ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО НГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

Кафедра факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского лечебного факультета

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой

Герасименко О.Н.

«20» мая 2025 г.

Оценочные материалы дисциплины

«Внутренние болезни»

Шифр Дисциплины Б1.О.37

Специальность: 32.05.01 – медико-профилактическое дело

Форма обучения очная

Рабочая программа по дисциплине «Внутренние болезни» является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 32.05.01 – Медико-профилактическое дело.

Оценочные материалы разработали сотрудники кафедры факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского (лечебный факультет):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра
1	2	3	4
Герасименко О.Н.	Зав. кафедрой	Д.м.н., профессор	Кафедра факультетской терапии
Куимов А.Д.	Профессор	Д.м.н., профессор	Кафедра факультетской терапии
Горбунова А.М.	Ассистент	к.м.н.	Кафедра факультетской терапии
Толмачева А.А.	Ассистент	к.м.н.	Кафедра факультетской терапии

Рецензент(ы)

Фамилия И.О.	**Должность**	**Ученая степень, ученое звание**	**Кафедра**
1	**2**	**3**	**4**
Мадонов П.Г.	Зав. кафедрой, профессор	Д.м.н., профессор	Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и доказательной медицины (фарм. фак.)
Дробышева В.П.	Профессор	Д.м.н., профессор	Госпитальной терапии и клинической фармакологии

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской терапии им.проф.Г.Д.Залесского (лечебный факультет):
Протокол № 11 от _20__ мая 2025 г.
Зав. кафедрой, д.м.н., профессор_____ О.Н. Герасименко

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании цикловой методической комиссии по внутренним болезням

Протокол № _4_ от ___26 мая__2025 г.

Председатель ЦМК по внутренним болезням НГМУ,
профессор Н. Л. Тов

Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине внутренние болезни

№п/п	Контролируемые дидактические единицы	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1	Курация и оформление истории болезни	ПК 5,6,8, ОПК 6	Экзаменационные билеты
2	Кардиология	ПК 5,6,8	Фонд контрольно-диагностических материалов КМД
3	Пульмонология	ПК 5,6,8	Промежуточный тест
4	Гастроэнтерология	ПК 5,6,8	Входной тест ы по темам
5	Нефрология	ПК 5,6,8	Тесты контроля остаточных знаний
6	Ревматология	ПК 5,6,8	Ситуационные задачи
	Защита истории болезни	ПК 5,6,8, ОПК 6	Перечень тем УИРС, рефератов, презентаций
			Перечень практических навыков
			Приложение – банк тестовых заданий

* Дидактические единицы соответствуют наименованию раздела или тем (разделов) и берутся из РП дисциплины.

1. Экзаменационные билеты для дисциплины внутренние болезни по специальности 32.05.01, медико-профилактическое дело

Факультет	***Медико-профилактический***
Кафедра	***Факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского лечебного факультета***
Направление подготовки	32.05.01. Медико-профилактическое дело
Дисциплина	*Внутренние болезни*
Форма обучения	*очная*
Курс	*4*
Семестр	*7, 8*
Вид контроля	*Промежуточный*
Количество билетов	*40*
Количество вопросов в билете	*4*
Составители	*Преподаватели- проф.; О.Н. Герасименко, А.Д.Куимов, асс: А.М. Горбунова, А.А.Толмачева*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Факультет медико-профилактический

Кафедра факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского

Дисциплина внутренние болезни

Экзаменационный билет № 1

1. Клиническое мышление. Понятие о клиническом диагнозе и его логической структуре. Этапы логической структуры и значение каждого этапа.
2. Классификация ИБС. Вторичная профилактика и лечение ИБС.
3. Клинические проявления остро-нефротического синдрома.
4. Практические навыки.

Зав. кафедрой _____ О.Н. Герасименко

Завуч _____ А.М. Горбунова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Факультет медико-профилактический

Кафедра факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского

Дисциплина внутренние болезни

Экзаменационный билет № 2

1. Первичная артериальная гипертония (гипертоническая болезнь). Классификация. Клинические проявления поражения органов-мишеней. Профилактика АГ.
2. Хроническая левожелудочковая недостаточность. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

3. Русские терапевтические школы (Мудров М.Я., Захарьин Г.А., Боткин С.П., Образцов В.П.).
4. Практические навыки.

Зав. кафедрой _____ О.Н. Герасименко

Завуч _____ А.М. Горбунова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Факультет медико-профилактический

Кафедра факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского

Дисциплина внутренние болезни

Экзаменационный билет № 3

1. Первичная артериальная гипертония (гипертоническая болезнь). Патогенез. Факторы риска и стратификация групп риска. Осложнения.
2. Острая правожелудочковая недостаточность. Причины. Клиника. Принципы лечения.
3. Сибирские терапевтические школы (Курлов И.Г., Залесский Г.Д.,Яблоков Д.Д., Демин А.А., Советские терапевтические школы (Ланг Г.Ф., Мясников А.Л., Кончаловский М.П., Стражеско Н.Д., Тареев Е.М.)
4. Практические навыки.

Зав. кафедрой _____ О.Н. Герасименко

Завуч _____ А.М. Горбунова

Критерии оценки экзаменационных ответов

Оценка «отлично» / «зачтено». 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 %).

Оценка «хорошо» / «зачтено». 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 %).

Оценка «удовлетворительно» / «зачтено». 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 %).

Оценка «неудовлетворительно» / «не зачтено». 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 %).

Критерии оценки тестовых заданий

Учебная деятельность	Срок сдачи	Основные правила оценки	Комментарии
Входной контроль	На каждом занятии по 10 тестовых заданий	>90% - отлично 80-90% - хорошо 70-80% - удовлетворит. <70% - неудовлетв.	В учебном классе
Рубежный контроль	На итоговых занятиях каждого цикла	>90% - отлично 80-90% - хорошо 70-80% - удовлетворит. <70% - неудовлетв.	В учебном классе
Итоговый тест по дисциплине (промежуточная аттестация) (АСТ-тест)	На заключительном занятии	>90% - отлично 80-90% - хорошо 70-80% - удовлетворит. <70% - неудовлетв.	Два варианта: в учебном классе и в компьютерном зале
Аттестация практических навыков (см. Приложение)	На каждом занятии	Оценивается по 5-ти бальной системе	
Студенческие презентаций при выполнении СРС	По плану СРС в рамках УИРС	Оценивается по 5-ти бальной системе, при этом учитывается план построения презентации: 1.актуальность вопроса 2.полное освещение клинических синдромов	

		разбираемой темы и их патогенеза 3. программы современного лечения согласно национальным рекомендациям	
Ситуационные задачи	На практических занятиях	Оценивается по 5-ти бальной системе, при этом учитывается: полное освещение клинических синдромов разбираемой темы и их патогенеза; современное лечение согласно национальным рекомендациям	

Фонды контрольно-диагностических материалов (КДМ)

№ №	Контрольно-диагностические мероприятия	Контрольно-диагностические материалы				
		Тестовые задания	Алгоритмы практических манипуляций Материалы практических навыков	Ситуационные или иные задачи	Банк экзаменационных билетов	Контроль СРС
1,	Входной контроль	10 тестовых заданий по 10 темам				
2,	Текущий (рубежный) контроль	20 тестовых заданий в конце тематического цикла				
	Темы					

1	Курация больных, входной контроль	10 ТЗ из раздела пропедевтика, выходной контроль	алгоритм логической структуры диагноза		*40 билетов*	Студенты представляют рефераты в письменном виде или в виде презентаций
2	Ревматизм (острая ревматическая лихорадка)	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ –63,140, 147, 149-152, 163, 174, 184, 187, 204, 207, 216, 221	ЭХО-КГ и ЧПЭ-эхо– 15, ФКГ – 82, ЭКГ – 11 папок по 11-12 ЭКГ	СЗ - 8		Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске
3	Митральные пороки сердца	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 16, 49, 70,71, 73-76, 78-80, 85, 87, 148, 153-158, 160, 166, 168, 182, 185, 196, 208, 215, 218, 224, 251, 252, 260	ЭХО-КГ и ЧПЭ-эхо– 15, ФКГ – 82, ЭКГ – 11 папок по 11-12 ЭКГ	СЗ - 7		
4	Аортальные пороки сердца	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 67-69, 72,77, 82,83, 86, 90, 111, 162, 178, 197, 198, 201,203,205, 250, 259, 261, 262, 467-471	ЭХО –КГ и ЧПЭ-эхо–15, ФКГ – 82, ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ	СЗ - 7		
5	Инфекционный эндокардит	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 50, 61,62, 64,65, 88,89, 98-101, 107-109, 119-126, 128, 132, 135, 161, 170, 180, 210, 213, 214	ЭХО –КГ и ЧПЭ-эхо –15, ФКГ – 82, ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ	СЗ - 6		

6	Гипертоническая болезнь (артериальная гипертония)	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 37-45, 102, 105, 129-131, 133, 164-167, 169, 179, 202, 220, 231-233, 237, 247, 248, 324-333, 427-433, 435-444, 472-480			ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ
7	Атеросклероз-роз. ИБС. Стенокардия.	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 127, 143, 186, 434, 495-497, 1-8,11,12,14,15,17,19, 94, 103, 112, 114, 116, 118,134, 136-138, 144, 145, 173, 183, 191, 199. 214, 219, 227, 228.234, 363, 378-380, 383, 450, 452, 453-466, 481-485, 494	Видеофильмы: диагностика ИБС, сцинтиграфия миокарда и коронарография, ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ,		СЗ -7
8	Инфаркт миокарда	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 20-27,20-31,33-36,104,139,141, 142, 146,177, 181,193,195,222. 229.230,236,253-256, 258,359-362,364, 365,381,382,384-370.391, 392,487-491	Видеофильмы: диагностика ИБС, сцинтиграфия миокарда и коронарография, ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ	Видеофильм – ХСН,	СЗ - 8
9	Хроническая сердечная недостаточность	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 9,10, 18, 58,66, 91, 93,97, 110, 192, 200, 211, 212, 225, 226, 235, 238-246, 263, 264-267,499, 500			
		Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации и в рабочей программе			

10	Аритмии	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах»:47, 48, 51, 55 – 57, 60, 113, 115, 117, 171, 188, 190, 194, 206, 209, 257, 268, 269 -323, 334 – 358, 366 – 377, 394 – 419, 426, 445 – 449, 451.		
11	Ревматоидный артрит			Видеофильм – Фибрилляция предсердий»
12	Пневмонии	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 1, 5, 7, 8, 14-16,28, 31-34,43, 47,54, 59-62, 66, 77-79,81, 82, 84,101, 110, 111,115,116, 119-122,138-142	Рентгенограммы - 30	
13	Бронхиты, ХОБЛ, легочно-сердечная недостаточность	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 3, 9, 10,12,13,17,20-24,29,30,35,36,38,40, 42,44,51,64,65,67,76, 85-88,90-95,96,97,99,100,105-107,112,114,117,118, 127, 132,137,143,144,146, 148, 151,173,175,180,181, 196	Рентгенограммы – 26, ЭКГ-гипертрофии отделов сердца – 13, спирограммы - 22	
	Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации и в рабочей	Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации и в рабочей программе		

14	Бронхиальная астма	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 2,3,1113,30,40,41,46, 48-50,52,53,63,68-74,89,98,104-106,108,109,113,118, 123,126,127.129,131, 134,145, 147-150,151,173,175,180, 181,196	Спирограммы - 22			
15	Хронические нагноительные заболевания легких	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 6,19,26,39,56,125	Рентгенограммы – 10, спирограммы – 22 шт.			
16	Итоговое занятие – зачет. Тестовый контроль. Разбор клинической истории болезни.	Компьютерный тестовый контроль по 20 тестам в условиях автоматической выборки заданий - Quanda	Видеофильм – морфология и эндоскопия при хр. гастрите, Рн-метрия - 20			
17	ГЭРБ, эзофагит, хронический гастрит, синдром диспепсии,	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 4-6,53,54,87,92,94,96,99104,106,138,139,172 ,195-197				Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации и в рабочей программе
18	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 1-3,7-16,42,57,74,75,86,93, 97-99,105,106,118,132,135, 137,140-142,151-158,161,162,176,183, 185,186,198	Видеофильм – Нр Рн-метрия – 20,	СЗ - 3		

19	Заболевания кишечника. Синдром раздраженной кишки.		Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 18,25-28,32,44,56,61,65,71, 73,76,78-85,160,164,167,175,1 87,188,199,		
20	Хронический панкреатит и патология билиарной системы		Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 17-22,29,43,45,47,48,107 -123,143-146,160,170,23,24,49 -52,58-60,124-131,133,134,136,137, 147-150,168,169,181,189, 190		
21	Хронический гепатит		Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 30,31,34,35,39-41,45,55,63,66-68,72,159,163,16,166, 173,174,179,180,184, 191,103	Дуоденальное зондирование – 14 шт,	
22	Цирроз печени.		Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 33,36-38,46,62,64,69,70,77, 171,177,178,192,194	Видеофильм – болезни печени, УЗИ ОБП - 13	Видеофильм – болезни кишечника
23	Гломерулонефриты.		Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – раздел нефрология	Видеофильм – болезни печени, УЗИ обп - 13	Видеофильм – нефриты, УЗИ почек -8
3,	Промежуточный тестовый компьютерный контроль		20 вопросов по всем разделам	СЗ - 3	СЗ - 4	СЗ - 23
	Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации и в рабочей программе				

4,	Контроль остаточных знаний	Не проводится				

Тесты применяются не только для текущего контроля, но и для входного контроля и для самостоятельной работы.

2. Промежуточный тест

Факультет	***Медико-профилактический***
Кафедра	***Факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского***
Направление подготовки	32.05.01. Медико-профилактическое дело
Дисциплина	*Внутренние болезни*
Форма обучения	*очная*
Курс	*4*
Семестр	*7 и 8*
Вид контроля	*Рубежный*
Размещение теста	*Учебно-методическое пособие «Внутренние болезни в тестах и в электронном варианте*
Структура теста	
Объем банка тестовых заданий, **из них:**	**1204**
открытой формы	**27**
закрытой формы	**1003**
на упорядочение	**28**
на соответствие	**36**
Контрольный тест (заданий)	
Предполагаемое время тестирования (мин)	

7 СЕМЕСТР

Тема №1 Курация больных. Методология клинического диагноза, УИРС

Тесты:

ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ 1-ГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА НЕ ХАРАКТЕРНО:
- депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе;
- возникновение болей при подъеме до 1-го этажа;
- отсутствие изменений ЭКГ в покое;
- иррадиация болей в левое плечо;
- давящий характер болей.

S: ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА РАСШИРЕНА ПРИ
-тромбоэмболии легочной артерии
-митральном стенозе
-артериальной гипертонии
-хроническом легочном сердце

S: СРЕДСТВОМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:
- морфина;
- мочегонных;
- O2 со спиртом;
- нитратов;
- бета-блокаторов.

S: ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИНЯТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАССИФИКАЦИЮ

-GOLD
-NYHA
+Killip
-Стражеско-Василенко

S: МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- определение ЦВД;
- ТПРГ;
- эхолокация сердца;
- рентгенография сердца и легких;
- спирография.

S: ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
- коробочный перкуторный звук;
- удлиненный выдох;
- рассеянные сухие хрипы на выдохе;
- бронхиальное дыхание;
- экспираторная одышка.

S: К ПРОЯВЛЕНИЯМ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ НЕ ОТНОСИТСЯ:
- надсадный кашель;
- сухие свистящие хрипы;
- экспираторная одышка;
- затруднение выделения мокроты;
- инспираторная одышка.

S: ГЛАВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПЕРВИЧНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА:
- инфекционный;
- эндогенная интоксикация;
- раздражение полютантами;
- аллергия.

S: КЛЮЧЕВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
-МРТ органов грудной клетки
-исследование функции внешнего дыхания
-фибробронхоскопия
+рентгенография органов грудной клетки

S: НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- анализ мокроты;
- бронхоскопия;
- томография;
- бронхография;
- сцинтиграфия легких.

Темы УИРС:

1.Этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности. Принципы лечения.

2.Этиология, патогенез, клинические проявления, неотложная терапия острой левожелудочковой недостаточности.

3.Этиология, патогенез, клинические проявления и неотложная терапия острого легочного сердца.

4.Факторы риска при ИБС, патогенетические механизмы развития атеросклероза.

5.Патогенетические механизмы развития атеросклероза. Понятие об эндотелиальной дисфункции. Кардиохирургические методы лечения ИБС.

5.Первичная и вторичная профилактика ИБС. Конкретные рекомендации больным по основным факторам риска.

6.Гиполипидемические препараты, классификация, механизм действия, показания к применению.

7. «Атипичные» варианты инфаркта миокарда и стенокардии. Клинические проявления.

8.Осложнения острого и подострого периодов ИМ, их клинические проявления.

9.Кардиогенный шок. Классификация, патогенез, неотложная помощь.

10.Антитромботическая терапия при ИБС и остром ИМ.

Тема №2 Артериальная гипертензия

S: ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
-сахарный диабет
-стрептококковая инфекция
-атеросклероз
+отягощенная наследственность

S: В ПОВЫШЕНИИ АД НЕ УЧАСТВУЮТ МЕХАНИЗМЫ:
- увеличения сердечного выброса;
- задержки натрия;
- увеличения активности ренина;
- увеличения продукции катехоламинов;
+ повышения венозного давления.

S: ВОЗНИКНОВЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ 55 ЛЕТ, ВЫСЛУШИВАНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В ОКОЛОПУПОЧНОЙ ОБЛАСТИ УКАЗЫВАЕТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ:
- первичного альдостеронизма;
- феохромоцитомы;

+ реноваскулярной гипертензии;
- коарктации аорты

S: АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО

-наличию периферических отеков
-кратковременным эпизодам потери сознания
+наличию боли в теменной и затылочной областях
нарушению сердечного ритма и проводимости

S: У БОЛЬНОЙ С ВНЕЗАПНЫМ ПОЯВЛЕНИЕМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, РЕЗКИМ ПОВЫШЕНИЕМ АД, ТОШНОТОЙ, ТАХИКАРДИЕЙ, БЛЕДНОСТЬЮ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ПОСЛЕ ПРИСТУПА - ПОЛИУРИЕЙ. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- синдром Конна;
- синдром Иценко-Кушинга;
- климактерический синдром;
+ феохромоцитома;
- тиреотоксикоз;

S: ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА РАСШИРЕНА ПРИ
-тромбоэмболии легочной артерии
-митральном стенозе
- артериальной гипертонии
-хроническом легочном сердце

S: К СИМПТОМАМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НЕ ОТНОСИТСЯ:
- отклонение электрической оси сердца влево;
- смещение переходной зоны вправо;
+ высокие зубцы R в правых грудных отведениях;
- высокие зубцы R в левых грудных отведениях;
- глубокие зубцы S в правых грудных отведениях.

S: ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛИВАЕТ ПОВЫШЕННАЯ ВЫРАБОТКА:
- АКТГ;
- СТГ;
+ адреналина;
- тироксина;
- альдостерона.

S: ПОВЫШЕННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СОЛИ В ПИЩЕ РАЗВИТИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:
+способствует;
-не способствует.

