4-5 %
25. 10% и более
26. При каком проценте лимфоцитов в плевральном выпоте можно предположить наличие у больного туберкулеза или злокачественного заболевания:
27. менее 10 %
28. 10-20 %
29. 30-40 %
30. 50 и более %
31. Выявление, каких клеток в плевральной жидкости не имеет диагностического значения:
32. нейтрофилов, плазматических клеток
33. макрофагов, базофилов, плазматических клеток
34. мезотелиальных клеток, нейтрофилов
35. эритроцитов, лимфоцитов
36. В плевральном выпоте выявлено большое количество мезотелиальных клеток. Для каких заболеваний это характерно:
37. пневмония, туберкулез
38. заболевания соединительной ткани, глистных инвазиях
39. инфаркт легкого, сердечная или почечная недостаточность
40. грибковых заболеваниях, опухолях
41. Какие виды биопсии проводят больным с целью диагностики:
42. торакоскопическую
43. операционную
44. пункционную
45. все выше перечисленные
46. Что способствует появлению горизонтального уровня жидкости при плевральном выпоте:
47. образовалось большое количество жидкости
48. проникновение воздуха в плевральную полость
49. положение больного при исследовании
50. жидкость в плевральной полости убавляется
51. О чем говорит преобладания в клеточном составе плевральной жидкости мононуклеозов?
52. туберкулез
53. уменьшение количества жидкости в плевральной полости
54. увеличение количества жидкости в плевральной полости
55. стабильное количество плевральной жидкости
56. При преобладании полиморфоядерных лейкоцитов в плевральной полости, о чем можно сделать заключение?
57. острый процесс
58. ТЭЛА
59. вирусные инфекции, туберкулез
60. все перечисленное в п.1,2,3.
61. При каких состояниях количество белка в плевральной жидкости при транссудатах в динамике увеличивается?
62. при длительном нахождении жидкости в плевральной полости
63. туберкулез
64. пневмония
65. застойная сердечная недостаточность
66. Висцеральная плевра покрывает:
67. внутреннюю поверхность грудной клетки
68. паренхиму легких в местах прилегания к грудной стенке, диафрагме, средостению, междолевым щелям
69. паренхиму легких в местах прилегания к средостению
70. паренхиму легких в местах прилегания к грудной стенке
71. Выраженный геморрагический характер плевральной жидкости обычно встречается, при каких заболеваниях?
72. туберкулез, пневмония, грибковая инфекция
73. злокачественные новообразования, ТЭЛА с инфарктом легкого
74. микседема, застойная сердечная недостаточность
75. нефротический синдром, грибковая инфекция, ревматоидный артрит
76. Какие особенности выявляются в плевральном выпоте при ТЭЛА?
77. плевральный выпот при ТЭЛА не имеет характерных особенностей
78. увеличивается содержание гиалуроновой кислоты
79. уменьшается количество глюкозы
80. увеличено количество белка
81. Перкуторно плевральный экссудат определяется при его объеме не менее\_\_\_\_\_\_мл
82. 500
83. 100
84. 50
85. 1000
86. Аускультативным признаком выпота в плевральную полость является
87. резкое ослабление дыхания
88. амфорическое дыхание
89. крепитация
90. шум трения плевры
91. При подозрении на осумкованный плеврит перед плевральной пункцией нужно провести
92. УЗИ
93. бронхоскопию
94. рентгеноскопию
95. микроскопию мокроты
96. При физикальном обследовании больного наличие плеврального выпота может проявляться
97. ослаблением голосового дрожания
98. усилением бронхофонии
99. сухими хрипами
100. усилением голосового дрожания

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Больной 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38° последнюю неделю, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гнойной мокротой. Самостоятельно принимал ампициллин. При R- графии грудной клетки выявлен левосторонний плевральный выпот. При пункции получен сливкообразный густой гной с гнилостным запахом.

 1.Предположительный диагноз?

 2.Тактика дальнейшего ведения больного.

**Задача №2**

 Больной 38 лет жалуется на повышение температуры тела до 38°, тяжесть в правой половине грудной клетке, одышку при обычной физической нагрузке, редкий сухой кашель, головокружение. Десять дней отмечал слабость, недомогание, только последние два дня появились указанные выше жалобы.

 При осмотре больного правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание в нижней половине грудной клетки справа ослаблено.