S: НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ХАРАКТЕРНО:
- низкоамплитудные комплексы QRS, правый тип ЭКГ;
- низкоамплитудные комплексы QRS, левый тип ЭКГ;
- высокоамплитудные комплексы QRS и правый тип ЭКГ;
+ высокоамплитудные комплексы QRS и левый тип ЭКГ.

Клиническая задача 1

Больная Б., 49 лет, жалуется на головные боли в затылочной области, возникающие после эмоционального перенапряжения и сопровождающиеся мельканием «мушек» перед глазами, ощущением сердцебиения.Семейный анамнез: мать пациентки, 71 год, страдает гипертонической болезнью, отец пациентки, 74 года, также страдает гипертонической болезнью, 2 года назад перенес инсульт.Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет регулярные, необильные, безболезненные по 4 дня через 28 дней, в течение последнего года стали нерегулярными с циклом от 30 до 45 дней.Вредных привычек нет.Из анамнеза известно, что с 40 лет страдает БА. При аллергопробах была выявлена положительная реакция на домашнюю пыль, пыльцу злаков. Постоянно принимает салметерол, будесонид в средних терапевтических дозах с хорошим стойким эффектом. Обострения БА развиваются один раз в 2-3 года, чаще в период цветения растений, а также на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ).

Последнее обострение 2,5 г. назад. Приступы удушья возникают редко, быстро купируются сальбутамолом. В течение последних двух лет после тяжелого стресса (болезнь отца) впервые появились и стали беспокоить головные боли, преимущественно в затылочной области. Боли возникали редко, всегда на фоне эмоционального перенапряжения, сопровождались ощущением сердцебиения, мельканием «мушек» перед глазами, редко тошнотой. Различные анальгетики головную боль не купировали. Неделю назад впервые измерила АД во время приступа боли: Систолическое АД составило 150 мм рт.ст., цифр диастолического АД не помнит. До этого АД измеряла только в стационаре, в котором находилась по поводу обострения БА 2,5 года назад, и оно было в пределах нормы. Госпитализирована планово для обследования и подбора терапии.При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ 24,3 кг/м^2. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, эластичные. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки цилиндрическая, перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. ЧД - 16 в минуту, при аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье, левая - 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье, верхняя - верхний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 88 в минуту, I и II тон над верхушкой ясные, шумов нет. Пульс напряженный, ритм сердца правильный. АД - 140/90 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Почки не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена.Результаты обследования.Общий анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты - 5,6x10^9/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 8 мм/ч. Биохимический анализ крови в норме. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок, глюкоза отсутствуют, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.ЭхоКГ: толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 0,9 см, фракция выброса 75 %.Окулист: очаговое сужение артерий сетчатки.

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больной.

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной М., 36 лет, менеджер крупной фирмы, обратился к врачу с жалобами на головные боли в затылочной области, сердцебиение, снижение работоспособности, концентрации внимания, ухудшение сна. Впервые головная боль и сердцебиение возникли после командировки, сопряженной с тяжелыми эмоциональными нагрузками. По совету знакомого принимал новопассит* (комплекс экстрактов боярышника, хмеля, валерианы, пассифлоры) с эффектом, однако послеочередной командировки две недели назад возобновились головные боли и сердцебиение, по поводу чего больной обратился за медицинской помощью.Больной курит по 10-15 сигарет в день с 21 года.Семейный анамнез: мать больного (58 лет) страдает АГ.При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Нормального телосложения. Повышенная потливость ладоней, бледность кожных покровов, белый дермографизм, тремор пальцев. Отеков нет. ЧД - 16 в минуту, при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины в четвертом межреберье, левая - 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье, верхняя - верхний край III ребра. ЧСС - 84 в минуту, I и II тон над верхушкой ясные, шумов нет, акцент II тона над аортой. Пульс напряженный, ритм сердца правильный. АД 150/90 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена.Результаты обследования.Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, лейкоциты - 5,8x10^9/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 5 мм/ч. Биохимический анализ крови в норме. Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок, глюкоза отсутствуют, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты отсутствуют. Уровень тиреотропного гормона в норме.ЭКГ представлена на рис. 7-3.УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, нормальных размеров, контуры ровные, чашечно-лоханочная система не расширена, конкрементов нет.ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки 1,2 см, фракция выброса 75 %.Окулист: очаговое сужение артерий сетчатки.

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больная А., 56 лет, обратилась с жалобами на головные боли в затылочной области, ухудшение зрения и памяти, плохой сон.Впервые подобные жалобы возникли 2 года назад после психоэмоционального перенапряжения, беспокоили редко, к врачу не обращалась, по совету соседки принимала анальгетики, пирацетам (ноотропил*) с переменным эффектом. Четыре месяца назад в связи с конфликтной ситуацией на работе была вынуждена уйти на пенсию, после чего состояние ухудшилось: усилились и участились головные боли, снизилась эффективность терапии метамизолом натрия (анальгином*), пирацетамом (ноотропилом*).Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет безболезненные, необильные, по 4-5 дней через 28 дней. Во время беременности (в 26 лет) токсикоз второй половины, когда отмечались выраженные отеки, повышение АД, после родов считала себя здоровой. Менопауза в 54 года, беспокоили приливы, сердцебиение.

Семейный анамнез: мать больной (78 лет) страдает АГ, 5 лет назад перенесла инсульт головного мозга.При осмотре: больная эмоционально лабильна, плаксива. Пятнистая гиперемия кожи лица, верхней половины грудной клетки. Отеков нет. ЧД - 16 в минуту, при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины в четвертом межреберье, левая - левая среднеключичная линия в пятом межреберье, верхняя - верхний край III ребра. ЧСС - 84 в минуту, !иП тон над верхушкой ясные, шумов нет, акцент II тона над аортой. Пульс напряженный, ритм сердца правильный. АД 160/100 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, безболезненный.Результаты обследования.Общий анализ крови: гемоглобин - 133 г/л, лейкоциты - $4,6x10^9$/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 9 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий холестерин - 4,8 ммоль/л, глюкоза - 5,1 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.Анализ мочи: удельный вес - 1012, белка, глюкозы нет, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроцитов нет. Экскреция альбумина с мочой 250 мг/сут.ЭКГ представлена на рис. 7-4.Заключение окулиста: диффузное сужение артериол, симптом Салюса I-II.

1. Выделите синдромы, имеющиеся у больной.

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальны исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Тема № 3 Атеросклероз. ИБС. Стенокардия

S: НАГРУЗОЧНЫЙ ЭКГ-ТЕСТ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ
-перенесенного инфаркта миокарда
-ишемической болезни сердца
-атеросклероза
-клапанной патологии

S: ДЛЯ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЭМ-ПРОБЫ ХАРАКТЕРНО:
- реверсия негативного зубца Т;
- удлинение интервала PQ;
+ депрессия сегмента ST более 2 мм;
- появление предсердной экстрасистолии;
- преходящая блокада правой ножки пучка Гиса.

S: ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ:
- быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ;
- при коронарографии выявляются малоизмененные или непораженные коронарные артерии;
- приступы возникают чаще ночью;
+:физическая нагрузка плохо переносится.

S: ЭКВИВАЛЕНТОМ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ
-появление колющих болей в области сердца при наклонах туловища
-тяжесть в эпигастральной области после еды
+изжога при быстрой ходьбе
-повышение АД в ночные часы:

S: К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС НЕ ОТНОСИТСЯ:
+:повышение уровня липопротеидов высокой плотности;
- сахарный диабет;
- артериальная гипертония;
- наследственная отягощенность;
- курение.

S: НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
+артериальная гипертензия
-характер трудовой деятельности
-этническая принадлежность
-употребление алкоголя

S: ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ ОБ ИБС СТАНОВИТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ, КОГДА:
+ описан типичный ангинозный приступ;
- имеются симптомы недостаточности кровообращения;
- выявлены нарушения ритма;
- имеются факторы риска ИБС;
- выявлена кардиомегалия.

S: НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ:
-:иррадиация болей в нижнюю челюсть;
-:возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этажа)
+:длительность болей 40 мин и более;
-:боль, сопровождающаяся чувством нехватки воздуха.

S: КРИТЕРИЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ:
+ горизонтальная депрессия интервала ST более 1 мм;
- то же менее 0,5 мм;
- косонисходящая депрессия интервала ST менее 1 мм;
- увеличение зубца Q в V5-V6;
- синусовая тахикардия.

S: ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ПРОВЕСТИ:
- ЭКГ;
+ нагрузочный тест;
- фонокардиографию;
- эхокардиографию;
- тетраполярную реографию.

S: НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ АНТИАГРЕГАНТ:
- сустак-форте;
+ аспирин;
- фенилин;
- дихлотиазид;
- нифедипин.

К фельдшеру обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,4^{0}С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от

среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Фельдшер вызван на дом к больной Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 39^{0}С, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 39^{0}С. Общее состояние средней тяжести. Кожа влажная, отмечается припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД 115/60 мм рт.ст. Есть кариозные зубы. Миндалины увеличены. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику забора крови на биохимическое исследование.

На ФАП обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

Объективно: температура 37,2^{0}С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Тема № 4 Инфаркт миокарда

S: ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

-селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа
+наркотические анальгетики
-анальгетики-антипиретики
-ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа

S: ДЛЯ НИЖНЕЙ (ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ) ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ В ОТВЕДЕНИЯХ:

- I-е, II-е, AVL;
+ II-е, III-е, AVF;
- I-е, V5-V6;

- AVL, V1-V4;
- AVL.

S: НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
-коронароспазм
+тромбоз коронарной артерии
-эмболия коронарной артерии
-эрозия атеросклеротической бляшки

S: К ОСЛОЖНЕНИЯМ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ ДНИ НЕ ОТНОСИТСЯ:
- перикардит;
- кардиогенный шок;
+ синдром Дресслера;
- аритмия;
- парез желудка.

S: ПРИ СИНДРОМЕ ДРЕССЛЕРА, РАЗВИВАЮЩЕМСЯ ПРИ ОИМ, ПРОИСХОДИТ:
- разрыв межжелудочковой перегородки;
- разрыв межпредсердной перегородки;
- отрыв сосочковой мышцы;
+ аутоаллергическая реакция

S:
ТЯЖЕЛАЯ ТРАНСМУРАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ
депрессией сегмента ST
инверсией зубца T
появлением зубца Q
+элевацией сегмента ST

S: ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО:
- повышение температуры тела;
- перикардит;
- плеврит;
- увеличение количества эозинофилов;
+ анемия.

S: В ПОНЯТИЕ "РЕЗОРБЦИОННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ" НЕ ВХОДИТ:
- повышение температуры тела;
+ увеличение уровня щелочной фосфатазы;
- нейтрофильный сдвиг;
- увеличение СОЭ;
- обнаружение С-реактивного белка.

S: ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ: НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ:
- СОЭ и лейкоцитов;
- ЛДГ в крови;
- суммарной КФК в крови;
- уровня АСТ в крови;
+ уровня тропонинов T и I.

S: ИНФАРКТ НИЖНЕБОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ В ОТВЕДЕНИЯХ:
- AVL, V5-V6;
- II-e, III-e, AVF;
- V1-V3;
+ II-e, III-e, AVF, V5-V6;
- V3-V6.

Клиническая задача 1

Больной М., 39 лет, поступил в отделение кардиореанимации по поводу рецидивирующих загрудинных болей сжимающего характера при ходьбе на расстояние до 300 м, подъеме на 2-й этаж, проходящих при прекращении нагрузки. Считает себя больным в течение последнего года, когда впервые появились похожие приступы болей при значительных физических нагрузках, поскольку они возникали достаточно редко, он не обращался за медицинской помощью. Ухудшение в течение последних двух недель, когда после неприятностей на работе приступы участились. Причиной вызова бригады «скорой помощи» стал впервые развившийся в ночное время болевой приступ, сопровождавшийся страхом смерти, прошедший после введения наркотических анальгетиков.В течение 5 лет отмечает эпизодическое повышение АД максимально до 180/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области при стрессовых ситуациях. В этих случаях принимает 1 таблетку каптоприла с положительным эффектом (АД снижается до 130/80 мм рт.ст.). Постоянную антигипертензивную терапию не получает. При этом АД держится в пределах 130/80 мм рт.ст. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: мать пациента страдает артериальной гипертензией, отец умер в возрасте 55 лет от ИМ.При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостени-ческого телосложения, рост - 170 см, вес - 80 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Отеков нет.ЧД -15 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки ощущается примерно с одинаковой силой, причем в верхних участках громче, а в нижних - слабее.Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Границы относительной тупости сердца расширены влево до среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации отмечается приглушение тонов сердца. ЧСС - 85 в минуту. Ритм правильный. Шумов нет.Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.Тропониновый тест при поступлении отрицательный. ЭКГ прилагается (рис. 10-2).

1. Как интерпретировать ЭКГ-проявления заболевания у этого пациента?

2. Сформулируйте диагноз. Как следует расценить ночной болевой приступ?

3. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной Л., 48 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на боли в эпигастрии давящего характера в течение 1 ч. Считает себя больным в течение 1 ч, когда впервые появились вышеописанные жалобы. Заболевание связывает с интенсивной физической нагрузкой: пришлось в быстром темпе подняться на 10-й этаж (в доме сломался лифт). Перенесенные заболевания отрицает, вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: отец больного страдает ИБС, перенес 5 инфарктов, первый - в возрасте 45 лет.При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостени-ческого телосложения, рост - 165 см, вес - 80 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Отеков нет.ЧД -15 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации отмечается приглушение тонов сердца. ЧСС - 85 в мин. Ритм правильный. Шумов нет. АД 130/80 мм рт.ст.Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.Тропониновый тест при поступлении положительный. ЭКГ прилагается (рис. 10-3 см. на с. 258).

1. Как интерпретировать ЭКГ-проявления заболевания у этого пациента?

2. Сформулируйте диагноз.

3. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной Ф., 58 лет, был доставлен в блок кардиореанимации бригадой «скорой помощи» с жалобами на впервые возникшие интенсивные загрудинные боли в течение 6 ч, сопровождающиеся страхом смерти, слабостью, головокружением. Болевой приступ развился после эмоционального стресса. Другие перенесенные заболевания отрицает. До настоящего заболевания считал себя абсолютно здоровым, за медицинской помощью никогда не обращался. Не курит, алкоголь не употребляет.При осмотре: состояние тяжелое. Больной нормостенического телосложения, рост - 167 см, вес - 70 кг. Кожный покров бледный, акроцианоз, нормальной влажности. Отеков нет.ЧД -18 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет.Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Пульсации в эпигастральной области нет.Границы относительной тупости сердца расширены влево до сред-неключичной линии в пятом межреберье. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС - 115 в минуту. Ритм правильный. Шумов нет. АД - 100/60 мм рт.ст.Живот мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги, безболезненная.ЭКГ прилагается (рис. 10-4).

1. Как интерпретировать ЭКГ-проявления заболевания у этого пациента?

2. Сформулируйте диагноз.

3. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

Тема № 5 Инфаркт миокарда. Осложнения

S: НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА:
- горизонтальная депрессия ST;
- депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец T;
- подъем ST;
+ глубокие зубцы Q.

S: ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В КРОВИ НЕ ХАРАКТЕРНО:
- увеличение уровня миоглобина;
- увеличение активности аспарагиновой трансаминазы;
- появление С-реактивного белка;
+ увеличение активности щелочной фосфатазы;
- увеличение МВ-фракции КФК.

S: БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НАЗНАЧАЮТ ДЛИТЕЛЬНО АСПИРИН (АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ), ПОТОМУ ЧТО ОН:
- снижает протромбиновый индекс;
+ препятствует агрегации тромбоцитов;
- лизирует образовавшиеся тромбы;
- ингибирует внутренний механизм свертывания крови;
- помогает, но механизм положительного его действия неизвестен.

S: НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЛИТОПНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:
- хинидин;
- новокаинамид;
- финоптин;
+ лидокаин.

S: НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ УСИЛЕНИЯ АТОНИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ ВВЕДЕНИЕ:
+ морфина;
- лидокаина;
- гепарина;
- нитроглицерина;
- норадреналина.

S: НЕ ИМЕЕТ СЕРЬЕЗНОГО ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ:
- фибрилляция желудочков;
- полная атриовентрикулярная блокада;
- желудочковая тахикардия;
+ предсердная тахикардия;
- возникновение ранних желудочковых экстрасистол.

S: К ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:
- полная атриовентрикулярная блокада;
+ блокада правой ножки пучка Гиса;
- фибрилляция желудочков;
- желудочковая тахикардия.

S: ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НЕ ХАРАКТЕРЕН КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ:
- астматический;
- абдоминальный;
- церебральный;
- безболевой;
+ отечный.

S: СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- влажными хрипами в нижней доле правого легкого;
- шумом трения плевры и перикарда;
- лейкоцитозом;
+ увеличением границ сердца вправо;
- экссудативным плевритом.

S: ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:
- синусовая тахикардия более 100
- узловой ритм
+ застойная сердечная недостаточность в сочетании с мерцательной тахиаритмией

Клиническая задача 1

Больной М., 39 лет, поступил в отделение кардиореанимации по поводу рецидивирующих загрудинных болей сжимающего характера при ходьбе на расстояние до 300 м, подъеме на 2-й этаж, проходящих при прекращении нагрузки. Считает себя больным в течение последнего года, когда впервые появились похожие приступы болей при значительных физических нагрузках, поскольку они возникали достаточно редко, он не обращался за медицинской помощью. Ухудшение в течение последних двух недель, когда после неприятностей на работе приступы участились. Причиной вызова бригады «скорой помощи» стал впервые развившийся в ночное время болевой приступ, сопровождавшийся страхом смерти, прошедший после введения наркотических анальгетиков.В течение 5 лет отмечает эпизодическое повышение АД максимально до 180/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области при стрессовых ситуациях. В этих случаях принимает 1 таблетку каптоприла с положительным эффектом (АД снижается до 130/80 мм рт.ст.). Постоянную антигипертензивную терапию не получает. При этом АД держится в пределах 130/80 мм рт.ст. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: мать пациента страдает артериальной гипертензией, отец умер в возрасте 55 лет от ИМ.При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостени-ческого телосложения, рост - 170 см, вес - 80 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Отеков нет.ЧД -15 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки ощущается примерно с одинаковой силой, причем в верхних участках громче, а в нижних - слабее.Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Границы относительной тупости сердца расширены влево до среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации отмечается приглушение тонов сердца. ЧСС - 85 в минуту. Ритм правильный. Шумов нет.Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.Тропониновый тест при поступлении отрицательный. ЭКГ прилагается (рис. 10-2).

1. Как интерпретировать ЭКГ-проявления заболевания у этого пациента?

2. Сформулируйте диагноз. Как следует расценить ночной болевой приступ?

3. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной Л., 48 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на боли в эпигастрии давящего характера в течение 1 ч. Считает себя больным в течение 1 ч, когда впервые появились вышеописанные жалобы. Заболевание связывает с интенсивной физической нагрузкой: пришлось в быстром темпе подняться на 10-й этаж (в доме сломался лифт). Перенесенные заболевания отрицает, вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: отец больного страдает ИБС, перенес 5 инфарктов, первый - в возрасте 45 лет.При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостени-ческого телосложения, рост - 165 см, вес - 80 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Отеков нет.ЧД -15 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации отмечается приглушение тонов сердца. ЧСС - 85 в мин. Ритм правильный. Шумов нет. АД 130/80 мм рт.ст.Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.Тропониновый тест при поступлении положительный. ЭКГ прилагается (рис. 10-3 см. на с. 258).

1. Как интерпретировать ЭКГ-проявления заболевания у этого пациента?

2. Сформулируйте диагноз.

3. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной Ф., 58 лет, был доставлен в блок кардиореанимации бригадой «скорой помощи» с жалобами на впервые возникшие интенсивные загрудинные боли в течение 6 ч, сопровождающиеся страхом смерти, слабостью, головокружением. Болевой приступ развился после эмоционального стресса. Другие перенесенные заболевания отрицает. До настоящего заболевания считал себя абсолютно здоровым, за медицинской помощью никогда не обращался. Не курит, алкоголь не употребляет.При осмотре: состояние тяжелое. Больной нормостенического телосложения, рост - 167 см, вес - 70 кг. Кожный покров бледный, акроцианоз, нормальной влажности. Отеков нет.ЧД -18 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет.Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Пульсации в эпигастральной области нет.Границы относительной тупости сердца расширены влево до сред-неключичной линии в пятом межреберье. При аускультации тоны сердца глухие. ЧСС - 115 в минуту. Ритм правильный. Шумов нет. АД - 100/60 мм рт.ст.Живот мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги, безболезненная.ЭКГ прилагается (рис. 10-4).

1. Как интерпретировать ЭКГ-проявления заболевания у этого пациента?

2. Сформулируйте диагноз.

3. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

Тема № 6 Острая ревматическая лихорадка

S: ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ:
-1–2 года;
+2–3 нед.;

-4 дня;
-5 мес.;
-6 нед.

S: МИОКАРДИТ НЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ:
- ревматизме;
- системной красной волчанке;
+ амилоидозе;
- ревматоидном артрите;
- узелковом периартериите.

S: УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ СЕРДЦА ПРИ МИОКАРДИТЕ СВЯЗАНО С:
- гипертрофией миокарда;
- выпотом в полость перикарда;
- накоплением в миокарде гликогена;
+ потерей тонуса сердечной мышцей.

S: РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ:
-стафилококком;
-β-гемолитическим стрептококком группы С;
-пневмококком;
+ β-гемолитическим стрептококком группы А;
-возбудитель неизвестен.

S: ПОСЛЕ ПЕРВОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ АТАКИ ПОРОК СЕРДЦА:
- формируется всегда;
+ может сформироваться;
- никогда не формируется.

S: ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ПРИРОДА РЕВМАТИЗМА:
- функциональная;
- врожденная;
+ воспалительная;
- дистрофическая;
- сосудистая

S: К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРВИЧНОГО РЕВМОКАРДИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:
+ ангинозная боль в сердце;
- сердцебиение;
- ослабление I тона;
- систолический шум на верхушке;
- увеличение сердца.

S: К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ АРА РЕВМАТИЗМА НЕ ОТНОСИТСЯ:
- кардит;
- артрит;
- появление ревматических узелков;
- хорея;
+ тромбоэмболический синдром

S: НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ:
-малая хорея;
+ «летучий» артрит;
-кольцевидная эритема;
-узловатая эритема.

S: ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ СЕЗОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ:
- ампициллин
- дигоксин
- делагил
+ бициллин
- гентамицин

Клиническая задача 1

Больная Д., 13 лет, школьница, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С, боли в коленных, голеностопных и локтевых суставах, насильственные движения мышц рук, туловища, лица, плаксивость, выраженную слабость, утомляемость. Из анамнеза известно, что за 2 нед до госпитализации больная перенесла тяжелую ангину.При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой среднеключич-ной линии, верхняя - третье межреберье. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается систолический шум. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 98 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $9{,}6 \times 10^9$/л, эритроциты - $4{,}5 \times 10^{12}$/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %.СОЭ - 24 мм/ч.Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.Иммунологический анализ крови: СРБ - +++, титр антистреп-толизина-О - 290 ЕД (норма до 250 ЕД), титр антигиалуронидазы - 330 ЕД (норма до 300 ЕД).ЭКГ больной представлена на рис. 4-1.При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.Консультация невролога: больная эмоционально лабильна. Определяются гиперкинезы рук, туловища, мимической мускулатуры. Выполнение координационных проб затруднено.

1. Как вы расцениваете неврологические изменения у данной больной?

2. Каковы критерии предварительного диагноза и степень активности процесса у данной больной?

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Тактика лечения больной.

Клиническая задача 2

Больной М., 56 лет, инженер, обратился к участковому врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость, периодические эпизоды сердцебиения. Из анамнеза известно, что в детстве был очень болезненным мальчиком, часто болел простудными заболеваниями. Диагноз ревматизма впервые был поставлен в 12 лет, отмечались боли в коленных суставах. Врачи говорили об изменениях со стороны сердца (выслушивался шум). Однако длительное время больной себя хорошо чувствовал, к врачам не обращался. Состояние ухудшилось в течение последних двух недель, когда отмечались повышение температуры до 38,5 °С, боли в горле. Самостоятельно лечился ацетилсалициловой кислотой (аспирином*). Наблюдалась нормализация температуры тела, однако обращала на себя внимание одышка при физической нагрузке и выраженная слабость, что и послужило поводом для обращения к врачу.При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Зев: нёбные дужки гипере-мированы, миндалины увеличены, определяются гнойные пробки. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 20 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких - дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. При аускультации сердца - тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, в точке Боткина-Эрба выслушиваются диастолический шум, усиливающийся при наклоне вперед, и ослабление II тона. ЧСС - 80 уд/мин. АД 145/20 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота определяется тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: в пределах нормы.Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.Общий анализ крови: гемоглобин - 146 г/л, лейкоциты - 12×10^9/л, эритроциты - $4{,}5 \times 10^{12}$/л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 6 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 24 %, моноциты - 5 %.СОЭ - 42 мм/ч.Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.ЭКГ больного представлена на рис. 4-2.**Рис. 4-2.** Электрокардиограмма больного

При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Увеличение тени сердца влево.

1. Дайте оценку аускультации сердца.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Какие лабораторно-инструментальные методы исследования необходимо провести данному больному?

4. Тактика лечения больного.

Клиническая задача 3

Больная Л., 63 года, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья, возникающие в горизонтальном положении, кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, выраженные отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость. Из анамнеза известно, что больная с детского возраста страдает ревматизмом с формированием порока сердца. Настоящее ухудшение, которое в течение последнего месяца больная связывает с переохлаждением.При осмотре состояние тяжелое, положение ортопноэ. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на лице - румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 24 в мин. При сравнительной перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в нижних долях обоих легких. При аускуль-тации легких - дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, выслушиваются незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая - 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край II ребра.При аускультации сердца на верхушке выслушивается усиленныйI тон, II тон, тон открытия митрального клапана и шум в начале диастолы. Во втором межреберье слева от грудины выслушивается акцентII тона. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 90 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14х13х12 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен, чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена.Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $9{,}8 \times 10^9$/л, эритроциты - $4{,}0 \times 10^{12}$/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %. СОЭ 19 мм/ч.Общий анализ мочи: относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.Иммунологический анализ крови: титр антистрептолизина-О - 160 ЕД (норма до 250 ЕД), титр антигиалуронидазы - 200 ЕД (нормадо 300 ЕД).Рентгенография органов грудной полости: усиление сосудистого рисунка легких, застойные явления.ЭхоКГ: створки митрального клапана утолщены. Площадь левого АВ-отверстия - 2,2 см^2 (норма 4-6 см^2). Другие клапаны интактны.Фракция выброса левого желудочка - 50 % (норма 50-70 %). Легочная гипертензия.

1. Дайте оценку аускультации сердца.

2. Что в себя включает понятие ритм «перепела»?

3. Сформулируйте диагноз.

4. Тактика лечения данной больной.

Тема № 7 Митральные пороки

S: ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
-грубый систолический шум с проведением на сосуды
-хлопающий | тон, диастолический шум
+ослабленный | тон, систолический шум
-ослабление I тона на верхушке и II тона над аортой

S: ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

+ хлопающий первый тон на верхушке;
- систолический шум на верхушке;
- увеличение границ сердца влево

S: ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
-никуда не проводится
+проводится в левую подмышечную область
-проводится в яремную ямку
-проводится на сонные артерии

S: НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
- ревматизма;
- инфаркта миокарда;
- травмы грудной клетки;
- инфекционного эндокардита;
+ тромбоэмболии легочной артерии

S: ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:
- активной систолы предсердий;
- появления мерцательной аритмии;

S: СОЧЕТАНИЕ НА ЭКГ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ
-о стенозе легочной артерии
-о дефекте межпредсердной перегородки
+о митральном стенозе
-об аортальной недостаточности

S: СРЕДНЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ЩЕЛЧОК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ:
- митральном стенозе;
- аортальном стенозе;
- трикуспидальном стенозе;
+ пролапсе митрального клапана;
- аортальной недостаточности.

S: НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА:
- ФКГ;
- ЭКГ;
- рентгенография;
- УЗИ;
+ реовазография.

S: ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:
- систолический;
+ диастолический.

Клиническая задача 1

Больная В., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, перебои в работе сердца, периодически возникающий кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость. Из анамнеза известно, что больная с детского возраста часто болела ангинами. Врачи говорили об изменениях со стороны сердца. В течение последнего года стала отмечать одышку при ходьбе, приступы сердцебиения, перебои в работе сердца. Состояние ухудшилось в течение последних трех недель, когда после перенесенной простуды стали нарастать вышеперечисленные жалобы.При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на лице - румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в проекции нижней доли левого легкого, тупой перкуторный звук справа ниже угла лопатки. При аускультации легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижней доле левого легкого, там же выслушиваются незвонкие мелкопузырчатые хрипы, справа ниже угла лопатки дыхание не проводится.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок резко ослаблен. Границы относительной тупости сердца: правая - 4 см кнаружи от правого края грудины, левая - по левой передней подмышечной линии, верхняя - верхний край II ребра. При аускультации сердца на верхушке выслушиваются усиленный I тон, тон открытия митрального клапана, диастолическийшум, а также систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Ритм сердечных сокращений неправильный. Частота желудочковых сокращений 93 уд/мин. Пульс на лучевых артериях асимметричный, 85 уд/мин. Дефицит пульса 8 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 15х13х10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край печени закруглен, чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена.Общий анализ крови: гемоглобин - 129 г/л, лейкоциты - $11x10^9$/л, эритроциты - $4,2x10^{12}$/л, палочкоядерные - 7 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 25 мм/ч.Общий анализ мочи: относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

ЭхоКГ: корень аорты не расширен - 3,0 см. Раскрытие створок аортального клапана полное - более 15 мм. Створки митрального клапана утолщены, уплотнены, грубо деформированы, кальцифици-рованы, практически неподвижны. Площадь левого АВ-отверстия - менее 1,5 $см^2$. В М-режиме движение створок митрального клапана монофазное. Левое предсердие расширено до 5,2 см. Стенки левого

желудочка утолщены: межжелудочковая перегородка - 1,2 см, задняя стенка - 1,1 см. Полость левого желудочка расширена: конечный диастолический размер - 6,2 см, конечный систолический размер -4,6 см. Фракция выброса - 35 %. Выраженное расширение полости правого желудочка с его гипертрофией до 0,8 см, признаками выраженной легочной гипертензии. При допплеровском исследовании определяются митральная регургитация II степени, трикуспидальная регургитация III степени (рис. 5-3).

1. Дайте оценку аускультации сердца.

2. В чем заключаются особенности гемодинамики у данной больной?

3. Сформулируйте диагноз.

4. Тактика лечения больной.

Клиническая задача 2

Больной М., 35 лет, экономист, поступил в стационар с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в детстве перенес корь и скарлатину, часто болел гриппом. В 16-летнем возрасте после перенесенной ангины длительное время лечился в районной больнице по поводу заболевания, протекавшего с отеками ног. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель после перенесенного трахеобронхита.При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Акроцианоз. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 18 в минту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. При аускультации сердца - ослабление I тона на верхушке, тоны сердца ритмичные. На верхушке выслушивается систолический шум, проводящийся в левую аксилярную область. Ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС - 86 уд/минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.Общий анализ крови: гемоглобин - 138 г/л, эритроциты - $5x10^{12}$/л, лейкоциты - $9,6x10^9$/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 60 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 7 %. СОЭ - 10 м м/ч.Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Отмечается увеличение левого желудочка.

1. Дайте оценку аускультации сердца.

2. Какова причина заболевания сердца у этого больного?

3. Сформулируйте диагноз.

4. Тактика лечения больного.

Клиническая задача 3

Больной Д., 60 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при физической нагрузке, а иногда и в покое, слабость, утомляемость, отеки голеней. Из анамнеза известно, что в детском возрасте перенес ревматизм с выраженным суставным синдромом. Врачи говорили о пороке сердца, но каком - точно больной сказать не может. Длительное время самочувствие оставалось хорошим. Настоящее ухудшение в течение последней недели после перенесенной простуды.При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 20 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, ритмичны, на верхушке выслушивается грубый систолический шум, проводящийся в левую аксилярную область. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 75 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная и слепая кишка нормальной консистенции, безболезненные. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $9{,}6 \times 10^{9}$/л, эритроциты - $4{,}5 \times 10^{12}$/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 5 %,сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 10 м м/ч.Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

1. Дайте оценку аускультации сердца.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

4. Тактика лечения больного.

Тема № 8 Аортальные пороки

S: НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ:
- увеличение левой границы сердца;
- Facies mitrales;
- наличие мерцательной аритмии;
+ наличие "щелчка открытия" митрального клапана;
- сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании.

S: ФЕНОМЕН «ПЛЯСКА КАРОТИД» ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
+недостаточности аортального клапана
-тетраде Фалло
-стенозе митрального клапана
-болезни Аддисона

S: ДЛИТЕЛЬНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ПОРОКА СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЁТ ГИПЕРФУНКЦИИ

+левого желудочка
-правого желудочка
-левого предсердия
-правого предсердия

S: У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
+систолическое АД повышается, а диастолическое АД снижается
-систолическое АД не изменяется, а диастолическое АД повышается
-систолическое АД снижается, а диастолическое АД повышается
-систолическое и диастолическое АД не изменяются

S: СТЕНОЗ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
+ ревматизма;
- инфаркта миокарда;
- травмы грудной клетки;
- инфекционного эндокардита

S: ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС БЫВАЕТ ПРИ:
- стенозе устья аорты;
- недостаточности митрального клапана;
- легочной гипертензии любого происхождения;
+ недостаточности трикуспидального клапана;
- недостаточности клапана аорты.

S: СРЕДНЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ЩЕЛЧОК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ:
- митральном стенозе;
- аортальном стенозе;
- трикуспидальном стенозе;
+ пролапсе митрального клапана;
- аортальной недостаточности.

S: ОСОБЕННОСТЬ ПУЛЬСА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:
- брадикардия;
- мерцательная аритмия;
- малый медленный;
+ высокий скорый.

S: СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ВНЕШНЕГО ВИДА БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ:
- диффузный цианоз кожных покровов
- акроцианоз
+ бледность кожных покровов
- симптом Мюссе
- "пляска каротид"

S: ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПОРОКОВ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ:
- стеноз устья аорты
- сочетанный митральный
+ недостаточность аортального клапана

Клиническая задача 1

Больная С., 43 года, поступила в клинику с жалобами на головокружение, одышку и боли в области сердца сжимающего характера, возникающие при умеренной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 3 мин. В возрасте 22 лет перенеслатяжелую ангину, около месяца находилась на лечении в больнице. Длительное время занималась спортом и чувствовала себя хорошо. Около двух лет назад при профилактическом осмотре был обнаружен шум в сердце, а на ЭКГ была выявлена гипертрофия левого желудочка, что было расценено как проявление «спортивного сердца», ЭхоКГ не проводилась. Ухудшение состояния в течение последних трех месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы.

Профессиональных вредностей нет, пациентка не курит, не употребляет алкоголь. Направлена участковым терапевтом для обследования и лечения.При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостеническое телосложение. Рост - 174 см, вес - 68 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Подкожный жировой слой развит умеренно. Отеков нет. Костно-мышечная система без патологии. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук, при топографической перкуссии - границы легких в пределах нормы. При аускультации определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой, куполообразный, пальпируется на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 1,5 см от правого края грудины в четвертом межреберье, левая - на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии в четвертом межреберье, верхняя - нижний край III ребра. При аускультации - II тон ослаблен во втором межреберье справа от грудины, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сонные артерии. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 60 уд/мин. Пульс слабого наполнения, ритмичный, 60 уд/мин. АД 110/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Печень и селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты - $7{,}3x10^9$/л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 8 мм/ч. СРБ отрицательный, титр антигиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД). Общий анализ мочи: относительная плотность - 1023, реакция кислая, эритроцитов, белка, глюкозы нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

1. Выделите клинические синдромы, которые наблюдаются у больной.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной Г., 76 лет, предъявляет жалобы на сжимающие боли в области сердца при небольшой физической нагрузке и в покое, купирующиеся нитроглицерином в течение 2 мин, одышку при небольшой физической нагрузке. Пять лет назад перенес инфаркт миокарда. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Топографическая перкуссия - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких везикулярное дыхание, хрипов нет. При пальпации грудной клетки определяется усиленный верхушечный толчок в четвертом межреберье на 1 см кнутри от левой передней подмышечной линии. Границы сердечной тупости: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро, левая - на 1 см кнутри от левой передней подмышечнойлинии. При аускультации сердца: ЧСС - 68 уд/мин, тоны сердца во втором межреберье справа от грудины ослаблены, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сосуды шеи. Пульс ритмичный, слабого наполнения, медленный, 68 уд/мин, АД 100/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Печень и селезенка не пальпируются. Область почек не изменена. Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты - $7{,}3x10^9$/л, эозинофилы -1%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 3%. СОЭ - 8 мм/ч. Иммунологический анализ крови: СРБ отрицательный, титр анти-гиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептоли-зина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД). Общий анализ мочи: относительная плотность - 1023, реакция кислая, белка, эритроцитов, глюкозы нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения. В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание увеличение уровня холестерина до 7,2 ммоль/л.Рентгенография органов грудной клетки: легкие без патологии, увеличение левого желудочка, аорта плотная.