 При перкуссии в задне-нижнем отделе правой половины грудной клетки притупление. Подвижность нижнего края правого легкого не определяется. При аускультации здесь резко ослаблено дыхание. Голосовое дыхание не определяется.

 При R- графии грудной клетки определяется гомогенное затемнение справа до IV ребра.

 ОА крови лейкоцитов 20х10 л. СОЭ 22 мм/час

 1. Ближайшая тактика ведения больного.

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

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

**Задача №3**

 У больного 35 лет при R- графии грудной клетки, слева выявлено веретенообразное затемнение по ходу междолевой плевры, на фоне относительного благополучия.

 1. Какая предположительно этиология плеврального выпота?

 2. Показано ли диагностическая пункция плевральной полости и если показано, то кто должен ее проводить?

**Задача №4**

 У больного с пороками сердца массивными отеками нижних конечностей, явлениями асцита появились признаки накопления небольшого количества жидкости в плевральных полостях.

 1. Решите вопрос о показаниях к проведению диагностической пункции.

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Тема 12Легочное сердце. Защита истории болезни.**

**Формы текущего контроля успеваемости** *- тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач,представление реферата, демонстрация практических навыков,собеседование по учебной истории болезни.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Легочное сердце (ЛС) – определение, историческая справка
2. Классификация ЛС
3. Этиология ЛС, Основные звенья патогенеза
4. Клиническая картина: острого, подострого, хронического, декомпенсированного ЛС
5. Информативность современных методов исследования в диагностике ЛС
6. Понятие о пер­вичной (идиопатической) легочной гипертонии.
7. Гипертония малого круга кровообращения при тромбоэмболии легочной артерии, инфаркте легкого. Патогенез гемодинамических расстройств. Лечение тромбоэмболии легочной артерии (антикоагулянты, тромболитики).
8. Принципы лечения больных легочным сердцем: лечение основного заболевания, восстановление нарушенной вентиляции легких, снижение легочной гипертензии, ликвидация правожелудочковой недостаточности. Основные группы препаратов. Первичная и вторичная профилактика)

**Тестовые задания**

**1. Назовите клинические признаки декомпенсированного ХЛС:**

а. Диффузный цианоз.

б. Периферические отеки.

в. Положительный венный пульс.

г. Снижение венозного давления.

д. Систолический шум на верхушке сердца.

**2. Выберите верные утверждения относительно легочной гипертонии:**

а. Часто развивается у больных ХОБЛ.

б. Наиболее информативным методом диагностики служит рентгенологическое исследование грудной клетки.

в. Основной патогенетический механизм - альвеолярная гипоксия. Основной клинический признак - набухание шейных вен на вдохе.

г. Все вышеперечисленные утверждения верны.

3. **При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у больных с ХЛС выявляют:**

а. Увеличение конуса легочной артерии.

б. Аортальную конфигурацию сердца.

в. Митральную конфигурацию сердца.

г. Линии Керли.

д. Все вышеперечисленное.

4. **В формировании легочной гипертензии у больных ХОБЛ принимают участие:**

а. Спазм легочных артериол.

б. Полицитемия.

в. Декомпенсация правого желудочка.

г. Вазоактивные вещества, блокирующие синтез оксида азота. Д. Лечение ингаляционными кортикостероидами.

5. **Назовите клинические признаки гипертрофии правого желудочка:**

а. Расширение границ сердца вправо.

б. Акроцианоз.

в. Эпигастральная пульсация.

г. Пульсация печени.

д. Систолический шум у мечевидного отростка.

6. **Для постановки диагноза «хроническое легочное сердце» необходимо наличие всего нижеперечисленного, кроме:**

а. Наличия у больного хронического легочного заболевания.

б. Выявления легочной гипертензии при ЭхоКГ.

в. Дефекта МЖП.

г. ЭКГ-признаков гипертрофии правого желудочка. Д. Наличия высоких остроконечных зубцов Р во II и III стандартных отведениях.

7. **В прогрессировании легочной гипертензии у больных ХОБЛ имеет значение:**

а. Лечение ингаляционными кортикостероидами в сочетании с длительно действующими а-блокаторами.

б. Повторные обострения бронхолегочной инфекции.

в. Тромбоз мелких ветвей легочной артерии.

г. Повышение внутригрудного давления.

д. Вторичный эритроцитоз.

8. **Лечение пациента с хроническим декомпенсированным легочным сердцем включает**:

а. Диуретики.

б. Ингибиторы АПФ.

в. Сердечные гликозиды.

г. Антагонисты альдостерона.

д. Антагонисты кальция.

9. **В клиническом анализе крови у пациентов с ХЛС обнаруживают:**

а. Тромбоцитоз.

б. Эритроцитоз

в. Лейкоцитоз.

г. Повышение СОЭ.

д. Увеличение содержания гемоглобина.

10. **Выберите неверные утверждения:**

а. Гипертрофия правого желудочка приводит к повышению давления в легочной артерии.

б. Уменьшение содержания углекислого газа в альвеолярном воздухе приводит к повышению тонуса мелких артерий и артериол легких.

в. ХЛС никогда не развивается при рестриктивных заболеваниях легких.

г. Частое осложнение ХЛС - мерцание предсердий.

д. Все утверждения неверны.

11. **Какие лекарственные препараты снижают давление в легочной артерии?**

а. Нитроглицерин.

б. Теофиллин.

в. Дигоксин.

г. Верапамил.

д. Ипратропиума бромид.

12.**Причинами декомпенсации ХЛС у больных ХОБЛ могут быть все нижеперечисленные, кроме:**

а. Инфекционных обострений ХОБЛ.

б. Неинфекционных обострений ХОБЛ.

в. Тромбоэмболии ветвей легочной артерии.

г. Назначения препаратов теофиллина.

д. Пароксизмов фибрилляции предсердий.

13.**Причиной развития ХЛС может быть:**

а. Вентильный пневмоторакс.

б. Ожирение.

в. Рецидивирующая тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии.

г. Бронхиальная астма, леченная ингаляционными кортикостероидами.

д. Кифосколиоз.

14.**ЭхоКГ-признаками ХЛС являются все нижеперечисленные, кроме:**

а. Толщина передней стенки правого желудочка превышает 0,5 см.

б. Конечный диастолический размер правого желудочка более 2,5 см.

в. Митральная регургитация.

г. Трикуспидальная регургитация.

д. Дилатация правого предсердия.

15.**Назовите характерные электрокардиографические признаки ХЛС:**

а. Амплитуды SV1 + RV5 более 38 мм.

б. Отклонение ЭОС вправо.

в. Полная или неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

г. Высокий зубец Р во II и III стандартных отведениях.

д. Широкий зубец Р в I и II стандартных отведениях.

16.**Аускультативная картина ХЛС включает в себя:**

а. Мягкий систолический шум на верхушке.

б. Систолический шум над мечевидным отростком.

в. Ослабление I тона в проекции трехстворчатого клапана.

г. Акцент II тона над легочной артерией.

д. Дополнительный тон на верхушке.

17.**У 62-летнего больного, страдающего ХОБЛ, хронической дыхательной недостаточностью, вторичным эритроцитозом, декомпенсированным легочным сердцем, развился сильный приступ загрудинных болей. Объективно: выраженный акроцианоз, число дыханий - 18 в минуту, ЧСС - 100 в минуту, АД - 120/80 мм рт.ст. До снятия ЭКГ необходимо купировать болевой приступ. Назначение какого препарата следует считать ошибочным?**

а. Нитроглицерин под язык.

б. Морфин подкожно.

в. Анальгин внутривенно.

г. Новокаин внутривенно.

д. Гепарин внутривенно.

18.**Для больных с хроническим декомпенсированным легочным сердцем характерно**:

а. Повышение системного АД.

б. Повышение центрального венозного давления.

в. Тахикардия.

г. Брадикардия.

д. Снижение пульсового давления.

**Ситуационные задачи**

**Задача №**1. Больной Д., 54 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, общую слабость. Из *анамнеза*заболевания известно: считает себя больным в течение 1,5 мес, когда на фоне ОРВИ у больного усилился кашель с выделением мокроты гнойного характера, появилось «свистящее» дыхание, сохранялся субфебрилитет, что больной расценил как обострение хронического бронхита курильщика. В результате проведенной антибиотикотерапии температура нормализовалась, однако продолжал беспокоить кашель. Пациент отметил снижение толерантности к физической нагрузке, а также увеличение отеков нижних конечностей. *Данные объективного осмотра.*При аускультации сердца выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины и акцент II тона над легочным стволом. ЧСС - 102 в минуту, АД - 140/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. Плотные отеки стоп, голеней