1. Объясните аускультативную картину сердца пациента.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больная П., 44 г., поступила в клинику с жалобами на слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые отметила одышку при физической нагрузке. Ухудшение состояния в течение последнего года: появились и стали нарастать одышка при обычной физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Также удалось выяснить, что в детстве часто болела ангинами, в 25 лет был эпизод болей в суставах после очередной ангины. Однако симптомы быстро прошли, к врачам не обращалась. Беременностей не было. Профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает.При осмотре состояние средней тяжести. Астенического тело-сложения. Кожные покровы бледные. Определяется усиленная пульсация сонных артерий. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Отеки стоп, голеней.ЧД - 25 в минуту. При сравнительной перкуссии определяется легочный звук. Границы легких при топографической перкуссии впределах нормы. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет.Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок увеличенный, пальпируется в шестом межреберье по передней подмышечной линии. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет. Границы сердца: левая - 1,5 см кнутри от передней подмышечной линии в шестом межреберье, правая - наI см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро. При аускультации выявляется ослабление I тона на верхушке сердца. АкцентII тона во втором межреберье слева от грудины. Ритм сердца правильный. Во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина- Эрба выслушивается мягкий, дующий, протодиастолический шум. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, синхронный, ритмичный, 96 в минуту. Дефицита пульса нет. АД 150/40 мм рт.ст.Живот нормальной формы, симметричен. Характер перкуторного звука тимпанический. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный.Размеры печени по Курлову: 14x12x11 см. При пальпации нижний край печени выступает из правого подреберья на 3-4 см, мягкой консистенции, безболезненный, поверхность печени ровная. Селезенка не увеличена.Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $15x10^9$/л, эритроциты - $3,5x10^{12}$/л, сегментоядерные - 61 %, палочкоядерные - 6 %, эозинофилы - 3 %, лимфоциты - 25 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 15 мм/ч.СРБ отрицательный, титр антигиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД).Общий анализ мочи: удельный вес - 1017, глюкозы, белка нет, лейкоциты - 1-3 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.ЭКГ: высокий зубец *R* в отведениях V_5.6, глубокий *S* в V_{1-2}, депрессия сегмента *ST* в V_5.6, двухфазный *T* в отведениях V_5.6Рентгенография органов грудной клетки: тень сердца с подчеркнутой «талией», увеличенным левым желудочком, закругленной верхушкой, напоминает «сидящую утку или башмак».

1. О чем свидетельствует аускультативная картина сердца?

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные исследования необходимы для постановки диагноза?

4. Назначьте лечение.

Тема № 9 Инфекционный эндокардит

S: К ФАКТОРАМ РИСКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:
- катетеризация вен;
+ легочная гипертензия;
- выскабливание полости матки;
- врожденный порок сердца.

S: ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФАЗЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:
- эффективна;
+ не эффективна.

S: БОЛЕЗНЕННЫЕ ЭРИТЕМАТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОДУШЕЧЕК ПАЛЬЦЕВ РУК И НОГ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, НАЗЫВАЮТСЯ
-пятна Лукина;
-пятна Джейнуэя;
-инфекционные аневризмы;
-пятна Рота;
+ узелки Ослера.

S: ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ
-Лейк-Луиз;
+Дюка;
-Шварца;
-Киселя-Джонса;
-Маркуса.

S: ИММУНОДЕФИЦИТ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:
+развивается;
-не развивается.

S: ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:
+характерен;
-не характерен.

S: ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА
-легочном клапане;
-дефектах перегородок;
+трехстворчатом клапане;
-митральном клапане;
-аортальном клапане.

S: ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЕТСЯ:
- аортальный стеноз;
- митральный стеноз;
+ аортальная недостаточность;
- стеноз устья легочной артерии.

S: ПЕРВИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ НЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ:
- экстракции зуба;
- наркомании;
- аборте;
+ ревматизме.

S: ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПОСЕВА КРОВИ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ:
- исключает;
+ не исключает.

S: САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:
- тромбоэмболический синдром;
- геморрагический синдром;
+ прогрессирующая сердечная недостаточность;
- бактериально-токсический шок.

Тема № 10 Аритмии, блокады (нарушение проводимости)

S: АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
-редким правильным ритмом
-постепенным удлинением PQ с периодическим выпадением QRS
-постоянным интервалом PQ с периодическим выпадением QRS

-периодическим выпадением Р и QRSД. Правильный ритм, наличие зубца Р перед каждым комплексом QRS, ЧСС менее 60 уд/мин.

S: К ЭКГ-признакам синусовой брадикардии относят:
-. Ритм правильный, зубец Р синусового происхождения, частота сердечных сокращений менее 60 уд/мин.
- Отсутствие зубца Р у каждого второго комплекса QRS, частота сердечных сокращений 50 уд/мин.
- Увеличение интервала P-Q более 0,21 с, выпадение каждого третьего комплекса QRS.
- Наличие дельта-волны на восходящем колене зубца R, частота зубцов R 70 уд/мин.
- Ритм сердца неправильный, частота зубцов R от 52 до 68 уд/мин.

S: НЕПРЯМЫЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
-прогрессирования стенокардии напряжения
-возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий
+кардиоэмболических осложнений
-развития сердечной недостаточности

S: В зависимости от периодичности появления экстрасистол выделяют:
-Мономорфные, полиморфные.
- Наджелудочковые.
- Желудочковые.
- Бифокусные.
- Бигеминии, тригеминии.

S: ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ СЧИТАЕТСЯ:
- Наличие зубца *P* перед внеочередным комплексом *QRS* с последующей компенсаторной паузой, внеочередной комплекс *QRS* не деформирован.
- Неправильный ритм с деформацией комплекса *QRS.*
- Выпадение каждого второго комплекса *QRS.*
- Отсутствие зубца *P* перед внеочередным комплексом QRS, расширение комплекса *QRS.*
- Наличие волн *F.*

S: К ЭКГ КРИТЕРИЯМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ОТНОСЯТ
-измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом
-комплекс QRS преждевременный, не расширен
-наличие неполной компенсаторной паузы
+комплекс QRS преждевременный, расширен, деформирован

S: В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ И ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛИЙ ВЕДУЩИМИ ПРИЗНАКАМИ СЧИТАЮТСЯ:
- Частота сердечных сокращений.
- Наличие или отсутствие зубца *P,* морфология и длительность внеочередного комплекса *QRS.*
-. Изменения сегмента *ST* в правых грудных отведениях.
- Наличие компенсаторной паузы.
- Амплитуда зубца *P.*

S: ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
-одинаковыми интервалами R-R
-наличием преждевременных комплексов QRS
-укорочением интервалов PQ
+отсутствием зубцов Р

S: В КЛАССИФИКАЦИИ ФП ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ АРИТМИИ:
- Пароксизмальную, персистирующую (устойчивую), постоянную.
- Частую, редкую, постоянную.
- Приступообразную, хроническую.
- Стабильную, рецидивирующую.
- Прогрессирующую.

S: ДЛЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ (УСТОЙЧИВОЙ) ФОРМЫ ФП ХАРАКТЕРНО:
- Хроническая форма фибрилляции предсердий, лечение антиаритмическими препаратами не показано.
- Пароксизмы фибрилляции предсердий, которые проходят самостоятельно, имеют небольшую продолжительность приступа.
- Первый зарегистрированный приступ фибрилляции предсердий.
-Длительно существующая фибрилляции предсердий (более
года), при которой попытка электрической кардиоверсии не предпринималась или была неудачной.
- Приступы ФП длительностью более 7 дн., которые купируются приемом антиаритмических препаратов.

Клиническая задача 1

Больной Ф., 72 года, обратился в клинику с жалобами на потемнение в глазах, головокружение, кратковременные эпизоды потерисознания при выполнении физической нагрузки, боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при быстрой ходьбе, которые больной купирует приемом нитроглицерина, одышку.Из анамнеза известно, что в течение 7 лет страдает ИБС, год назад перенес ИМ. В последние несколько месяцев самочувствие ухудшилось, появились приступы головокружения и потери сознания.При осмотре обращает на себя внимание расширение границ относительной сердечной тупости: правая на 1 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне верхнего края III ребра, левая на 1 см кнаружи от среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца: тоны приглушены, аритмичные. Пульс - 72 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст.Общий анализ крови и общий анализ мочи без патологии. ЭКГ больного представлена на рис. 3-13.**Рис. 3-13.** Электрокардиограмма больного

1. Объясните причину появления обмороков у больного.

2. Какое нарушение ритма наблюдается у пациента?

3. Дайте классификацию этой аритмии.

4. Какие исследования необходимо включить в план обследования больного?

Клиническая задача 2

Больной К., 48 лет, обратился в клинику с жалобами на тяжесть в затылочной области, приступы неритмичного сердцебиения, возникающие ежедневно, чаще вечером, в покое, после приема пищи или умеренного количества алкоголя, продолжительностью до 2 ч, которые сопровождаются чувством страха, ощущением нехватки воздуха. Приступы купируются самостоятельно.Из анамнеза известно, что считает себя больным в течение последних 6 лет, когда на фоне приема алкоголя впервые возник приступ сердцебиения. Бригадой «скорой помощи» на ЭКГ зарегистрировано нарушение сердечного ритма, после внутривенного введения антиаритмических препаратов ритм восстановился. В течение последних 5 лет стал отмечать появление АГ, максимальные цифры АД 160/100 мм рт.ст., но постоянной антигипертензивной терапии не получал. До настоящего времени приступы аритмии были редкими, возникали 3-4 раза в год, купировались самостоятельно. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца, когда пароксизмы сердцебиения участились, стали возникать до 4-6 раз в неделю, сопровождались повышением АД.Работает госслужащим, профессиональные вредности отрицает. Семейный анамнез: отец больного страдает ИБС, гипертонической болезнью, в возрасте 50 лет перенес ИМ.Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко.При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, гиперстеническое. Рост - 185 см, вес - 120 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 35 кг/м^2. При аускультации легких дыхание везикулярное проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания (ЧД) - 16 в мин.Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Пульс - 82 уд/мин. АД 130/80 мм рт.ст. на обеих руках.Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, размеры по Курлову: 10x9x8 см.Общий анализ крови, общий анализ мочи без патологии.В амбулаторной карте пациента обнаружена ЭКГ, зарегистрированная в момент пароксизма аритмии (рис. 3-14).

1. Какое нарушение ритма выявлено у пациента? Дайте современную классификацию этой аритмии.

2. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному?

3. Сформулируйте клинический диагноз.

Клиническая задача 3

Больной З., 69 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель с выделением мокроты желтого цвета, затруднение дыхания, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость.Считает себя больным в течение последних 15 лет, когда был поставлен диагноз хронического обструктивного заболевания легких. Дважды в год госпитализируется в связи с обострением бронхооб-структивного синдрома, эпизодически при затруднении дыхания использует бронходилататоры.Вредные привычки: больной курит на протяжении 40 лет до 20 сигарет в день. Профессиональный анамнез: работает шофером. Аллергологический анамнез не отягощен.При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 36,8 °С. Больной астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, влажные, незначительный акроцианоз.ЧД - 22 в мин. При пальпации грудная клетка безболезненна. Голосовое дрожание ослаблено. При сравнительной перкуссии определяется коробочный звук. При аускультации легких - дыхание жесткое, выдох удлинен, в фазу выдоха выслушиваются сухие жужжащие хрипы.Границы относительной тупости сердца расширены вправо. Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Пульс - 88 уд/мин. АД 130/85 мм рт.ст.Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см.Общий анализ крови, общий анализ мочи без патологии.Рентгенография органов грудной полости: повышение прозрачности легочной ткани, низкое стояние диафрагмы, корни легких тяжисты, малоструктурны, очаговых теней нет.ЭКГ представлена на рис. 3-15.

1. Какое нарушение сердечного ритма возникло у больного?

2. Назовите причину этого нарушения.

Тема № 11 Хроническая сердечная недостаточность

S: К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ
+одышку
-ноющие боли в области сердца
-боли в суставах
-головную боль

S: ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
-врожденный порок сердца;
-ревматизм;
-симптоматическая гипертензия;
+бронхиальная астма.

S: КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХСН I СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
+скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
-Наличие признаков недостаточности кровообращения по большому кругу в покое
-Наличие признаков застоя в малом и большом кругах кровообращения в покое
-Наличие признаков недостаточности кровообращения по малому кругу в покое

S: ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДАВЛЕНИЕ В ВЕНОЗНОМ РУСЛЕ:
+увеличивается;
-не изменяется;
- уменьшается.

S: В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДИАГНОЗ ХСН МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ В КРОВИ
-ренина и альдостерона
-катехоламинов
+ натрийуретических пептидов
альдостерона

S: ПРЯМЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ АГЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
+дигоксин;
-нитропруссид натрия;
-фуросемид;

-верошпирон;
-нифедипин.

S: ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:
-набухание шейных вен;
-асцит;
-увеличение печени;
+ортопноэ;
-отеки на ногах.

S: ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО:
-увеличение размеров сердца;
-ритм галопа;
+ритм перепела;
-маятникообразный ритм;
-снижение сердечного выброса.

S: К СЕРДЕЧНЫМ ГЛИКОЗИДАМ НЕ ОТНОСИТСЯ:
-дигоксин;
-строфантин;
-изоланид;
+альдактон.

S: НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРИЗНАКАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:
-увеличение печени;
+снижение венозного давления;
-замедление скорости кровотока;
-цианоз;
-отеки.

Клиническая задача 1

Больной Д., 58 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что в возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года больной отметил появление одышки сначала при интенсивной, потом при обычной физической нагрузке. Отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца.При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски. Акроцианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 20 в мин. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 94 в минуту АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см.Общий анализ крови: гемоглобин - 150 г/л, лейкоциты - $6{,}8x10^9$/л, эритроциты - $4{,}6x10^{12}$/л, эозинофилы -1%, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 22 %, моноциты - 8 %,СОЭ - 6 мм/ч.Общий анализ мочи: относительная плотность 1019, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 6,6 ммоль/л.ЭхоКГ: размер левого предсердия - 3,6 см (норма до 4 см). Конечный диастолический размер левого желудочка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракция выброса 40% (норма - 50-70 %). Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Отмечаются зоны акинеза в области перенесенного инфаркта.

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больная Е., 72 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 м и подъеме на один лестничный пролет, слабость, утомляемость, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что около 22 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными подъемами цифр артериального давления до 220/110 мм рт.ст. Регулярного лечения не получает. Страдает сахарным диабетом 2 типа.При осмотре: состояние средней тяжести. Рост 155 см, вес 102 кг. Кожные покровы обычной окраски. Небольшие отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания - 18 в мин. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ясные, выслушивается акцент II тона во II межреберье справа от грудины, шумов нет. Ритм сердца правильный, ЧСС 96 в минуту. АД 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 12x11x8 см. Окружность живота 120 см.Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - $7,4x10^9$/л, эритроциты - $4,1x10^{12}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20%, моноциты - 5 %, СОЭ - 14 мм/ч.Общий анализ мочи: относительная плотность 011, реакция кислая, белок 75 мг/сут, глюкоза отсутствует, эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.В биохимическом анализе крови - уровень холестерина 8,3 ммоль/л, глюкоза 7,8 ммоль/л.ЭКГ: сумма R $V_5$6 и SV_{12}>35 мм.

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больной.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больная Б., 38 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке,быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. Из анамнеза известно, что в возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.При осмотре: состояние тяжелое. Отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускуль-тации над легкими - жесткое дыхание, в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов. При пальпации грудной клетки верхушечный толчок определяется в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье, верхняя - верхний край III ребра. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 в мин. АД 110/65 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 13x12x10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный.Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - $6,81x10^9$/л, эритроциты - $4,0x10^{12}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 5 %, СОЭ -12 мм/ч.Общий анализ мочи: относительная плотность 1010, реакция кислая; белок, глюкоза отсутствуют; эритроциты 0 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.Рентгенография органов грудной полости: увеличение тени сердца за счет левых отделов, застойные явления в малом круге кровообращения.

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больной.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Дополнительные методы обследования.

4. Назначьте лечение.

Тема № 12 Зачетное занятие. Защита историй болезни, тестовый контроль

S: 57-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ, ЧТО В ТЕЧЕНИЕ ГОДА 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ ПОД УТРО ВОЗНИКАЮТ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ОТДАЮЩИЕ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ ПОЛУЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНТИРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ V2-V5 8 ММ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ST НА ИЗОЛИНИИ. У БОЛЬНОГО:
-стабильная стенокардия 4-го функционального класса;
-инфаркт миокарда;
-ишемическая дистрофия миокарда;
+вариантная стенокардия;
-прогрессирующая стенокардия.

S: БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ ПОЛУЧАЕТ ПО ПОВОДУ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ИНЪЕКЦИИ ГЕПАРИНА. В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТА РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ГЕПАРИНА НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ:
-фибриноген;
-аминокапроновую кислоту;
+протаминсульфат;
-викасол;

S: БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ, НОЧЬЮ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭКГ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:
+вариантная стенокардия Принцметала;
-повторный инфаркт миокарда;
-развитие постинфарктной аневризмы;
-приступы не имеют отношения к основному заболеванию;
-тромбоэмболия ветвей легочной артерии.

S: У БОЛЬНОГО 52 ЛЕТ С ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВОЗНИК ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПРИ ОСМОТРЕ: ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ, В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ. ЧСС - 100 В МИНУТУ. АД - 120/100 ММ РТ.СТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:
-кардиогенный шок;
-тромбоэмболия легочной артерии;
+отек легких;
-разрыв межжелудочковой перегородки;

S: У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛСЯ ОТЕК ЛЕГКИХ. АД - 220/140 ММ РТ.СТ. В ЭТОЙ СИТУАЦИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:
-бета-блокатор;
-нифедипин;
-дигоксин;
+лазикс.

S: У 22-ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗАМЕЧЕНА АСИММЕТРИЯ ПУЛЬСА НА РУКАХ. АД - 150/100 ММ РТ.СТ. СЛЕВА И 120/70 ММ РТ. СТ. СПРАВА. СОЭ - 28 ММ/ЧАС. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:
-коарктация аорты;
-вегетососудистая дистония;
-открытый артериальный проток;
+аорто-артериит (болезнь Такаясу);
-узелковый периартериит.

S: ДЛЯ ПОЛНОЙ A-V БЛОКАДЫ НЕ ХАРАКТЕРНО:
-частота пульса - 36 в минуту;
-правильный ритм;
+учащение пульса при физической нагрузке;
-меняющаяся интенсивность тонов сердца.

S: ПРИ ПРИСТУПЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ:
+строфантин;
-лидокаин;
-новокаинамид;
-этацизин;
-кордарон.

S: У 42-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ЧАСТЫЕ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ, ОЩУЩАЕМЫЕ БОЛЬНЫМ КАК НЕПРИЯТНЫЕ "ТОЛЧКИ" В ГРУДИ. ДАННОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА ГРОЗИТ РАЗВИТИЕМ:
+мерцательной аритмии;
-пароксизмальной желудочковой тахикардии;
-фибрилляции желудочков.

S: КОНСТРИКТИВНЫЙ ПЕРИКАРДИТ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПРИ:
+набухании шейных вен, увеличивающемся при вдохе;
-усилении тонов сердца;
-неодинаковом давлении в полостях сердца;
-преобладании признаков левожелудочковой недостаточности.

8 СЕМЕСТР

Тема№1 Синдром диспепсии, ГЭРБ Хронический гастрит

S: СНИЖЕНИЕ СЕКРЕТОРНО-КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:
- хроническом антрум-гастрите;
+хроническом атрофическом гастрите;
- хроническом гипертрофическом гастрите;
- синдроме Золлингера-Эллисона.

S: ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
-поэтажная манометрия
+эндоскопия с прицельной биопсией
-рентгенологическое исследование желудка
-исследование секреторной функции желудка

S: ПРЕПАРАТ "АЛЬМАГЕЛЬ" ЯВЛЯЕТСЯ
- блокатором Н2-гистаминорецепторов;
- холинолитиком общего действия;
- спазмолитиком;
+ антацидом;
- прокинетиком.

S: ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
-спастического стула
-диареи
+диспепсического синдрома
-умеренного лейкоцитоза

S: ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИМЕНЯЮТ
- атропин;
+ натуральный желудочный сок;
- альмагель;
- фамотидин;
- гистамин.

S: АНТИТЕЛА К ОБКЛАДОЧНЫМ КЛЕТКАМ ЖЕЛУДКА ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ_____ГАСТРИТЕ
-лимфоцитарном
+аутоиммунном

-ассоциированном с хеликобактер пилори
-рефлюкс-

S: ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- исследование желудочной секреции и гастроскопию;
+ гастроскопию и морфологическое исследование;
- морфологическое исследование и рентгеноскопию желудка;
- рентгеноскопию желудка и исследование желудочного сока.

S: ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИНДРОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН
- диспепсический;
- болевой;
- геморрагический;
- астенический;
+ полигландулярной эндокринной недостаточности.

S: ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИМПТОМОВ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
- похудание;
- чувство тяжести в эпигастральной области;
- снижение аппетита;
+ потливость;
- боль.

S: ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕ ХАРАКТЕРНО
- отрыжка воздухом;
- чувство переполнения в эпигастральной области;
- поносы;
- неприятный вкус во рту;
+ рвота.

УИРС

1. Дыхательная недостаточность острая и хроническая. Этиология. Клинические варианты. Классификация.
2. Острое легочное сердце. Причины, патогенез, клиника. ЭКГ-данные. Принципы лечения.
3. Этиология и патогенез хронического легочного сердца. Клиника. Критерии диагностики. Принципы лечения.
4. Астматический статус (жизнеугрожающая астма). Этиология, патогенез, классификация. Клиника. Принципы лечения.
5. Бактериально-токсический шок. Этиология, патогенез, клиника. Принципы лечения.
6. Респираторный дистресс-синдром. Патогенез, клинические проявления. Принципы лечения.
7. Синдром Хаммана-Рича. Критерии диагностики. Принципы лечения.
8. Легочное кровотечение. Этиология, клинические проявления. Лечение. Дифференциальный диагноз с желудочным кровотечением.
9. Бронхоэктатическая болезнь. Критерии диагностики. Принципы лечения.
10. Хронические обструктивные заболевания легких - ХОБЛ. Факторы риска ХОБЛ, понятие об этой патологии, болезни относящиеся к ХОБЛ. Принципы лечения.

Тема № 2 Язвенная болезнь, Рак желудка

S: БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
-язвы кардиального отдела желудка
-фундального гастрита
+язвы двенадцатиперстной кишки
-эзофагита

S: У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЯВИЛИСЬ ПОЧТИ ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ
- стеноз привратника;
+ пенетрацию;
- малигнизацию;
- перфорацию;

- демпинг-синдром.

S: ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
- боли натощак;
+ боли через 30 мин после еды;
- боли через 2,5 часа после еды;
- боли справа в эпигастрии;
- изжога, кислая отрыжка.

S: ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
+пенетрация
-желчекаменная болезнь
-почечная колика
-портальная гипертензия

S: У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ "ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ", РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. У БОЛЬНОГО ВОЗНИКЛО
- пенетрация;
- перфорация;
- кровотечение;
+ стеноз привратника;
- малигнизация.

S: СТРЕССОВАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ
- перфорацией;
+ кровотечением;
- пенетрацией;
- малигнизацией.

S: У БОЛЬНОГО ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НАТОЩАК. ЭТОТ СИМПТОМ УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ
- хронического гастрита;
- язвенной болезни желудка;
+ язвенной болезни 12-перстной кишки;
- холецистита;
- панкреатита.

S: КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПИЛОРОСТЕНОЗА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- рвота, приносящая облегчение;
- истощение и обезвоживание;
- тетания;
+ диарея;
- шум "всплеска".

S: ОБОСТРЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРИЁМЕ
-ингибиторов АПФ
-желчегонных
-ноотропов
+НПВС

S: ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ХАРАКТЕРНО
- стеноз привратника;
- перфорация;
- кровотечение;
- пенетрация;
+ малигнизация.

Клиническая задача 1

Больной В., 20 лет, обратился к врачу с жалобами на изжогу, запоры, а также боль в эпигастральной области, возникающую через 1,5-2 ч после приема пищи, чаще ночью, боль облегчается приемом молока.Из анамнеза известно, что пациент учится в институте. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез мать - здорова, у отца - язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.Считает себя больным с осени прошлого года, когда впервые почувствовал появление болей в эпигастрии, однако к врачам не обращался, по совету друзей принимал омепразол, с положительным эффектом. Настоящее ухудшение самочувствия наблюдалось в течение последних двух недель, когда вновь стала беспокоить боль в эпигастрии, изжога, появилась склонность к запорам.При осмотре состояние удовлетворительное. Больной астенического телосложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца звучные, шумов нет, ритм сердца правильный, ЧСС - 88 уд/мин. АД 120/70 мм рт.ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см.Общий анализ крови НЬ - 136 г/л, лейкоциты - $6,1x10^9$/л, палочкоядерные - 3 %, сегментоядерные - 57 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 32 %, моноциты - 6 %. СОЭ - 14 мм/ч.ЭГДС преимущественно в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая, с налетом фибрина, отечная, гиперемирован-ная, имеются единичные кровоизлияния в слизистую оболочку.

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у данного больного?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?

3. Сформулируйте клинический диагноз.

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Пациент С., 24 года, поступил в клинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5-2 ч после приема пищи, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, снижение аппетита, запоры.Впервые подобные жалобы возникли год назад, но боли быстро купировались приемом алмагеля в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что ранее в течение многих лет наблюдался в поликлинике с диагнозом хронический гастрит.Перенесенные заболевания краснуха, скарлатина. Профессиональный анамнез в течение последнего года работает экономистом на предприятии. По работе часто ездит в командировки, питание нерегулярное. Вредные привычки часто на банкетах употребляет алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез у отца и дяди - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, мать здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,6 °С. Больной пониженного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, сухие. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердца правильный, ЧСС - 70 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в зоне Шоффара. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный, обычного цвета.Общий анализ крови гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $6,4x10^9$/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 60 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 30 %, моноциты - 8 %. СОЭ - 10 мм/ч.Общий анализ мочи без патологических изменений.ЭГДС по передней поверхности луковицы двенадцатиперстной кишки выявлена язва диаметром 0,8 см. Признаки воспаления слизистой оболочки антрального отдела желудка.

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у пациента?

2. Составьте план обследования больного.

3. Сформулируйте клинический диагноз.

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

В клинику доставлен пациент 58 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах. Накануне вечером на фоне дискомфорта в животе был двукратный, неоформленный, черный стул.Из анамнеза известно, что 3 месяца назад был госпитализирован в отделение травматологии после

автомобильной катастрофы, где был диагностирован перелом лучевой кости. В течение последнего месяца бесконтрольно принимает диклофенак от 2 до 4 таб. в день из-за болей в области перелома. Настоящее ухудшение самочув-ствия возникло накануне вечером, когда появилась слабость, темный жидкий стул.Перенесенные заболевания детские инфекции, хронический бронхит. Профессиональный анамнез работает инженером на судостроительном заводе. Вредные привычки курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез не отягощен.При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 37,1 °С. Больной гиперстенического телосложения, повышенного питания, ИМТ 29 кг/м^2. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодный пот. Грудная клетка эмфизематозная, при пальпации эластичная, безболезненная. ЧД - 17 в минуту. При аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет.Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации сердца тоны сердца ясные, шумы не выслушиваются, ритм сердца правильный, ЧСС - 110 уд/мин, АД 85/40 мм рт.ст.Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Селезенка не увеличена.При проведении ректального исследования выявлен жидкий черный стул.Общий анализ крови НЬ - 62 г/л, гематокрит - 34, лейкоциты - 6,1х10^9/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 59 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 29 %, моноциты - 9 %. СОЭ - 20 мм/ч.Общий анализ мочи без патологических изменений.

1. Какие симптомы и синдромы выявлены у данного больного?

2. Какие дополнительные обследования необходимо провести больному?

3. Сформулируйте клинический диагноз.

4. Определите тактику лечения.

Тема №3 Хронический панкреатит и патология билиарной системы

S: ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
+инфекция Helicobacter pylori
-сдавления и перегибы желчных протоков
-анатомические особенности строения желчного пузыря и протоков
-дискинезии

S: У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. НЕ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
- атропин;
- папаверин;
- нитроглицерин;
+ морфин;
- анальгин.

S: ВЕДУЩИМ ИНФЕКЦИОННЫМ АГЕНТОМ В РАЗВИТИИ ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
-вирус гепатита
-стрептококк
-стафилококк
+кишечная палочка

S: ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ
- с непереносимостью жиров;
- после вирусного гепатита;
+ с идиосинкразией к йоду;
- с желчнокаменной болезнью.

S: ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ СО СТОРОНЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
+телеангиоэктазия
-диффузный цианоз

-бледность кожи
-гиперемия лица

S: ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
- тошнота;
+ отрыжка кислым;
- горечь во рту;
- изжога;
- спастический стул.

S: ДЛЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СИМПТОМА КУРВУАЗЬЕ ХАРАКТЕРНО
- боль в правом подреберье;
- боль в правом подреберье и увеличенный желчный пузырь;
+ боль в правом подреберье, увеличенный желчный пузырь и желтуха.

S: ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
-АЛТ
-АСТ
-АЛТ и АСТ
+гамма-ГТ и щелочной фосфатазы

S: НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ
- ультрасонография;
- холецистография;
- сцинтиграфия;
+ рентген брюшной полости;
- компьютерная томография.

S: ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- инфекция;
- дискинезия желчных путей;
- аномалия развития;
- холелитиаз;
+ рефлюкс желчи в желудок.

S: РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ НЕ СПОСОБСТВУЕТ
- застой желчи;
- изменение химических свойств желчи;
- сенсибилизация организма к аутоинфекции;
- дисмоторика желчевыводящих путей;
+ желчегонная терапия.

Клиническая задача 1

Больной Л., 42 года, грузчик, поступил в клинику с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита.Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Обострения бывают 3-4 раза в год.Вредные привычки в течение 10 лет злоупотребляет крепкими спиртными напитками (в основном водкой), в среднем от 80 до 200 мл чистого этанола в сутки. Питание недостаточное и неполноценное.При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 77 см, вес - 54 кг, ИМТ - 17,2 кг/м^2. На коже груди и живота ярко-красные пятнышки, не исчезающие при надавливании. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 92 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Язык несколько сухой, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шоффара и точке Дежардена, положительный симптом Кача. Размеры печени по Курлову 11x9x9 см, печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии на 1 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации.

Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.Лабораторно-инструментальные исследования.Клинический анализ крови гемоглобин - 128 г/л, лейкоциты - 10,3х10^9/л, палочкоядерные нейтрофилы - 6 %, сегментоядерные нейтрофилы - 70 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 20 мм/ч.Биохимический анализ крови общий билирубин - 18,9 ммоль/л, прямой билирубин - 4,2 ммоль/л, АСТ - 105 МЕ/л, АЛТ - 97 МЕ/л, у-глутамилтранспептидаза - 150 МЕ/л, амилаза - 280 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л.При УЗИ органов брюшной полости размеры печени увеличены за счет правой доли, контуры неровные, паренхима ее неоднородна, эхогенность печени повышена. Воротная вена не расширена (9 мм в диаметре). Желчный пузырь обычных размеров, стенка его не утолщена, конкрементов не выявлено. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). На фоне усиления эхогенности поджелудочной железы отмечается увеличение размеров ее головки до 5 см. Выявлены участки кальцификации паренхимы поджелудочной железы и конкремент в главном панкреатическом протоке. Отмечается расширение главного панкреатического протока до 7 мм. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография определяется неровность контуров протоков, их извилистость, участки стеноза и дилатаций («четкообразный» проток). Выявлен конкремент в главном панкреатическом протоке. Терминальный отдел главногопанкреатического протока контрастирован до уровня внутрипрото-кового конкремента. Заключение выявленные признаки обструкции главного панкреатического протока.

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной Н., 56 лет, поступил в отделение с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхней части живота, усиливающиеся вскоре после еды и в положении лежа на спине, неоднократную рвоту, вздутие и урчание живота, учащенный до 3-5 р/сут неоформленный стул с выделением обильных каловых масс с жирным блеском, кашицеобразной консистенции, жажда и сухость во рту.Из анамнеза заболевания известно, что в течение 5 лет страдает хроническим холециститом. Раннее 2-3 раза в год возникали приступообразные тупые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, которые снимались приемом спазмолитиков. Часто обострения провоцировались приемом пищи, содержащей желчегонные компоненты (жиры, икра, яичный желток и т. д.). Обращался к терапевту и хирургу, было предложено хирургическое лечение, от которого больной отказался. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный учащенный неоформленный стул, похудел на 4 кг, появились жажда и сухость во рту, стал пить больше жидкости, участилось мочеиспускание. За 2 дня до поступления на фоне нарушения диеты (прием жирной, жареной пищи) у больного появились вышеуказанные жалобы.Вредные привычки отрицает. Профессиональных вредностей нет.При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 169 см, вес - 50 кг, ИМТ - 17 кг/$м^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие. Отмечается гиперстезия кожи в зонах иннервации VIII грудного сегмента слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 88 уд/мин. АД 135/65 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в точке, расположенной на границе наружной и средней трети линии,соединяющей пупок со срединой левой реберной дуги. Отмечается болезненность в холедохо-панкреато-дуоденальной зоне Шоффара. Желчный пузырь не пальпируется.Лабораторно-инструментальные исследования.Клинический анализ крови гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты - 14х10^9/л, палочкоядерные нейтрофилы - 8 %, сегментоядерные нейтрофилы - 68 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 19 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 37 мм/ч.Биохимический анализ крови общий билирубин - 16,9 ммоль/л, прямой билирубин - 3,8 ммоль/л, АСТ - 28 МЕ/л, АЛТ - 37 МЕ/л, амилаза - 321 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 7,3 ммоль/л.Анализ мочи диастаза - 143 МЕ/л.Анализ кала неоформленный, консистенция кашицеобразная. Обнаружены мышечные волокна, жиры - много.ЭГДС в желудке выявлено много слизи, луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.При УЗИ органов брюшной полости размеры печени не увеличены, контуры ровные, паренхима ее имеет однородную малоэхогенную структуру. Воротная вена не расширена (8 мм в диаметре). Выявлено утолщение стенки (более 4 мм) и увеличение размеров желчного пузыря. В полости желчного пузыря обнаружен один камень округлой формы (9 мм в диаметре). Общий желчный проток не расширен (около 5 мм). Отмечается уплотнение капсулы, снижение эхогенности поджелудочной железы и увеличение размеров ее головки и тела с ровными контурами. Выявлена выраженная отечность в области головки поджелудочной железы. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.При эндоскопической

ретроградной холангиопанкреатографии выявлены умеренно выраженные изменения протоковой системы поджелудочной железы (неровность контуров протоков, их извилистость). Отмечается расширение главного панкреатического протока, дилатация мелких протоков.

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больная Т., 55 лет, жалуется на учащенный неоформленный стул, вздутие живота, отсутствие аппетита, похудение, общую слабость.Анамнез заболевания 4 года назад пациентке был поставлен диагноз остеоартроз с поражением тазобедренных суставов (кок-сартроз). В связи с чем были назначены для постоянного приема НПВС (индометацин, диклофенак). Последний год стал беспокоить частый кашицеобразный стул, с неприятным запахом, плохо смываемый со стенок унитаза. Появилось вздутие живота, по поводу которого больная самостоятельно принимала мезим-форте* с положительным эффектом. Отметила снижение массы тела на 3 кг за последний год.При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост - 163 см, вес - 60 кг, ИМТ - 22,58 кг/м^2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие. Объем движений в тазобедренных суставах ограничен. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца нормальной звучности, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 80 уд/мин, пульс ритмичный. АД 130/85 мм рт.ст. Язык несколько сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается болезненность в зоне Шоффара. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см, печень не выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.Лабораторно-инструментальные исследования.Клинический анализ крови гемоглобин - 135 г/л, лейкоциты - 9x10^9/л, палочкоядерные нейтрофилы - 4 %, сегментоядерные ней-трофилы - 68 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 15 мм/ч.Биохимический анализ крови общий билирубин - 18,9 ммоль/л, прямой билирубин - 4,2 ммоль/л, АСТ - 33 МЕ/л, АЛТ - 28 МЕ/л, у-глутамилтранспептидаза - 50 МЕ/л, амилаза - 280 МЕ/л, ЩФ - 230 МЕ/л, глюкоза - 7,3 ммоль/л.Диастаза мочи - 149 МЕ/л.Анализ кала неоформленный, консистенция кашицеобразная. Обнаружены мышечные волокна, жиры - много.При УЗИ органов брюшной полости размеры печени не увеличены, контуры ровные, паренхима ее имеет однородную малоэхогенную структуру. Воротная вена не расширена (0,8 мм в диаметре). Желчныйпузырь обычных размеров и формы, камней нет. Общий желчный проток не расширен (около 5 мм). Отмечается усиление эхогенности поджелудочной железы и увеличение размеров ее головки и тела с неровными контурами. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больной.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Тема № 4 Болезни кишечника, СРК, опухоли кишечника

S: ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО
+частое присутствие крови в кале
-наличие клостридий в кале
-снижение свертываемости крови
-наличие лейкопении и тромбоцитопении

S: ДЛЯ КОЛИТНОГО КОПРОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО
- наличие клеток кишечного эпителия;
+ стеаторея;
- примесь слизи и крови;
- наличие лейкоцитов.

S: НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ
-кровотечение
+кишечная непроходимость
-развитие токсического мегаколона
-повышенный риск малигнизации

S: ДЛЯ ЭНТЕРИТНОГО КОПРОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО
- жидкий пенистый желтый кал;
+ кровь и эритроциты в кале;
- стеаторея;
- креаторея.

S: ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ
+функциональные расстройства
-аномалии развития кишечника
-органические изменения
-наследственные нарушения

S: ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА» ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ
-чувстве неполного опорожнения кишечника
-стуле реже 3 раз в неделю
+наличии крови в кале
-стуле чаще 3 раз в неделю

S: КАЛОВЫЕ МАССЫ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА СОДЕРЖАТ ХОРОШО ЗАМЕТНУЮ ПРИМЕСЬ
-Крови
-Гноя
+Слизи
-Жира

S: ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
+ выделение крови с калом;
- нарушение функции кишечника;
- боль в животе;
- лихорадка;
- наличие язв и псевдополипов в прямой кишке.

S: В НОРМЕ НА 95-99% КИШЕЧНАЯ ФЛОРА СОСТОИТ ИЗ
- стафилококков;
- кишечной палочки;
+ бифидумбактерий;
- энтерококков;
- лактобацилл.