|  |
| --- |
|  |

*Клинический анализ крови:*эритроциты - 6,0х1011/л, Hb - 170 г/л, лейкоциты - 12,2х109/л, палочкоядерные лейкоциты - 10 %, СОЭ - 7 мм/ч.*Электрокардиография:*синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, высокий остроконечный *P*во II, III, avF отведениях, преобладающий *R*в V1, V2, глубокий*S*в левых грудных отведениях. *Данные эхокардиографического исследования:*аорта в восходящем отделе - 35 мм в диаметре. Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 9 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 9 мм. ФВ левого желудочка - 62 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Ствол легочной артерии дилатирован. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 52 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 51 мм в диаметре, по вертикали - 55 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 12 мм.При допплерографии определяется митральная и легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 38,5 мм рт.ст.).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дайте оценку полученным результатам объективного обследования больного.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения больного

|  |
| --- |
|  |

**Задача №**2. Пациент Л., 37 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на сильную прибавку в весе в течение 7 лет, утомляемость, выраженную сонливость, эпизоды внезапного засыпания, храп восне, одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при физической нагрузке. *Объективный осмотр.*Рост - 173 см. Вес - 110 кг. Кифоз грудного отдела. Отеки стоп, голеней. Теплый диффузный цианоз. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 19 в минуту. Тоны сердца ритмичны, глухие, ЧСС - 96 в минуту. АД - 140/88 мм рт.ст.

*Общий анализ крови:*Hb - 174 г/л, лейкоциты - 5,5 х109/л, эритроциты - 6,7х1011/л, тромбоциты - 350 000. СОЭ - 4 мм/ч. Увеличение протромбиновой активности плазмы, снижение фибринолитической активности плазмы, усиление адгезии тромбоцитов. *Исследование газов крови:*PO2 - 92 мм рт.ст., PCO2 - 46 мм рт.ст. *Рентгенография органов грудной клетки:*высокое стояние диафрагмы, обеднение сосудистого рисунка. Относительное увеличение дуги ПЖ в левом косом положении. Дилатация общего ствола ЛА в правом косом положении. В боковой проекции определяется усиленный кифоз грудного отдела позвоночника. Исследование функции внешнего дыхания: ЖЕЛ снижена, ФЖЕЛ1 снижена, индекс Тифно - выше 70 %.На *электрокардиограмме:*синусовая тахикардия, отклонение ЭОС резко вправо, блокада левой задней ветви пучка Гиса, блокада правой ножки пучка Гиса. Амплитуды RV1 + SV5 - более 10,5. Слабоотрицательные зубцы *Т*в V1-V2.*ЭхоКГ.*Левые отделы сердца не расширены. Левое предсердие - 36 мм в диаметре, левый желудочек - 45 мм в диаметре. Толщина межжелудочковой перегородки - 12 мм, толщина задней стенки левого желудочка - 13 мм. ФВ левого желудочка - 60 %. Створки аортального, митрального и легочного клапанов не изменены, подвижность створок не ограничена. Правые отделы сердца расширены. Правый желудочек - 54 мм в диаметре, правое предсердие: по горизонтали - 49 мм в диаметре, по вертикали - 53 мм в диаметре. Толщина стенки правого желудочка - 10 мм.При *допплерографии*определяется легочная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация II степени и легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии - 42,8 мм рт.ст.).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез нарушения дыхания при ожирении.
3. Оцените результаты дополнительных методов исследования больного.
4. Составьте план лечения данного больного.

**Практические задания для проверки практических навыков**

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

**Учебная История болезни,** конкретного курируемого больного, выполненная студентом в течение цикла.

**«Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся».**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **Критерии оценки практической части** |
| **Проверка практической части** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если - студент ежедневно курирует больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины (при обосновании клинического диагноза и проведении дифференциального диагноза правильно интерпретирует жалобы больного, анамнез, данные объективного осмотра, клинико-лабораторные и инструментальные показатели, правильно назначает лечение, заполняет учебную историю болезни). |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – студент ежедневно курирует тематического больного, освоил полностью практические навыки и умения, предусмотренные рабочей программой дисциплины, однако допускает некоторые неточности.  |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - студент нерегулярно курирует больного, студент владеет лишь некоторыми практическими навыками и умениями.  |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - студент менее 4 раз посетил курируемого больно, практические навыки и умения выполняет с грубыми ошибками.  |
| **Защита истории болезни** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если учебная история болезни оформленав назначенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений, грамматических и стилистических ошибок;показано всестороннее и глубокое знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;показано умение проводить дифференциальную диагности­ку с учетом основного синдрома у конкретного больного;умело составлен план обследования и лечения по основной и сопутствующей патологии у представленного больного;полно представлена и усвоена основная литература и знаком с дополнительной, рекомендованной программой;проявлены творческие способности в понимании, изложении и применении учебного материала в конкретном клиническом случае;нет существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если – учебная история болезни оформлена в положенный срок и в полном соответствии с требуемым образцом, без исправлений по тексту, грамматических и стилистических ошибок;показано полное знание внутренних болезней (основных классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;показано умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;умело составлен план обследования и лечения по основной патологии у представленного больного;усвоена современная основная литература;имеются отдельные непринципиальные замечания по написанию и оформлению истории болезни. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется еслиучебная история болезни оформлена в положенный срок, не полностью соответствует необходимому образцу, с исправлениями и ошибками;Показаны неполные знания основных разделов внутренних болезней (классификаций, диагностических критериев заболеваний) по представленному клиническому случаю;показано неполное умение проводить дифференциальную диагностику с учетом основного синдрома у конкретного больного;составленные план об­следования и лечения по основной патологии у представленного больного не полные;ознакомлен с основной литературой;имеются существенные принципиальные замечания по написанию и оформлению исто­рии болезни. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если - учебная история болезни студентом оформлена, но не полностью соответствует необходимому образцу, с исправлениями и ошибками;*д*опущены принципиальные ошибки в постановке и оформлении клинического диагноза;показаны очень слабые, поверхностные знания внутренних болезней по представленному больному;не правильно и не умело проведена дифференциальная диагностика по основному синдрому у конкретного больного;план обследования и лечения составлен неправильно, неумело.;показано незнание групп препаратов, используемых у данного больного и механизмы их действия;использована устаревшая основная литература или не указана вовсе;много принципиальных существенных замечаний по написанию и оформлению истории болезни. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится

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

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

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

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

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

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

**0-2 балла**Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Ишемическая болезнь сердца. Социальное значение и эпидемиология. Классификация. Понятие о факторах риска. Первичная профилактика.
2. Стенокардия. Определение понятия. Этиология. Классификация. Патогенез болевого синдрома при различных вариантах. Клиника. Методы инструментальной диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.
3. Инфаркт миокарда. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические варианты течения острого периода. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная терапия острого периода. Реабилитация больных инфарктом миокарда.
4. Осложнения инфаркта миокарда, их класси­фикация. Диагностика и лечение осложнений острого периода.
5. Кардиогенный шок при инфаркте миокарда. Патогенез. Классификация. Лечение.
6. Эссенциальная артериальная гипертензия (Гипертоническая болезнь). Эпидемиология. Социальное значение проблемы. Этиология. Патогенез. Современная классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
7. Гипертонические кризы - классификация, клиника, неотложная помощь.
8. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация. Факторы развития. Схема обследования при артериальной гипертензии. Дифференциальная диагностика. Основные подходы клечению. Особенности терапии при отдельных видах симптоматических гипертензии.
9. Нарушения ритма сердца (экстрасистолия, фибрилляция предсердий, пароксизмальные тахикардии, сердечные блокады). Этиология. Общие механизмы развития аритмий. Классификация. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Неотложная помощь.
10. Острая сердечная недостаточность. Этиология. Характер нарушений гемодинамики. Клиника. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. Профилактика.
11. Инфекционный эндокардит. Этиология и патогенез. Способствующие факторы. Патологическая анатомия. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика.
12. Хроническая сердечная недостаточность. Этиологические факторы. Современные представления о патогенезе. Классификация (стадии, функциональные классы, гемодинамические варианты). Клиника. Методы диагностики.
13. Лечение хронической сердечной недостаточности. Режим. Диета. Медикаментозная терапия. Основные группы препаратов, используемых для лечения. Физическая реабилитация. Прогноз. Профилактика.
14. Приобретенные митральные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
15. Приобретенные аортальные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
16. Пороки трехстворчатого клапана. Этиология. Патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
17. Перикардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины Приразломных вариантах. Методы инструментальной диагностики. Лечение с учетом этиологических факторов. Показания к хирургическому лечению.
18. Миокардиты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Варианты течения. Осложнения. Диагностика (роль инструментальных и лабораторных методов в диагностике). Основ­ные принципы лечения. Профилактика.
19. Врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, коарктация аорты). Этиология. Значение патологической наследственности и инфекционных заболеваний матери. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
20. Функциональная диагностика в кардиологии.
21. Ревматизм. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение.
22. Профилактика ревматизма, ее виды.
23. Ревматический кардит (эндомиокардит, перикардит). Патанатомия, клиника, лечение.
24. Ревматоидный артрит. Определение понятия. Эпидемиология. Этиология и патогенез.
Классификация. Особенности клинической картины при различных вариантах течения. Критерии диагностики. Лечение. Понятие о базисной терапии.
25. Системная красная волчанка. Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Критерии диагностики, лабораторные изменения. Лечение, прогноз и профилактика.
26. Внебольничные пневмонии. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Основные клинические проявления. Осложнения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
27. Госпитальная пневмония. Этиология и условия возникновения. Особенности течения. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
28. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Понятие о базисной терапии. Первичная и вторичная профилактика.
29. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Современная классификация бронхиальной астмы. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
30. Приступ бронхиальной астмы. Причины возникновения.. Купирование приступа бронхиальной астмы.
31. Астматический статус. Причины его формирования. Классификация. Лечение.
32. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Патогенез. Диагностика. Основные клинические проявления. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика.
33. Плевриты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Значение исследования характера экссудата. Диагностическая и лечебная плевральная пункция. Лечение.
34. Легочное сердце. Этиология и патогенез. Характер гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение.
35. Кровохарканье и легочное кровотечение. Причины возникновения. Неотложная помощь.
36. Бронхообструктивные состояния. Дифференциальная диагностика. Неотложная терапия.
37. Спонтанный пневмоторакс. Причины возникновения. Диагностика. Неотложная помощь.
38. Функциональная диагностика в пульмонологии.
39. Дыхательная недостаточность. Причины развития. Классификация. Диагностика.
40. Хронический гастрит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина при различных формах гастрита. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
41. Язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки. Этиология и патогенез. Факторы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Методы лечения. Показания к хирургическому лечению. Неотложная терапия при желудочном кровотечении. Профилактика.
42. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Первичные и вторичные панкреатиты. Клиническая картина. Методы инструментальной и лабораторной диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
43. Хронические холециститы и холангиты. Этиология и патогенез. Значение инфекции, нарушений моторики, холелитиаза. Клиника. Диагностика. Лечение.
44. Хронический гепатит. Этиология. Патогенез. Роль персистенции вируса. Морфология. Классификация. Основные клинические синдромы. Дифференциальный диагноз. Лечение.
45. Циррозы печени. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение. Методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез). Профилактика.
46. Воспалительные заболевания кишечника (Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона). Этиология и патогенез. Дифференциальный диагноз. Лечение.
47. Органические и функциональные заболевания пищевода. Рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Дифференциальный диагноз с раком пищевода.
48. Дифференциальный диагноз желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии.
49. Дифференциальная диагностика при гепатолиенальном синдроме.
50. Функциональная диагностика в гепатологии.
51. Функциональная диагностика при болезнях желудка.
52. Гломерулонефриты. Этиология и патогенез. Классификация. Основные
клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
53. Хронический пиелонефрит. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Методы исследования и диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
54. Нефротический синдром. Этиология и патогенез первичных и вторичных форм нефротического синдрома. Основные клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
55. Острая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Неотложная терапия.
56. Хроническая почечная недостаточность. Причины развития. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Различные методы лечения.
57. Дифференциальная диагностика отечного синдрома.
58. Функциональная диагностика в нефрологии.
59. Острые лейкозы. Классификация острых лейкозов. Этиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Лабораторно-морфологическая диагностика. Дифференциальный диагноз. Терапия отдельных вариантов заболевания. Прогноз.
60. Хронический лимфолейкоз. Этиологические факторы. Клиническая картина. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
61. Хронический миелолейкоз. Этиология и патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Бластный криз. Диагностика. Лечение. Прогноз.
62. Железодефицитная анемия. Классификация. Этиологические факторы. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
63. В12-(фолиево)-дефицитные анемии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
Диагностика. Лечение и профилактика.
64. Гемолитические анемии. Этиология и патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
65. Гипо- и апластические анемии. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
66. Геморрагические диатезы. Классификация геморрагических состояний. Общиеклинические признаки, типы кровоточивости. Методы исследования. Дифференциальный диагноз различных геморрагических состояний. Принципы лечения.
67. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
68. Агранулоцитоз. Этиология. Клиника. Лечение и профилактика.
69. Парапротеинемические гемобластозы. Основные формы. Клинические проявления миеломной болезни. Лечение.
70. Внезапная смерть. Факторы развития. Реанимационные мероприятия. Профилактика.
71. Анафилактический шок и его лечение.
72. Дифференциальная диагностика наиболее часто встречающихся коматозных состояний (комы присахаренном диабете, уремическая, печеночная комы).
73. Понятие о первичной и вторичной профилактике. Цель и методы их проведения.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