S: ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
-ирригографии
+ректального пальцевого исследования
-фиброколоноскопии
-ректороманоскопии

Клиническая задача 1

«Мне 30 лет. Работа сидячая, весь день - с утра до вечера, нервная, ненормированная. Женат, сыну 9 лет. Очень боюсь врачей. У меня на это есть причины. Несколько лет назад мне поставили ошибочный диагноз

гепатита С, стоял на учете 2 года. Сейчас меня с учета сняли, а отпечаток остался. Я зациклился, на нервной почве стали появляться различные расстройства, которые проходили сами по себе в течение 1-2 недель. Эти «болячки» сменяются регулярно, одни проходят - другие начинаются максимум неделя, как я живу в относительной[1] *ЛурияА.Р.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. - М., 1944.*Лурия А.Р.* Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания Хрестоматия по патопсихологии / Сост. Б.В.Зейгарник, А.П.Корнилов, В.В.Николаева. - М. Изд-во Моск. унта, 1981. - С. 49-59.норме. В декабре 2006 года был у целительницы - типа «подлечить все сразу». Она назначила диету и лечение травами (12 трав и 8 биодобавок). Так я должен был лечиться 3 месяца, а затем показаться ей вновь. Меня хватило только на 2,5 мес, стал еще более нервным, потому что устал, во-первых, от этой диеты, во-вторых - от заваривания этих сборов. В начале марта я бросил этот курс. За время лечения сбросил 5 кг. Очень сильно «разболталась» нервная система, стали появляться дискомфортные ощущения в кишечнике то бурление, то спазмы, преимущественно с левой стороны внизу, а также в районе пупка. У меня сбился стул, стал чередоваться то как «овечий кал», то нормальный; появилось чувство не до конца опорожненного кишечника. Спазмы в кишечнике помогает снять корвалол*. Иногда пообедаешь, а часа через 2 начинаются спазмы слева, стремление опорожниться, потом это заканчивается поносом, который приносит облегчение.

Постоянно в напряжении, нервничаю. Начитался всякой медицинской информации, знаю очень много, это мне и вредит, как говорится «меньше знаешь - крепче спишь». Так я дошел до того, что стал очень сильно бояться рака. Как что заболит - я сразу в крайность, боюсь идти в больницу, просто не хочу знать ничего. Очень мучаюсь от этого, вся информация, которую я прочел, портит мне жизнь и не дает спать спокойно. Всегда был жизнерадостным, веселым и общительным человеком, душой компании, а сейчас превратился в совершенно другого человека на работу ходить не хочу, хожу, потому что так нужно, все мои родные устали от этого, я сам от этого страдаю, как что заболит - сразу меня бросает в панику, я лезу в Интернет и ищу там симптомы, начинаю детально изучать заболевания, а там среди них может быть что угодно, в том числе рак. Начинаю переживать, от этого плохой сон, я просыпаюсь, сразу же возникает чувство страха, начинает бурлить в животе, реагирует кишечник. Неделю назад после обеда у меня опять сильно закрутило живот. Я прибежал домой, был понос, на следующий день снова понос, потом уже «ходил» жидкостью коричневого цвета, температуры не было.Сейчас у меня после еды появляется иногда чувство дискомфорта в районе пупка и в нижней левой части живота. Переживаю, в прямой кишке иногда как бы бурлит, беспокоит частый метеоризм. Нервничаю. Все родные советуют идти к врачу, а я не могу, потому как сегодня начитался про заболевания кишечника в подробностях, снова боюсь рака. Еще появились легкие покалывания на коже в разных местах, иногда с зудом, без проявлений на коже.УЗИ брюшной полости делал 2 раза, все было нормально. Еще мне делали УЗИ щитовидки, сдавал анализы на ТТГ и ТПО - обнаружили аутоиммунный тиреоидит [1]. И так уже жить невозможно, но мои знания не дают мне обращаться к врачам, я даже боюсь кровь на анализ сдать. Знаю про обследования типа колоноскопии, ректроманоскопии и прочих, но очень боюсь этого. Постоянно в депрессии, как себе помочь - не знаю».

1. Какие признаки функционального расстройства пищеварительного тракта есть у пациента?

2. Какая форма ФРК предположительно имеется у пациента?

3. Какие симптомы подтверждают это предположение?

4. С какими органическими заболеваниями органов пищеварения следует проводить дифференциальную диагностику в данном случае?

5. Целесообразно ли назначение дополнительных методов исследования? Если да, то каких?

6. Часто ли встречаются ошибки диагностики СРК? Приведите известные вам ситуации.

7. Как часто встречается данное расстройство?

8. Какое патологическое состояние может лежать в основе нарушений функций ЖКТ у пациента? Приведите аргументы.

Клиническая задача 2

«Я в отчаянии уже 5 лет я не могу сходить в туалет без слабительных - сенадексина* или гутталакса*. Много раз пыталась перестать их принимать, постоянно придерживаюсь правильного питания (овощи,

фрукты, оливковое масло, отруби и пр.), но без слабительных все равно обойтись не получается. От природы я вполне здорова, поэтому очень не хотелось бы решать проблему хирургическим путем или приемом «тяжелых» препаратов. Есть ли шанс самостоятельно избавиться от этой зависимости с помощью каких либо препаратов (возможно, с ферментами или слабительного воздействия, но без вреда для организма, если организм в целом здоров? Иногда просто боюсь умереть от этих лекарств. Возраст 23 года».1. Сформулируйте предположительный диагноз.[1] Очень частая ятрогения // Герасимов Г.А., Мельниченко Г.А., Фадеев В. В. Мифы отечественной тиреоидологии и аутоиммунный тиреоидит. - М. Консилиум-медикум, 2001. - Т. 3. - ? 11. http //www.old.consilium-medicum.com/media/consilium/01_11/525.shtml

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику в данном случае?

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?

4. Какие осложнения может вызвать длительный прием слабительных средств?

Клиническая задача 3

«Моя проблема существует столько, сколько я себя помню. Редко возникает позыв к опорожнению кишечника. Это не доставляет неудобств, однако после 5 дней «воздержания» живот вздувается, болит, меня как бы «разрывает» изнутри, но рефлекса по-прежнему нет. Насильно себя заставляю опорожниться массажем живота. Меньше 30-40 мин тратить на туалет не получается. Раз в неделю пользуюсь слабительными, чтобы очистить кишечник. Возраст 36 лет».

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику в данном случае?

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?

4. Какие осложнения может вызвать длительный прием слабительных средств?

Тема № 5 Хронический гепатит

S: СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПРИ
- синдроме Жильбера;
+ хроническом гепатите;
- желчно-каменной болезни;
- циррозе печени.

S: ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЕПАТИТЕ В ЯВЛЯЕТСЯ
+ человек
-животные;
-птица;
-окружающая среда.

S: В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
- вирусный гепатит в анамнезе;
- гистологическое исследование печени;
+ выявление в сыворотке крови маркеров гепатитов В и С и др.;
- периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия;
- выявление в сыворотке альфа-фетопротеина.

S: ОЦЕНИТЬ НАЛИЧИЕ И АКТИВНОСТЬ СИНДРОМОВ ЦИТОЛИЗА ПОЗВОЛЯЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ В КРОВИ
-ЩФ;
+АЛТ;
-креатинина;
-ГГТ.

S: ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО
+ повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ;
- повышение уровня щелочной фосфатазы;
- снижение уровня протромбина;
- изменение белково-осадочных проб;
- положительная реакция Кумбса.

S: ПАЦИЕНТАМ С ХВГВ ПРИ РАЗВИТИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
+лактулозы;
-декстрозы;
-варфарина;
-винпоцетина.

S: ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
- увеличение уровня гамма-глобулинов;
- снижение уровня липопротеидов;
+ повышение уровня ЩФ;
- повышение уровня АСТ и АЛТ;
- снижение уровня кислой фосфатазы.

S: ДОСТОВЕРНЫМИ КРИТЕРИЯМИ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- носительство HbsAg
- anti- HbsAg антитела
+ HbeAg и антитела anti-HbcAg класса IgM
- anti-Hbeантитела

S: ПРИ НАЛИЧИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХВГВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
-сокращение периода свертывания крови;
+снижение ПТИ;
-увеличение фибриногена;
-повышение протромбинового времени.

S: УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ЦИТОЛИЗА ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В
+ непосредственное действие вируса на гепатоциты
- иммунный ответ на вирусные антигены и клеточные аутоантигены
- поражение желчных ходов

S: HBc-АНТИГЕН ВИРУСА ГЕПАТИТА В МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ
- в сыворотке крови
- в вагинальном секрете
+ в гепатоцитах

Клиническая задача 1

Пациентка Д., 32 года, врач-стоматолог, жалуется на выраженную слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности. Указанные жалобы беспокоят в течение полутора лет, появились без видимой причины и постепенно нарастают.Анамнестических данных об употреблении алкоголя и перенесенном вирусном гепатите не получено.При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,8 °С. Кожные покровы и слизистые бледные, иктеричные, сухие. ЧД - 16 в минуту. Перкуторно границы легких в пределах нормы. При аускультации легких дыхание везикулярное. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС - 80 в минуту, ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот округлой формы, при пальпации -

мягкий, чувствительный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Нижний край печени несколько закруглен, гладкий, мягкий, чувствительный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.Общий анализ крови уровень гемоглобина - 115 г/л, эритроциты - $3,9x10^{12}$/л, цветовой показатель - 0,88, лейкоциты - $8,8x10^{9}$/л, палочкоядерные нейтрофилы - 1 %, сегментоядерные нейтрофи-лы - 74 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 4 %, лимфоциты - 19 %.СОЭ - 30 мм/ч.Общий анализ мочи без патологических изменений.Биохимический анализ крови общий белок - 70 г/л. Электрофорез белковых фракций альбумины - 45 %, a_1-глобулин - 5 %, a_2-глобулин - 9 %, р-глобулин - 13 %, у-глобулин - 28 %, креати-нин -135 мкмоль/л,мочевинасывороткикрови -8,1 ммоль/л,калий - 4 экв/л, общий билирубин - 46 ммоль/л, прямой билирубин - 25 ммоль/л, АСТ - 62 ЕД/л, АЛТ - 84 ЕД/л, снижение уровня холи-нэстеразы. В крови определяются антитела к вирусу гепатита С.По данным сцинтиграфии и УЗИ печени патологии не выявлено.

1. Выделите у данной больной клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Пациентка М., 20 лет, студентка, жалуется на слабость, повышение температуры тела до субфебрильных значений, чувство тяжести в правом подреберье, нарушение менструального цикла, боли в мелких суставах и их припухлость. Считает себя больной в течение 2 мес, когда по возвращении из Турции (отдыхала в течение 14 дней) стала постепенно нарастать указанная симптоматика. Алкоголь не употребляет. При осмотре избыточного питания, умеренная припухлость суставов кистей, на коже нижней части живота и ягодицах розовые стрии, единичные телеангиоэктазии на коже плечевого пояса, паль-марная эритема. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 15х12х10 см. Нижний край печени несколько закруглен, пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, гладкий, мягкий, чувствительный. Селезенка не пальпируется, перкуторные размеры селезенки 12х 7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.В клиническом анализе крови СОЭ - 42 мм/час, в биохимическом анализе крови АСТ - 160 ЕД/л, АЛТ - 240 ЕД/л, общий билирубин - 34 ммоль/л. При электрофорезе белков выявлена выраженная гипергаммаглобулинемия. Маркеры вирусных гепатитов А, В, С в крови не выявлены.При УЗИ брюшной полости печень - 15х12х10 см, диффузно-неоднородной структуры, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы. Конкрементов не выявлено. Портальная вена - 11 мм, селезеночная вена - 5 мм. Общий желчный проток - 6 мм. Селезенка - 12,5х7 см. Поджелудочная железа - без патологии. Почки расположены обычно, без патологических изменений.

1. Выделите у данной больной клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Пациент, 38 лет, грузчик, злоупотребляет алкоголем, на момент осмотра жалуется на ноющие боли в правом подреберье, неоформленный стул, плохой сон. Считает себя больным в течение трех дней, после очередного алкогольного эксцесса. Объективно больной пониженного питания, отмечается увеличение околоушных слюнных желез. На коже плечевого пояса телеангиоэктазии. Гинекомастия. Склеры инъецированы, субиктеричны. ЧД - 18 в минуту. Перкуторно - звук легочный. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС - 92 в минуту. Живот несколько вздут. При пальпации болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову 18х16х15 см, край печени выступает на 6 см из-под реберной дуги, уплотнен,

поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. Билирубин крови - 54 ммоль/л. Активность АСТ, АЛТ превышает норму в 4,5 раза. Трехкратное превышение активности диастазы мочи.

1. Выделите у данного больного клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Тема № 6 Циррозы печени, НЖБП

S: ДИАГНОЗ «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ» ПОДТВЕРЖДЕН ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В БИОПСИЙНОМ МАТЕРИАЛЕ
-расширенных портальных трактов
-ступенчатых некрозов гепатоцитов
+нарушенного долькового строения
-стеатоза гепатоцитов

S: К МАРКЕРАМ НАРУШЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ
- АлТ
- АсТ
- ЛДГ
- щелочная фосфатаза
+ холинэстераза

S: РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ
+портальной гипертензии
-ренальной гипертензии
-эссенциальной гипертензии

S: У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ПОРТАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ НВ - 90 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ - 2,5 МЛН, ЛЕЙКОЦИТЫ - 3,5 ТЫС, ТРОМБОЦИТЫ - 74 ТЫС. ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ
- гемолизом;
- кровопотерей из расширенных вен пищевода;
+ гиперспленизмом;
- нарушением всасывания железа;
- синдромом холестаза.

S: НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСТУПАЕТ
-синдром Бадда-Киари
-внепеченочный блок в результате тромбоза селезеночной вены
-внутрипеченочный холестаз
+внутрипеченочный блок при циррозе печени

S: ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
- цитолитического синдрома;
- холестатического синдрома;
+ портокавальных и кава-кавальных анастомозов;
- синдрома холемии;
- паренхиматозной желтухи.

S: ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ
- углеводы;
+ белки;
- жиры;
- жидкость;
- минеральные соли.

S: ДЛЯ МИКРОНОДУЛЯРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕ ХАРАКТЕРНО
+ набухание шейных вен;
- спленомегалия;
- телеангиоэктазии;
- гинекомастия;
- асцит.

S: НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
+ повышенное АД;
- образование коллатералей;
- кровотечение из вен пищевода, геморроидальных вен;
- асцит;
- спленомегалия.

S: НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ СИНДРОМ
- диспепсический;
- астенический;
- портальной гипертензии;
+ холестаза;
- печеночной недостаточности.

Клиническая задача 1

Больной Н., 48 лет, обратился к врачу с жалобами на пожелтение кожного покрова, увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, потерю в весе до 10 кг за 4-5 мес, выраженную слабость, плохой сон ночью и сонливость днем.Считает себя больным в течение полугода, когда впервые отметил увеличение в размерах живота, стала беспокоить повышенная утомляемость. Два месяца назад был госпитализирован в хирургическое отделение с признаками желудочно-кишечного кровотечения (была рвота «кофейной гущей», мелена), медицинской документации по этому поводу нет.Алкоголем не злоупотребляет. Не курит.Переливаний крови, внутривенных инъекций лекарств не проводилось.Работает стоматологом. Наследственный анамнез не отягощен.При осмотре состояние тяжелое. Больной сонлив, в пространстве, времени, собственной личности ориентирован. Отмечается размашистый тремор пальцев рук. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, множественные сосудистые звездочки на плечах. На передней поверхности грудной клетки - расширенные поверхностные вены. Массивные отеки нижних конечностей до средней трети бедер.В легких дыхание везикулярное, справа от угла лопатки не проводится. Хрипов нет. ЧД - 19 в минуту.Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 96 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный. АД 130/80 мм рт.ст.Живот увеличен в объеме за счет асцита, при пальпации чувствительный в правом подреберье. Нижний край печени определяется на 8 см книзу от реберной дуги. Размеры печени по Курлову 16x14x12 см.Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.Общий анализ крови гемоглобин - 108 г/л, лейкоциты - $4{,}0x10^9$/л, эритроциты - $2{,}8x10^{12}$/л, тромбоциты - $138{,}0x10^9$/л. СОЭ - 43 мм/ч.Биохимический анализ крови общий белок - 8,5 г/л, альбумин - 2,4 г/%, холестерин - 4,6 ммоль/л, мочевина - 2,7 ммоль/л, креатинин - 62 мкмоль/л, глюкоза - 5,6 ммоль/л, общий билирубин - 133 ммоль/л, прямой билирубин - 65 ммоль/л, К+ - 3,6 мэкв/л, Na+ - 135 мэкв/л, АЛТ - 241 ЕД/л, АСТ - 88 ЕД/л, ЩФ - 170 ЕД/л.Протромбиновое время - 5 с, международное нормализованное отношение - 3,0.RW, ВИЧ - отрицательное. Обнаружен HB_SAg.УЗИ органов брюшной полости. Печень левая доля увеличена до 10 см (N до 7,0), правая доля увеличена до 16,2 см (N до 14,0), структура диффузно неоднородна, эхогенность значительно неоднородна с гипо- и гиперэхогенными включениями. *V. porta* 1,6 см. *D. choledochus* 0,5 см. Асцит. Поджелудочная железа не увеличена, структура диф-фузно неоднородна. Селезенка увеличена (10,5x4,2 см). Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.ЭГДС варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени.Рентгенография органов грудной клетки очаговых и инфильтра-тивных теней не выявлено, корни тяжисты, справа от угла лопатки - жидкость. Сердце и аорта без особенностей.ЭКГ синусовый ритм, ЧСС - 92 в минуту, нормальное положениеЭОС.

Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс

1. Выделите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной К., 55 лет, обратился к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, дискомфорт в животе, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, ощущение «мурашек» в голенях и стопах.Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда после очередного алкогольного эксцесса появились указанные жалобы.В течение 20 лет злоупотребляет алкоголем. Работает грузчиком.При осмотре состояние средней тяжести. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Лицо гиперемировано. Околоушные железы увеличены. Гиперемия кистей в области тенора и гипотенора. Умеренная гинекомастия. Контрактура Дюпюитрена справа. Пастозность голеней. В легких - дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный, АД 140/80 мм рт.ст.Живот при пальпации вздут, чувствительный в правом подреберье. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих отделах живота. Пропальпировать печень и селезенку не удается. Размеры печени по Курлову 14х12х10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.Общий анализ крови гемоглобин - 106 г/л, лейкоциты - $4,6x10^9$/i, эритроциты - $3,3x10^{12}$/i, тромбоциты - $135,0x10^9$/i. СОЭ - 20 мм/ч.Биохимический анализ крови общий белок - 7,8 г/л, альбумин - 3,1 г/%, холестерин - 3,2 ммоль/л, мочевина - 4,1 ммоль/л, креатинин - 88 ммоль/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л, общий билирубин - 63 ммоль/л, непрямой билирубин - 12 ммоль/л, АЛТ - 74 ЕД/л, АСТ - 258 ЕД/л, ЩФ - 403 ЕД/л, у-глутамилтранспептидаза - 304,2 ЕД/л, амилаза - 255 ЕД/л.Серологические исследования на маркеры вирусных гепатитов отрицательны.УЗИ органов брюшной полости небольшой асцит, гепатоспленоме-галия. *V. porta* 1,2 см. Диффузные изменения поджелудочной железы.ЭГДС варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Выраженный гастрит, дуоденит.ЭКГ синусовый ритм, ЧСС - 88 в минуту, нормальное положениеЭОС.