1.Интерпретация Лабораторных анализов (крови, мочи, мокроты, кала, биохимических анализов крови, дуоденального зондирования), ЭКГ, протоколов УЗИ внутренних органов, Рентгенограмм. (№№1.1 -1.39).

2.Защита Учебной истории болезни курируемого больного

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра госпитальной терапии им. Р.Г. Межебовского

Специальность: 31.05.02 «Педиатрия»

Дисциплина: Госпитальная терапия

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №11

I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА

II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1. Ишемическая болезнь сердца. Социальное значение и эпидемиология. Классификация. Понятие о факторах риска, возможности первичной профилактики ИБС.
2. Астматический статус. Причины его формирования. Классификация. Лечение.

III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1. Лабораторный анализ №1

Зав. кафедрой госпитальной терапии

им. Р.Г.Межебовского,

д.м.н., профессор Р.А.Либис

Декан педиатрического факультета,

д.м.н. Е.А.Кремлева

 «21»марта 2018г.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1. ОК | ОК-1способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать определения, клинические классификации, характерные симптомы и синдромы заболеваний внутренних органов, дополнительные методы исследования, критерии диагностики и медикаментозную терапию, необходимые при их сопоставлении и синтезе для формирования и обоснования клинического диагноза, проведения дифференциального диагноза и выбора дифференцированного лечения терапевтического больного | вопросы №1-73 |
| Уметь применить абстрактное мышление: выявить и проанализировать у пациентов с терапевтическими заболеваниями клинические симптомы и синдромы заболевания, назначить и оценить данные дополнительных методов исследования; провести сопоставление и синтез полученной информации при формировании и обосновании клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза и выборе дифференцированного лечения. | практические задания № 1.1-1.39, 2 |
| Владеть навыками выявления и анализа у пациентов с терапевтическими заболеваниями клинических симптомов и синдромов заболеваний, назначения и оценки дополнительных методов исследования, проведения сопоставления и синтеза полученной информации при формировании и обосновании клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза и выборе дифференцированного лечения. | практические задания № 1.1-1.39, 2 |
| 2. ПК | ПК-5готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Знать особенности жалоб, анамнеза, клинические проявления, данные результатов лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | вопросы №1-73 |
| Уметь собрать и провести анализ жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов клинического обследования, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания. | практические задания № 1.1-1.39, 2 |
| Владеть навыками получения исчерпывающей информации от больного, анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, применения объективных методов клинического обследования, выявлением общих и специфических признаков заболевания, оценкой тяжести состояния пациента, анализа результатов лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания. | практические задания № 1.1-1.39, 2 |
| ПК-6 способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. | Знать основные патологические состояния, клинические симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, лабораторные, инструментальные и другие методы их раннего выявления | вопросы № 1-73 |
| Уметь составить план обследования, интерпретировать полученные данные обследований, диагностировать симптомы и синдромы основных терапевтических заболеваний, их осложнения, проводить дифференциальный диагноз, оценивать тяжесть заболевания и прогноз | практические задания № 1.1-1.39, 2 |
| Владеть навыками диагностики основных заболеваний внутренних органов, навыками формулировки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем и клиническими классификациями; | практические задания № 1.1-1.39, 2 |
| ПК-8 способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами | Знать теоретические основы и принципы ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами заболеваний терапевтического профиля | вопросы №1-73 |
| Уметь определять тактику ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями терапевтического профиля, определять показания для медикаментозной и немедикаментозной терапии, определять показания для госпитализации | практические задания №2 |
| Владеть навыками ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями терапевтического профиля, определения показаний для медикаментозной и немедикаментозной терапии, определения показаний для госпитализации | практические задания № 2 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусных баллов обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (максимально 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех оценок, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы:

* **текущего контроля** успеваемости обучающихся, рассчитываемый как среднее арифметическое значение баллов, полученных на практических занятиях по каждому модулю. По каждому занятию предусмотрено от 1 до 3-х оценок, за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно: **(**входной контроль; устный опрос, решение ситуационных задач; контроль проведения самостоятельной работы студентов с больными в палатах, овладения ими практических умений и навыков, проведения анализа данных клинического обследования и дополнительных методов исследования для обоснования диагноза и проведения дифференциального диагноза, назначения лечения, подготовки рефератов, оформления историй болезни / клиникофармакологической карты);
* **рубежного контроля** успеваемости обучающихся по дисциплины (защита истории болезни), за который обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно.