1. Выделите клинические и лабораторные синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больная Л., 40 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, потерю веса на 20 кг за 2 года.Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительно лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Госпитализирована для обследования и подбора терапии.Вредные привычки отрицает.Профессиональных вредностей не имеет.Наследственность не отягощена.При осмотре состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушны. Ксантелазмы век. «Пергаментность» кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Границы относительной тупостисердца в норме. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный. АД - 140/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову 12х10х10 см. Селезенка не пальпируется.Стул объемный, пенистый. Мочеиспускание в норме.Общий анализ крови гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $7,8x10^9$/i, эритроциты - $3,7x10^{12}$/i, тромбоциты - $150,0x10^9$/i. СОЭ - 36 мм/ч.Биохимический анализ крови общий белок - 7,8 г/л, альбумин - 4,0 г/%, холестерин - 7,8 ммоль/л, мочевина - 6,1 ммоль/л, креатинин - 101 мкмоль/л, глюкоза -

Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс

5,8 ммоль/л, общий билирубин - 182 ммоль/л, прямой билирубин - 162 ммоль/л, АЛТ - 52 ЕД/л, АСТ - 48 ЕД/л, ЩФ - 720 ЕД/л, у-глутамилтранспептидаза - 460 ЕД/л.Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.УЗИ органов брюшной полости увеличение размеров печени и умеренная спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, в желчном пузыре 3 конкремента, общий желчный проток не расширен, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.ЭГДС пищевод не изменен. Хронический гастрит.

1. Выделите у больного клинические и лабораторные синдромы.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Тема № 7 Нефриты

S: В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ
- иммунное воспаление базальной мембраны;
- отложение комплексов "антиген - антитело" на фильтрующей поверхности клубочка;
- образование капиллярных микротромбов;
- нарушение микроциркуляции;
+ нарушение обмена микроэлементов.

S: НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
-гиперхолестеринемия
-изостенурия
+протеинурия
-артериальная гипертензия

S: ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ
- Системная красная волчанка (СКВ);
- геморрагического васкулита;
- инфекционного эндокардита;
+ миеломной болезни;
- стрептококковой ангины.

S: КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЕТСЯ
-диффузный цианоз
+отек лица и бледность кожи
-геморрагическая сыпь на лице и туловище
-акроцианоз

S: НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- стафилококковая инфекция;
- вирусная инфекция;
+ стрептококковая инфекция.

S: В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ОТРАЖАЕТ УРОВЕНЬ
+креатинина
-мочевины
-мочевой кислоты
-остаточного азота

S: ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс

-снижение АД
-дизурия
+наличие отёков
-сердцебиение

S: ДЛЯ ОСТРОГО НЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
+ анемия;
- лейкоцитоз с нейтрофилезом;
- ускоренное СОЭ;
- умеренная гипопротеинемия;
- гиперальфа- и гипергаммаглобулинемия.

S: ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
- гипертензия;
- боль в поясничной области;
- изменение мочи;
- отеки;
+ дизурия.

S: НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
-бактериурия
-лейкоцитурия
+протеинурия с суточной потерей более 3,5 г
-гипоизостенурия

Клиническая задача 1

Больной Д., 32 года, обратился к участковому врачу с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»).Больной перенес ангину и через две недели после нее стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение 2 дней.Перенесенные заболевания детские инфекции, ангина, ОРВИ, пневмония. Больной работает контролером, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез у матери гипертоническая болезнь, у отца язвенная болезнь желудка, дочь - здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 20 в минуту. При аускультации легких дыхание жесткое.Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный, 78 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст.Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный.Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.Общийанализ крови гемоглобин - 120 г/л,эритроциты - $4,1x10^9$/л. Цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $6,8x10^9$/л, сегментоядерные - 76 %, палочкоядерные - 1 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 2 %, лимфоциты - 15 %. СОЭ - 25 мм/ч.Общий анализ мочи относительная плотность - 1018, белок - 1,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения.Анализ мочи по Нечипоренко эритроциты - 6000 в 1 мл, лейкоциты - 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено. Суточная протеинурия - 1,8 г.Биохимическпй анализ крови общий белок - 70 г/л, альбумин - 33 г/л, мочевина - 7,9 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 4 ммоль/л.Бактериологическое исследовании мазка из зева патологической микрофлоры не выявлено.

1. Какие симптомы и синдромы определяются у больного?

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс

У больного С., 47 лет, при диспансерном осмотре было выявлено повышение АД до 200/110 мм рт.ст. При более тщательном опросе удалось установить, что больного в течение 4-5 лет беспокоят головные боли, головокружения, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния последние полгода. Из-за занятности к врачу не обращался. Продолжал работать.Перенесенные заболевания детские инфекции, ОРВИ, ангина, аппендэктомия 10 лет назад. Больной работает экономистом, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез мать здорова, у отца язвенная болезнь желудка, сын здоров. Аллергологический анамнез не отягощен.При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,5 °С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, чистые, влажные. Отеков нет.ЧД - 19 в минуту. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Левая граница относительной тупости сердца на 2 см кнаружи от среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой, шумов нет. Ритм сердца правильный. Пульс - 68 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД - 200/110 мм рт.ст.Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.Клинический анализ крови гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4{,}2x10^9$/л, лейкоциты - $5{,}8x10^9$/л, палочкоядерные - 4 %, сег-ментоядерные - 56 %, лимфоциты - 33 %, моноциты - 7 %. СОЭ - 16 м м/ч.Общий анализ мочи относительная плотность - 1016, белок - 4,3 г/л. лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 6-8 в поле зрения. Суточная протеинурия - 2,2 г.Проба Зимницкого дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи от 1006 до 1018.Проба Реберга клубочковая фильтрация - 60 мл/мин, канальце-вая реабсорбция - 98 %.Биохимический анализ крови креатинин - 138 мкмоль/л.

1. Какие симптомы и синдромы наблюдаются у больного?

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной М., 35 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на общее недомогание, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, изменение цвета мочи («мясных помоев»), уменьшение количества мочи, отеки лица, голеней и стоп, почти постоянную головную боль в затылочной области, мушки перед глазами.Больной перенес ангину и через две недели после перенесенной ангины стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение недели.Перенесенные заболевания детские инфекции, ангина, ОРВИ. Больной работает чиновником, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез родители здоровы, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.При осмотре состояние тяжелое. Температура тела 37,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены, отеки голеней и стоп. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 22 в минуту. При аускультации легких дыхание жесткое.Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм сердца правильный. ЧСС - 78 в минуту. АД - 200/120 мм рт. ст.Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный.Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.Общий анализ крови гемоглобин - 102 г/л, эритроциты - $3{,}1x10^9$/л, лейкоциты - $7{,}6x10^9$/л, сегментоядерные - 70 %, палочко-ядерные - 2 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 4 %, лимфоциты -22 %. СОЭ - 32 мм/ч.Общий анализ мочи относительная плотность - 1018, белок - 2,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.Анализ мочи по Нечипоренко эритроциты - 6000 в 1 мл, лейкоциты - 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено. Суточная протеинурия - 2,8 г.Скорость клубочковой фильтрации - 50 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 80 %.Биохимический анализ крови общий белок - 68 г/л, альбумин - 30 г/л, холестерин - 5,2 ммоль/л, мочевина - 10,9 ммоль/л, креати-нин - 402 мкмоль/л, калий - 4 ммоль/л.

1. Какие симптомы и синдромы наблюдаются у больного?

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?

4. Назначьте лечение.

Тема № 8 Итоговый тестовый контроль. Зачет

S: БОЛЬНАЯ 60 ЛЕТ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЕТ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ. БОЛЬНОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
- спазмолитики;
- бета-блокаторы;
- антибиотики;
- препараты уродезоксихолевой кислоты;
+ холекинетики.

S: НАГРУЗОЧНЫЙ ЭКГ-ТЕСТ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ
-перенесенного инфаркта миокарда
+ишемической болезни сердца
-атеросклероза
-клапанной патологии

S: ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТ
- антациды;
- холинолитики;
- фамотидин;
+ контрикал;
- холецистокинин.

S: ДЕФИЦИТ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С
-недостаточностью аортального клапана
-фибрилляцией предсердий
-артериальной гипертензией
-полной блокадой левой ножки пучка Гиса

S: БОЛЬНАЯ 21 ГОДА, ЖАЛОБЫ НА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ВДОХА, ПРИСТУПЫ КОЛИКООБРАЗНЫХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ЧАСТЫМ ЖИДКИМ СТУЛОМ, СОДЕРЖАНИЕМ ОБИЛИЯ СЛИЗИ. ПРИСТУПЫ ПРОВОЦИРУЮТСЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНАЯ ОБЫЧНОГО ПИТАНИЯ, ПАЛЬПИРУЕТСЯ СПАЗМИРОВАННАЯ СИГМОВИДНАЯ КИШКА. РЕКТОРОМАНОСКОПИЯ - ПАТОЛОГИИ НЕ ОТМЕЧЕНО. ВАШ ДИАГНОЗ
- болезнь Крона;
- хронический энтероколит;
+ синдром раздраженной толстой кишки;
- пищевая токсикоинфекция;
- неспецифический язвенный колит.

S: В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ
- иммунное воспаление базальной мембраны;
- отложение комплексов "антиген - антитело" на фильтрующей поверхности клубочка;
- образование капиллярных микротромбов;
- нарушение микроциркуляции;
+ нарушение обмена микроэлементов.

S: ДЛЯ ОТЕКОВ ПОЧЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО
- рыхлые;
+ плотные;
- на бледном фоне;
- легко перемещаются.

S: ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ
- Системная красная волчанка (СКВ);
- геморрагического васкулита;
- инфекционного эндокардита;
+ миеломной болезни;

- стрептококковой ангины.

S: В МОЧЕ МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ КЛЕТКИ ШТЕНГЕЙМЕРА-МАЛЬБИНА ПРИ
- гломерулонефрите;
+ пиелонефрите;
- миеломной болезни;
- амилоидозе почек;
- инфаркте почки.

S: ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ
- кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
+ снижения эритропоэтической функции почек;
- воздействия уремических токсинов на костный мозг;
- внутрисосудистого гемолиза;
- гематурии.

Эндокринология

Тестовые задания
S: ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫ ДИАБЕТ ВОЗНИКАЕТ
+ во время беременности;
- во время планирования беременности;
- после беременности.

S: УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА
- ожирение
- гипертоническая болезнь
- наличие антител к островковым клеткам
- ИБС, атеросклероз

S: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА САХАРНОГО ДИАБЕТА ПЕРВОГО ТИПА
- инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток
- деструкция бета-клеток и инсулиновая недостаточность
- инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов
- повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность

S: К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ОТНОСЯТ
-тахикардию
-гиперхолестеринемию
-Гипотонию
-сухость кожи

S: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА САХАРНОГО ДИАБЕТА ПЕРВОГО ТИПА
- инсулинорезистентность и деструкция b-клеток
- деструкция бета-клеток и инсулиновая недостаточность
- инсулиновая недостаточностьи повышение контринсулярных гормонов
- повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность

S: НОРМАЛЬНЫМ СЧИТАЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА
- до 5,5%;
- до 6,0%;
- до 6,5%.

S: К ПРОЯВЛЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ОТНОСЯТ
-боли в мышцах
-прибавку массы тела
+жажду
-алопецию

S: САМЫМ АКТИВНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ
- аминокислоты

- свободные жирные кислоты
- глюкоза
- фруктоза
- электролиты

S: ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ
-Глюкозы мочи
+глюкозы крови
-кетоновых тел крови
-инсулина крови

S: КЛЕТКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КОТОРЫЕ ВЫРАБАТЫВАЮТ ИНСУЛИН, – ЭТО
- α–клетки;
- β–клетки;
- γ–клетки;
- ε–клетки.

Тема. Болезни щитовидной железы

Задача 1. Больной жалуется на избыточную массу тела, жажду, неутолимый голод, утомляемость, мышечную слабость. При осмотре – лунообразное лицо. При обследовании – гипергликемия, гипертония, повышенная секреция АКТГ и кортизола.
Сформулируйте диагноз.

Задача 2. Больная Д.,25 лет жалуется на сердцебиение, вспыльчивость, раздражительность, плохой сон, похудание, дрожание рук (изменился почерк). Аппетит повышен, но одновременная потеря массы тела. Наблюдается отрицательный азотистый баланс, температура тела повышена, кожа влажная, щитовидная железа увеличена. Пульс 118/мин.
Сформулируйте диагноз.

Задача 3. Больная Р., 58 лет обратилась к врачу с жалобами на вялость, апатию, медлительность. Наблюдается мешкообразная отёчность верхних и нижних век, отёчность губ, щёк. После надавливания на отёчных тканях не остаётся ямки. Основной обмен снижен.

Тестовые задания

S: К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПОТИРЕОЗА НЕ ОТНОСЯТ
-Сонливость
+сердцебиение
-сухость кожных покровов
-запоры

S: НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ МОГУТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ
-нарушением реабсорбции кальция и фосфора;
- протеинурией;
-усилением фильтрационной способности почек;
-нарушением почечного кровотока;
-нарушением концентрационной функции.

S: НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН
- Не более 15 мл;
- Не более 18 мл;
- Не более 25 мл;+
- Не более 30 мл.

S: СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ, ЗАПОР, БРАДИКАРДИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ
-сахарного диабета
-феохромоцитомы

+гипотиреоза
-диффузного токсического зоба

S: НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ НА НАЛИЧИЕ АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
- антител к тиреоглобулину
- антител к микросомальной фракции
-К рецептору ТТГ
-иммуноглобулинов
-антител ко второму коллоидному антигену.

S: ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДОЗА МЕРКАЗОЛИЛА В СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ
- 30-40 мг
-20 мг
- 10 мг
- 5 мг;
- 2,5 мг.

S: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ МЕРКАЭОЛИЛОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ
-2-3 мес
-4-6 мес
-7-11 мес;
-12-18 мес;
-19-24 мес.

S: МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ОБУСЛОВЛЕН
-воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью;
- воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе
-блокированием поступления йода в щитовидную железу;
-торможением превращения тироксина в трийодтиронин
-блокированием ТТГ

S: ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ К РАДИОЙОДТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЕТ
-достижение эутиреоидного состояния до назначения радиоактивного йода;
-лечение на фоне тиреотоксикоза
-лечение на фоне достижения гипотиреоза;
-лечение на фоне бета-адреноблокаторов
-лечение радиоактивным йодом при любой функции щитовидной железы.

S: ОСОБЕННОСТЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
-секреция тироксина автономна, не зависит от секреции ТТГ
-секреция тироксина зависит от секреции ТТГ
-секреция трийодтиронина зависит от секреции ТТГ;
-аденома, не подавляет продукцию ТТГ;
-снижение функции остальной ткани щитовидной железы не происходит.

Гематология. Тема анемии

Клиническая задача 1

Больная П., 60 лет, поступила в приемное отделение городской больницы с жалобами на нарастающую в течение предшествующих нескольких месяцев слабость, вялость, резкую усталость при выполнении минимальной физической нагрузки, головокружение, ощущение сердцебиения (не только при ходьбе, но и в покое), онемение и покалывание в пальцах рук.

Считает себя больной в течение последних 6 мес, когда впервые стала отмечать все более выраженную утомляемость, несоответствующую выполненной физической нагрузке. Вслед за этим обратила внимание на

затруднения при попытке вдеть нитку в иголку из-за неприятных ощущений в кончиках пальцев рук. При обследовании в поликлинике была обнаружена, по словам участкового терапевта, «небольшая анемия».

Около 15 лет назад перенесла оперативное вмешательство - резекцию желудка с ваготомией по поводу частых обострений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с продолжительными кровотечениями. Первые годы после хирургического вмешательства чувствовала себя вполне удовлетворительно, при обследовании в поликлинике отмечалось повышение уровня гемоглобина в крови до нормальных цифр (до операции уровень гемоглобина постоянно был ниже нормальных значений).

При осмотре состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, обычного питания. Рост - 165 см. Вес - 62 кг. Кожные покровы бледные с легким желтушным оттенком и участками гипопигментации по типу витилиго. Иктеричность склер и мягкого нёба не отмечается. Язык не обложен, сосочки языка сглажены (см. вклейку, с. 8, рис. 10-2). Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке, усиливающийся в вертикальном положении и после незначительной физической нагрузки. Ритм правильный. ЧСС -96 в минуту. АД - 115/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Стул в норме. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание в норме. Периферических отеков нет. Снижение поверхностной чувствительности по ладонной поверхности пальцев рук. Мышечная сила не изменена. Парезов нет. Тремор пальцев рук. Неуверенность при ходьбе. Отмечается некоторая заторможенность при контакте с врачом. Временами пациентка не сразу понимает задаваемые ей вопросы и переспрашивает, не всегда адекватно отвечая на них.

Клинический анализ крови (произведенный в приемном отделении) Hb - 88 г/л; эритроциты - $2,4 \times 10^{12}$/л; лейкоциты - $6,8 \times 10^{9}$/л, лейкоцитарная формула не изменена; СОЭ - 28 мм/ч.

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.

2. Проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной ситуации?

3. Какие патогенетические механизмы обусловили клиническую симптоматику у данной больной?

4. С чем связано развитие заболевания у данной пациентки?

5. Какие методы лечения необходимо использовать у данной больной после верификации диагноза?

Клиническая задача 2

Больной У., 52 лет, доставлен в неврологическое отделение городской больницы бригадой скорой медицинской помощи на носилках. Со слов больного, последние дни не мог не только ходить, но даже встать с кровати из-за очень выраженной слабости и «непослушности ног».

Из анамнеза известно, что около 6 мес назад после смерти жены уехал к родственникам в деревню, где ежедневно выпивал не менее 0,5 л водки, что помогало ему не думать о «свалившейся на него беде». Примерно за месяц до настоящей госпитализации заметил дрожание рук, умеренные болезненные ощущения в руках и ногах, в том числе снижение болевой чувствительности, из-за чего возникали частые ожоги и порезы кожи; похолодание и онемение рук и ног. Вслед за этим возникло своеобразное ощущение при ходьбе по словам пациента, он перемещался «будто по ватной поверхности». Родственники привезли больного в город и вызвали бригаду скорой помощи, которая доставила его в стационар с предположительным диагнозом «парапарез неясного происхождения».

Больной по профессии летчик-испытатель, на пенсии с 48 лет, ранее алкоголь употреблял, по его словам, «умеренно». Хронических заболеваний внутренних органов не было, проходил ежегодную диспансеризацию. Не курит.

При осмотре состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая, повышенного питания. Рост - 175 см. Вес - 92 кг. Лицо одутловатое. Кожные покровы бледные с отчетливым лимонно-желтым оттенком и участками гиперпигментации. Видимые слизистые бледные. Язык малинового цвета со сглаженными сосочками. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук над всей поверхностью легких с коробочным оттенком. ЧД -16 в минуту. Тоны сердца приглушены, в положении на левом боку определяется отчетливый систолический шум на верхушке сердца без проведения. Ритм - правильный. ЧСС - 112 в минуту. АД - 140/85 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет избыточного отложения подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Плотноватый край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см. Размеры печени по Курлову 11x9x9 см. Пальпируется край селезенки. В течение последней недели беспокоили запоры. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание в норме.

Пастозность голеней. В неврологическом статусе определяется следующая симптоматика мышечная гипотония верхних и нижних конечностей, снижение сухожильных рефлексов, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма. Поверхностная и глубокая чувствительность в области дистальных отделов верхних и нижних конечностей снижены. Умеренное снижение слуха, резкое снижение обоняния, нарушения вкуса. Больной резко заторможен, немногословен. На вопросы отвечает не сразу, односложно, однако во времени и месте ориентирован.

Клинический анализ крови Hb - 60 г/л, эритроциты - $1,6x10^{12}$/л, макроцитоз, лейкоциты - $6,8x10^{9}$/л, палочкоядерные -4%, сегментоядерные - 72 %, лимфоциты - 18 %, моноциты - 3 %, эозинофилы - 3 %, тромбоциты - $235x10^{3}$/л, СОЭ - 52 мм/ч.

Биохимический анализ крови глюкоза - 6,2 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л, креатинин - 86 мкмоль/л, общий белок - 58 г/л, АЛТ - 84 Ед/л, АСТ - 62 Ед/л, ГГТП - 140 Ед/л.

ЭГДС атрофия слизистой оболочки желудка.

УЗИ печень повышенной эхогенности, увеличена преимущественно за счет левой доли; небольшое увеличение селезенки; признаки незначительного фиброза поджелудочной железы; почки - без патологии.

1. Какой диагноз можно поставить на основании описанной клинической картины и дополнительных методов исследования?

2. Какие наиболее характерные симптомы позволяют верифицировать диагноз данного заболевания?

3. Какое неврологическое нарушение наблюдается у данного больного и какие патогенетические механизмы лежат в ее основе?

4. Чем можно объяснить повышение активности ферментов печени (АЛТ, АСТ, ГГТП) у данного больного?

5. Что способствовало развитию заболевания у данного пациента?

6. Какие методы лечения необходимо использовать в данной ситуации?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

S: ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
-лейкоцитоз
-высокий ретикулоцитоз
-тромбоцитопения
-повышение трансаминазной активности

S: ДЛЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОГРАММЫ
- Лейкоцитоз и ускорение СОЭ.
- Повышение содержания гемоглобина и уменьшение числа эритроцитов.
- Снижение содержания гемоглобина и уменьшение числа эритроцитов.
- Появление бластных клеток и токсической зернистости нейтрофилов.

- Тромбоцитоз.

S: ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ОБМОРОКИ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА И ОБОНЯНИЯ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЮТ НА АНЕМИЮ
-гипопластическую
+железодефицитную
-В12 - дефицитную
-гемолитическую

S: КАКИЕ ВИДЫ АНЕМИЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ МЕГАЛОБЛАСТНЫХ?
- Аутоиммунная гемолитическая анемия
-Железодефицитная анемия.
- Сидероахрестическая анемия.
- B_{12}-дефицитная анемия.
- Анемия вследствие дефицита фолиевой кислоты.

S: К ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКАМ ГЕМОВОГО ЖЕЛЕЗА В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ ОТНОСЯТ
-молоко и молочные продукты
-гречневую крупу
+мясо
-яблоки

S: ПРЕПАРАТОМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
-Преднизолон
-Гепарин
-Метилдопа
-Цианокобаламин

S: ДЕФИЦИТ В ОРГАНИЗМЕ ЦИАНОКОБАЛАМИНА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН
- ИБС.
- Функциональной печеночной недостаточностью.
- Разрушением его соляной кислотой желудка.
-Атрофией слизистой оболочки желудка.
- Инвазией широкого лентеца.

S: КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРОВ И ФОРМЫ ЭРИТРОЦИТОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЖДА?
-мишеневидные эритроциты, пойкилоцитоз.
-мегалоциты, пойкилоцитоз
-серповидные эритроциты, анизоцитоз
+микроциты, пойкилоцитоз

S: КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОГУТ ГОВОРИТЬ О НАЛИЧИИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ?
- Снижение числа эритроцитов.
-Тромбоцитоз.
-Макроцитоз эритроцитов.
- Увеличение числа оксифильных нормобластов в костном мозге.
-Нейтрофильный сдвиг влево.

S: ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ
- Длительное парентеральное применение препаратов железа.
-Курсовое назначение пиридоксина парентерально.
- Длительное применение анаболических стероидов.
-Парентеральное введение цианокобаламина.
- Повторные трансфузии плазмы.

Тема лейкозы

Задача 1

Больной,25 лет,поступил с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38 гр .С, головокружение. Данное состояние отмечает в течение 2 недель, связывает с переохлаждением.Неделю назад обратился участковому терапевту, где был выставлен Ds ОРВИ,ср.тяж.течение. Однако состояние продолжало ухудшаться, несмотря на проводимую терапию. Повторно обратился в больницу, где был сделаны анализы.

ОАК

эр-2,5 * 10^{12}/л

Hb-79 г/л

Лейк-6,1* 10^{9}/л

Лимф-10%

с/я-5%

тромбоциты-100* 10^{9}/л

бласты-85%

Был направлен в гематологическое отделение ГКБ №7,где были проведены цитохимические реакции

На миелопероксидазу и липиды-отриц. ШИК-реакция –полож.в виде гранул

Объективно состояние больного средней тяжести.кожные покровы и слизистые бледные.увеличены подчелюстные шейные лимфоузлы,безболезненны.в легких дыхание везикулярное,хрипов нет.Тоны сердца приглушены,ритм правильный.Живот мягкий,безболезненный.печень пальпируется у края реберной дуги,селезенка выступает на 2 см,безболезненная.

Ваш диагноз? протокол лечения?

Задача 2

Больной,60лет, жалуется на одышку,слабость,утомляемость.отмечает ночные поты,увеличение шейных лифоузлов.Болен в течение 6 месяцев.

Объективно-бледность кожных покровов,желтушность склер,увеличение шейных,подмышечных лимфоузлов.при пальпации они мягкие,безболезненные,не спаянны между собой.Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см,селезенка на уровне пупка,плотная безболезненная.СС и легочная система-без особенностей.

ОАК эр.-2,7*10^{12}

Hb-87г/л

Лей-50 х 10^{9}/л

Лимф-87%

Тромб-100*10^{9}

СОЭ-27 мм/ч

В мазке «тени»Боткина-Гумпрехта

Ваш диагноз? Лечение?

Задача 3

У больного 50 лет при прохождении диспансеризации выявлено увеличение печени и селезенки. В анализах крови обнаружен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом до промиелоцитов. 10 лет назад перенес облучение в дозе до 100 рентген.

1. О какой форме лейкоза должен подумать врач, какие исследования необходимы для диагноза?
2. Что может дать для диагноза хромосомный анализ?
3. Дайте макроскопическую характеристику костного мозга, печени, селезенки в развернутую стадию этой формы лейкоза.
4. Дайте микроскопическую характеристику печени.
5. Сформулируйте диагноз.
6.

Тестовые задания

S: МЕХАНИЗМЫ АНТИМУТАЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ В
-молодом возрасте
-старших возрастных группах

S: Стернальная пункция проводится при диагностике
-инфаркта миокарда
-лейкоза
-пневмонии
-цирроза печени

S: КЛОНАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА Т-ЛИМФОЦИТОВ ПРОИСХОДИТ В
-костном мозге
-селезенке
-тимусе
-лимфоузлах

S: ГИПЕРЛЕЙКОЦИТОЗ ДО 200Х109/Л НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
-лейкозе
-пиелонефрите
-пневмонии
-ревматизме

S: В НОРМАЛЬНОМ ЛИМФОУЗЛЕ ПРИСУТСТВУЮТ
-эпителиоидные клетки
+ В- и Т-лимфоциты
-только Т-лимфоциты
-клетки миелоидного ряда

S: ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ ПРОИСХОДИТ УВЕЛИЧЕНИЕ
-печени, селезенки, сердца
-печени, селезенки, лимфатических узлов
-селезенки, сердца, почек
-селезенки, сердца, щитовидной железы

S: ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕЙКОЗОВ ПРИМЕНЯЮТ
-антибиотики, витамины
-диуретики, сульфаниламиды
-нитрофураны, аналгетики
-цитостатики, глюкокортикостероиды

S: КЛЕТКИ БОТКИНА-ГУМПРЕХТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ
-хроническом миелолейкозе
-миеломной болезни
-остром миелобластном лейкозе
+хроническом лимфолейкозе

S: ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ОБЛАДАЮЩИЙ ЦИТОСТАТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ
-азатиоприн
-берберин
-винбластин
-циклофосфан

S: ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» МОЖЕТ БЫТЬ ТОЧНО УСТАНОВЛЕН ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ
+более 20% бластных клеток в костном мозге
-более 20% бластных клеток в периферической крови
-при сочетании температуры, анемии и кровоточивости
-при наличии анемии в сочетании с тромбоцитопенией, болями в костях и температурой

Перечень вопросов для подготовки к зачету 7 семестр.

1. Русские терапевтические школы (Мудров М.Я., Захарьин Г.А., Боткин С.П., Образцов В.П.)
2. Советские терапевтические школы (Ланг Г.Ф., Мясников А.Л., Кончаловский М.П., Стражеско Н.Д., Тареев Е.М.).
3. Сибирские терапевтические школы (Курлов И.Г., Яблоков Д.Д., Демин А.А., Залесский Г.Д.).
4. Деонтологические аспекты работы врача-терапевта (врач-больной, врач-врач, врач-родственники).
5. Клиническое мышление. Понятие о клиническом диагнозе и его логической структуре. Этапы логической структуры и значение каждого этапа.
6. Первичная артериальная гипертония.(Гипертоничесая болезнь) Классификация. Клинические проявления поражения органов-мишеней. Профилактика АГ.
7. Первичная артериальная гипертония. Патогенез. Факторы риска и стратификация групп риска. Осложнения.
8. Факторы риска, органы мишени и ассоциированные состояния при артериальной гипертонии. Понятие о микроальбуминурии.
9. Гипертонический криз. Варианты. Принципы лечения.
10. Медикаментозные препараты в лечении артериальной гипертонии.
11. Алгоритм лечения артериальной гипертонии согласно степеням и группам риска.
12. Немедикаментозная терапия артериальной гипертонии. Воздействие на факторы риска.
13. Атеросклероз. Эпидемиология. Факторы риска. Клинические проявления в зависимости от локализации атеросклероза. Принципы профилактики.
14. Гипохолестеринемические препараты
15. ИБС. Факторы риска. Классификация Программа первичной и вторичной профилактики.
16. ИБС. Стенокардия. Клинические варианты. Диагностика. Лечение.
17. Безболевая ишемия миокарда и методы ее диагностики.
18. Роль нагрузочных проб в выявлении коронарной недостаточности

19. Стабильная стенокардия напряжения. Классификация. Принципы лечения.
20. Медикаментозная терапия ИБС. Группы препаратов.
21. Понятие об остром коронарном синдроме. Патогенез. Клинические варианты. Принципы лечения.
22. Дифференциальный диагноз стенокардии и инфаркта миокарда.
23. ИБС, острый инфаркт миокарда. Основные клинические синдромы. ЭКГ-диагностика. Принципы лечения острой стадии.
24. ЭКГ-диагностика ИМ (локализация, стадии).
25. Осложнения острого и подострого периодов инфаркта миокарда.
26. Осложнения острого периода ИМ. Клинические проявления. Профилактика и лечение.
27. Лабораторная и функциональная диагностика ИМ.
28. Экстренная помощь при сердечной астме и отеке легких
29. Внезапная клиническая смерть при инфаркте миокарда, ее механизмы. Принципы реанимации в зависимости от механизма.
30. Кардиогенный шок. Причины. Патогенез. Стадии течения. Классификация. Клинические проявления в зависимости от стадии шока. Принципы лечения.
31. Постинфарктный синдром. Клиника. Принципы лечения
32. Понятие о клинической смерти. Основные причины. Принципы реанимации.
33. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Причины. Диагностика. Лечение.
34. Мерцательная аритмия. ЭКГ-диагностика. Принципы лечения.
35. Разрывы сердца. Причины. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
36. Аневризма сердца. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
37. Отек легких. Причины. Клиника. Принципы неотложной терапии.
38. Экстрасистолии. ЭКГ-признаки. Принципы лечения.
39. Полная атриовентрикулярная блокада. Причины. Клинические проявления и принципы лечения.
40. Атрио-вентрикулярная блокада. Классификация. Диагностика. Лечение.
41. Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия ОИМ.
42. Тромболитическая терапия ОИМ. Показания и противопоказания. Препараты. Осложнения.
43. Вторичная профилактика и лечение ИБС.
44. Место физической реабилитации в комплексном лечении ИБС.
45. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация Клиника. Принципы лечения.
46. Понятие о «скрытой» сердечной недостаточности. Варианты дисфункции левого желудочка. Диагностика. Лечение.
47. Кардиальные и экстракардиальные факторы компенсации при сердечной недостаточности.
48. Острая левожелудочковая недостаточность. Клинические варианты. Причины и принципы лечения.
49. Хроническая левожелудочковая недостаточность. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
50. Острая правожелудочковая недостаточность. Причины. Клиника. Принципы лечения.
51. Хроническая правожелудочковая недостаточность. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Принципы терапии хронической сердечной недостаточности.
53. Диетотерапия и медикаментозное лечение сердечной недостаточности. Группы препаратов.

54. Диуретики, ингибиторы АПФ и сердечные гликозиды в лечении хронической сердечной недостаточности.
55. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и бетаблокаторы в лечении ИБС и ХСН и их роль с позиций доказательной медицины
56. Показания и противопоказания к применению сердечных гликозидов. Тактика их назначения.
57. Ревматизм (острая ревматическая лихорадка). Этиология и патогенез. Классификация. Критерии диагностики ревматизма. Принципы лечения. Профилактика и противорецидивная терапия.
58. Клинико-лабораторные критерии активности ревматизма.
59. Большие и малые критерии диагностики ревматизма.
60. Дифференциальный диагноз ревматизма и инфекционного эндокардита.
61. Недостаточность митрального клапана. Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Клиника. Стадии течения. Диагностика. Прогноз. Лечение.
62. Митральный стеноз. Этиология. Патогенез гемодинамических нарушений. Клиника. Диагностика. Прогноз. Лечение.
63. Недостаточность аортального клапана. Этиология. Патогенез гемодинамических расстройств. Клиника. Диагностика. Прогноз.
64. Стеноз устья аорты. Этиология. Патогенез гемодинамических расстройств. Клиника. Диагностика. Осложнения. Прогноз.
65. Сочетанный аортальный порок. Клиника. Диагностика.
66. Сочетанный митральный порок. Клиника. Диагностика.
67. Недостаточность трехстворчатого клапана, органическая и относительная. Этиология. Патогенез гемодинамических расстройств. Диагностика. Прогноз. Лечение.
68. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Критерии диагностики. Принципы лечения. Профилактика.
69. Антибиотикотерапия при инфекционных эндокардитах.
70. Ревматоидный артрит, патогенез, классификация. Клиника, рентгенологическая диагностика.Принципы лечения.
71. Внезапная сердечная смерть, причины. Методика реанимации. Прогноз.

Перечень вопросов для подготовки к экзамену 8 семестр.

1. Легочно-сердечная недостаточность (легочное сердце), причины, патогенез. Клинические проявления, данные ЭКГ.Принципы лечения.
2. Пневмония. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Влияние алкоголя на течение пневмонии.
3. Осложнения пневмоний и особенности течения у алкоголиков и наркоманов.
4. Абсцесс и гангрена легкого. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
5. Рак легкого. Факторы риска. Клиника. Современные методы диагностики и принципы лечения. Профилактика.
6. Роль оценки внешнего дыхания в пульмонологии. Клинические варианты дыхательной недостаточности.
7. Легочное кровотечение. Причины. Клиника. Лечение.
8. Хронический бронхит. Этиология и патогенез. Влияние экологии и курения. Классификация, клиника. Принципы лечения. Профилактика.
9. Хронические обструктивные болезни легких. Определение. Классификация. Социально-гигиенические аспекты. Клинические варианты. Первичная и вторичная профилактика.
10. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы лечения.

11. Бронхиальная астма. Этиология и патогенез. Клиника. Классификация. Принципы лечения при обострении и в межприступный период
12. Дифференциальный диагноз сердечной и бронхиальной астмы.
13. Астматический статус. Стадии течения. Лечение.
14. Неотложная терапия астматического статуса.
15. Принципы терапии бронхиальной астмы в зависимости от тяжести болезни.
16. Показания и противопоказания к назначению глюкокортикостероидных гормонов в клинике внутренних болезней. Осложнения терапии кортикостероидами. Синдром отмены.
17. Противовоспалительные и бронхолитические препараты в лечении бронхиальной астмы.
18. Муколитические, отхаркивающие и противокашлевые средства в пульмонологии.
19. Инфекционно-токсический шок. Патогенез. Клиника. Принципы неотложной терапии.
20. Значение рентгенологического и эндоскопического методов диагностики при заболеваниях желудка.
21. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы лечения и профилактики обострений.
22. Принципы терапии хронических гастритов.
23. Синдром диспепсии. Классификация. Клинические проявления. Лечение.
24. ГЭРБ. Классификация. Клиника. Лечение.
25. Медикаментозные программы эрадикации геликобактер пилори.
26. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы лечения.
27. Диетические подходы к лечению язвенной болезни.
28. Осложнения язвенной болезни. Клиника.
29. Кровотечения из желудка. Причины. Клиника. Лечение.
30. Рак желудка. Факторы риска. Клиника. Значение синдрома "малых признаков". Стадии болезни. Лечение. Профилактика.
31. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Принципы лечения в период обострения.
32. Дискинезии желчных путей. Причины. Типы дискинезий. Клиника. Лечение.
33. Хронические холециститы и холангиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
34. Принципы лечения хронических холециститов.
35. Хронические гепатиты, этиология, патогенез. Классификация. Клинические и лабораторные синдромы. Принципы лечения.
36. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические и лабораторные синдромы. Принципы лечения.
37. Отечно-асцитический синдром при циррозе печени. Патогенез. Клиника. Лечение.
38. Биохимические синдромы при циррозах печени.
39. Острая печеночная недостаточность. Клиника. Принципы лечения.
40. Печеночная энцефалопатия. Патогенез. Клиника. Принципы лечения.
41. Дисбактериоз кишечника и синдром избыточного бактериального роста кишечника. Классификация. Клинические проявления. Принципы лечения.
42. Лечение цирроза печени. Диета. Гепатопротекторы. Показания к противовирусной терапии.
43. Синдром раздраженного кишечника. Причины. Клинические проявления. Принципы терапии.
44. Алкогольные поражения печени. Диагностика. Лечение.
45. ЖКБ. Этиология, предрасполагающие факторы. Основные клинические синдромы. Осложнения. Диагностика. Лечение.

46. Лабораторно-инструментальные показатели функции почек.
47. Острый нефрит. Этиология. Патогенез. Клинические синдромы и их патогенез. Критерии выздоровления и хронизации. Принципы лечения. Диета.
48. Понятие о ХБП.Хронический нефрит. Этиология и патогенез. Клиническая и морфологическая классификации. Характеристика отдельных клинических форм ХГН. Принципы лечения.
49. Диета при нефритах.
50. Клинико-лабораторные проявления нефротического синдрома.
51. Клинические проявления остро-нефритического синдрома.
52. Показания и противопоказания к назначению кортикостероидных гормонов в клинике внутренних болезней.
53. 52.Осложнения терапии кортикостероидами. Синдром отмены.
54. 53.Антибиотикотерапия при пневмониях. Группы препаратов. Показания, противопоказания. Осложнения.
55. Современные представления о кишечной микробиоте.
56. Неалкогольная жировая дистрофия печени. Диагностика, лечение, прогноз
57. Микробиоценоз кишечника и представление о синдроме избыточного бактериального роста и его лечение.
58. Клинические и лабораторные синдромы (воспаления, цитолиза, холестаза, клеточной недостаточности) при заболеваниях печени.
59. Оценка функции почек и определение стадии ХБП.