По дисциплине «госпитальная терапия» - 2 контрольные точки: 1 – контрольная точка текущего контроля и 1 – рубежный контроль (учебная история болезни).

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек) к количеству этих оценок.

При пропуске практического занятия вместо оценки выставляется «0» баллов. Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг (при его значении менее 2,5 баллов) по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры. После достижения рейтинга 2,5 и более баллов каждую неудовлетворительную оценку можно повысить только один раз.

В случае повышения рейтинга при пропуске занятия по уважительной причине в учебный журнал выставляется фактический полученный балл, в остальных случаях максимальный балл, выставляемый в учебный журнал, не может превышать 3,0 баллов.

Текущий стандартизированный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 1 до 70 и вычисляется по формуле 1:

 **Ртс = (Ртф \* 70) / макс (Ртф) (1)**

где,

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Ртф – текущий фактический рейтинг;

макс (Ртф) – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине.

**4.2. Правила получения бонусных баллов обучающимся**

Бонусные баллы определяются в диапазоне от 0 до 5 баллов. Критериями получения бонусных баллов являются:

• посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине);

• результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.

**4.3. Правила формирования экзаменационного рейтинга обучающегося**

Экзаменационный рейтинг формируется из суммы баллов, полученных за каждый экзаменационный этап: тестовые задания + интерпретация результатов обследования + ответы на теоретические вопросы (оценивается каждый вопрос по отдельности) представлена в таблице 1.

**Таблица 1.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Экзаменационный этап** | **Баллы** | **Вид контроля** |
| Тестовые задания | 0 | Менее 65% |
| 5 | 65 – 74,99% |
| 10 | 75 – 89,99% |
| 15 | 90 – 100% |
| Интерпретация результатов обследования  | 0 | Не правильный ответ |
| 1 | правильный ответ без интерпретации изменений или правильная интерпретация без оглашения правильного ответа |
| 2 | правильный ответ с недостаточной интерпретацией изменений |
| 3 | правильный ответ с полной интерпретацией изменений, который не требует дополнительных пояснений |
| Ответ на вопрос | 0 | отказ от ответа, молчание, незнание вопроса; |
| 1 | материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по вопросу, не раскрываются причинно-следственные связи между явлением и событием, ответы на дополнительные вопросы отсутствуют; |
| 2 | допускаются нарушения в последовательности изложения, имеются упоминания об отдельных базовых аспектах, неполное раскрытие причинно-следственной связи между явлениями и событиями, демонстрируются поверхностные знания вопроса; |
| 3 | ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно, но неполное раскрытие причинно-следственной связи между явлениями и событиями, демонстрируются поверхностные знания вопроса; |
| 4 | ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно, но в недостаточном объеме, материал излагается уверенно, раскрыта причинно-следственная связь между явлением и событием; |
| 5 | ответ на поставленный вопрос излагается логично, последовательно, но требует дополнительных пояснений, полно раскрыта причинно-следственная связь между явлением и событием. |
| 6 | ответ на поставленный вопрос излагается логично, последовательно и не требует дополнительных пояснений, полно раскрыта причинно-следственная связь между явлением и событием, демонстрируется глубокое знание вопроса. |

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

**Таблица 2.**

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

В случае получения обучающимся экзаменационного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

**Порядок расчета дисциплинарного рейтинга**

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного рейтинга (Рэ) по формуле 2:

**Рд = Ртс + (Бб) + Рэ (2)**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Бб – бонусный балл;

Рэ – экзаменационный рейтинг.

При успешном прохождении обучающимся промежуточной аттестации по дисциплине осуществляется перевод полученного дисциплинарного рейтинга в пятибалльную систему в соответствии с таблицей 3.

**Таблица 3.**

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный** **рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине** |
| экзамен |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) |

Дисциплинарный рейтинг при проведении повторной промежуточной аттестации рассчитывается на основании экзаменационного рейтинга без учета текущего стандартизированного рейтинга в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся».