

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

Кафедра факультетской терапии
«Утверждаю»

Зав. кафедрой, д.м.н., проф. _____ О.М. Урясьев

« _____ » _____ 2018 г.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
для самостоятельной работы студентов

I. Раздел: Пульмонология

II. Дисциплина: факультетская терапия

III. Продолжительность: 8 часов

Освоить следующие компетенции: ПК6, ПК8.

IV. Цель: подготовка квалифицированного врача-терапевта, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: стационарной и амбулаторной службы.

V. Основные понятия к теме:

1. Пневмония

- Бактериальная инфекция
- Рентгенография
- Антибактериальная терапия

2. Бронхиальная астма

- Спирография – определение ФВД
- Блокаторы лейкотриеновой системы
- Триггеры и аллергены
- СИТ
- Оксид азота
- Пиклоуметрия
- Омализумаб
- Ig E

3. Хроническая обструктивная болезнь легких

- Спирография – определение ФВД
- Бронходилатационный тест

- Легочная гиперинфляция
- Эмфизема
- Нейтрофильное воспаление
- Рофлумиласт

4. Бронхоэктатическая болезнь

- Бронхоэктатическая болезнь – это хроническое приобретенное, а в ряде случаев врожденное заболевание. Наряду с БЭБ как самостоятельной нозологической единицей, патоморфологическим субстратом которой являются первичные бронхоэктазы, выделяют вторичные бронхоэктазы, которые являются осложнением или проявлением другого заболевания.
- Для бронхоэктатической болезни характерны следующие жалобы: кашель с отделением гнойной мокроты, кровохарканье, одышка, боли в грудной клетке, повышение температуры тела, общая слабость, снижение работоспособности.
- Характерные признаки заболевания при внешнем осмотре.
- Лабораторные данные, данные инструментального исследования.
- Методы лечения, показания для оперативного лечения.

VI. Вопросы для самоподготовки:

1. Пневмония

- Определение понятия пневмонии
- Этиология
- Классификация
- Патогенез
- Клинические проявления пневмонии
- Диагностика пневмонии
- Лечение пневмонии
- Осложнения пневмонии

2. Бронхиальная астма

- Определение понятия бронхиальная астма
- Этиология
- Классификация
- Патогенез основных форм
- Клинические особенности бронхиальной астмы (атопическая, инфекционно-зависимая, аспириновая, ваготоническая)
 - Диагностика бронхиальной астмы, специфическая, функциональная; провокационные и медикаментозные пробы)
 - Лечение бронхиальной астмы

- Астматическое состояние
- Лечение приступа бронхиальной астмы

3.ХОБЛ

- Этиология. Патогенез
- Классификация.
- Диагностика.
- Клиника.
- Дифференциальная диагностика.
- Лечение

4. Бронхоэктатическая болезнь

- Определение бронхоэктатической болезни.
- Причины развития бронхоэктатической болезни, предрасполагающие факторы.
 - Патогенез, включая факторы, приводящие к развитию бронхоэктазов и их инфицированию.
 - Что является патоморфологическим субстратом бронхоэктатической болезни? Виды бронхоэктазов.
 - Классификация бронхоэктатической болезни.
 - Клиническая картина заболевания: основные жалобы.
 - Данные внешнего осмотра и физикального исследования.
 - Лабораторные данные: изменения показателей, характерные для БЭБ.
 - Инструментальные исследования: данные рентгенографии легких, бронхоскопии и др.
 - Обоснование и формулировка диагноза.
 - Что является наиболее частым осложнением БЭБ?
 - Прогноз.

VII. Перечень рефератов:

- Особенности течения пневмонии в различных возрастных группах
- Специфическая терапия (гипосенсибилизация, десенситизация, иммуносорбция, цитаферез)
- Немедикаментозные методы лечения пневмонии

- Биологические дефекты у здоровых людей, роль наследственности в развитии бронхиальной астмы
- Особенности течения бронхиальной астмы в различных возрастных группах
- Специфическая терапия (гипосенсибилизация, десенситизация, иммуносорбция, цитаферез)
- Немедикаментозные методы лечения бронхиальной астмы (рефлексотерапия, спелеотерапия, лазеротерапия и др.)
- Методы профилактики ХОБЛ
- Принципы диагностики ХОБЛ.
- Новая классификация ХОБЛ по GOLD 2018.
- Новые препараты в лечении ХОБЛ
 - Общие принципы лечения БЭБ.
 - Основные группы препаратов, применяемых для лечения БЭБ и их характеристика.
- Классификация антибактериальных средств.

VIII. Интерактивные компьютерные программы и видеоматериалы:

- Spiroграфия
- Аускультация легких
- Бронхиальная астма
- ХОБЛ
- Презентация по теме БЭБ
-

IX. Стенды: *«Электрокардиограмма в норме и патологии», «Пневмония», «Бронхообструктивные заболевания»*

X. Ситуационные задачи и тесты

Задача № 1.

Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе:

работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°C. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9/л$, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении?
5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9°C), ЧДД - 22 в мин., имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача №2

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких

дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.
4. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор

Задача №3

Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5°C, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение. Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный легочный звук над всей поверхностью лёгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?
5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого легкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

Задача №4

Больная 22 лет. После переохлаждения появились насморк, першение в горле, субфебрильная температура. Через 3 дня общее самочувствие улучшилось, но появились приступы сухого кашля, особенно ночью.

Периодически стало появляться затрудненное дыхание, обильные водянистые выделения из носа, многократное чихание, зуд век. Отметила, что при выходе на улицу кашель прекращается, улучшается самочувствие.

В детстве при употреблении в пищу клубники и цитрусовых возникали крапивница, зуд век, слезотечение. В связи с этим указанные продукты давно не употребляет.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура 36,7 град. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. На рентгенограмме патологии легких не выявлено. По остальным органам и системам патологии не выявлено.

Анализ крови: эрит. $4,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 132 г/л, цв. показатель 0,9, лейкоц. $5,3 \cdot 10^9/л$, эоз. 12%, нейтр. п/я 2%, с/я 60%, лимф. 21%, мон. 5%, СОЭ – 12 мм/час.

ЖЕЛ = 92 % должной величины, ОФВ₁ = 87% должной величины.

1. Предполагаемый диагноз?

2. Какие медикаментозные средства следует назначить:

А) для купирования кашля и дыхательного дискомфорта?

Б) для предупреждения прогрессирования болезни?

Задача №5

Больная 19 лет, доставлена бригадой «скорой помощи». У больной впервые в жизни возник приступ удушья. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции в виде кожной сыпи при контакте с животными – кошка, собака, лошадь и реакция в виде вазомоторного ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. 3 месяца назад больная устроилась на новую работу администратором в косметический салон. Через месяц у больной появился сухой кашель, который стал постоянным и постепенно усиливался. Накануне возникновения приступа удушья больная была в гостях, где держат собаку. Вечером после возвращения домой, усилился кашель, появилось затрудненное дыхание, одышка. В течение ночи указанные симптомы усилились, появилось чувство нехватки воздуха, чувство неполного выдоха из-за удушья. Больная вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована.

Семейный анамнез: у отца больной – бронхиальная астма, мать здорова. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,7 град С. Кожные покровы чистые, влажные, незначительный акроцианоз. ЧД – 26 уд/мин, При сравнительной перкуссии – ясный легочный звук с коробочным оттенком. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии $\pm 2,5$ см, по среднеключичной и по лопаточной линиям ± 2 см. При аускультации легких – выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха. Дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих, рассеянных, высокодискатных хрипов.

Пульс – 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоц. 7800, эоз. – 10%, п/я – 3%, с/я – 65 %, лимф. -20%, мон. -2%, СОЭ – 5 мм/час.

Рентгенография органов грудной полости: легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Каковы механизмы приступа удушья?
3. Составьте план обследования больной.
4. Лечение.

Задача 6

Больной М., 20 лет, после перенесенной ОРВИ появились жалобы на кашель с большим количеством мокроты с неприятным запахом, которая достаточно легко откашливается, в основном в утренние часы, одышку при умеренной физической нагрузке, выраженную общую слабость, субфебрилитет. При физикальном обследовании над средней долей правого легкого выслушивается жесткое дыхание, разноколиберные влажные хрипы, исчезающие после откашливания и отхождения мокроты.

Предварительный диагноз?

План обследования.

Выбор антибактериального препарата.

Задача 7

Больная Л., 30 лет, наблюдается пульмонологом более 10 лет по поводу бронхоэктатической болезни, в течение последнего года отмечает усиление одышки, ухудшение общего самочувствия. При объективном осмотре обращает на себя внимание «бочкообразная грудная клетка», цианоз кожи и слизистых. При физикальном исследовании в нижних отделах легких выслушивается большое количество сухих и влажных хрипов, акцент 2 тона над легочной артерией.

О каком осложнении бронхоэктатической болезни может идти речь?

Назначьте план обследования.

Предложите план лечения пациентки.

Задача 8

Больной Н., 26 лет, наблюдается по поводу бронхоэктатической болезни около 15 лет. Какие изменения на рентгенограмме легких Вы ожидаете у данного пациента? Изменения по данным бронхоскопии? Результаты бронхографии? Результаты спирографии?

Задача 9

Пациент находится на стационарном лечении по поводу впервые выявленной бронхоэктатической болезни. Укажите программу обследования данного пациента. План лечения. Показания для оперативного лечения.

ЗАДАЧА №10

Пациент поступил с жалобами на одышку экспираторного характера при незначительной физической нагрузке, кашель с гнойной мокротой в утренние часы, повышение температуры до субфебрильных цифр;

Из анамнеза: кашель беспокоит 20 лет, 10 лет – экспираторная одышка, курит 30 лет по 1,5 пачки в день, работает на стройке (строительная пыль, переохлаждения), ухудшение состояния последний год (усиление одышки, 2 обострения);

Данных объективного обследования: при осмотре – эмфизематозная грудная клетка, диффузный цианоз, перкуторно – коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание с сухими свистящими хрипами с обеих сторон.

Данных дополнительного обследования: 4 балла по шкале Mmrs, при спирографии – смешанные нарушения ФВД с преобладанием обструкции, индекс ОФВ1/ЖЕЛ менее 0,7, проба с сальбутамолом отрицательная, при пульсоксиметрии - сатурации до 88%, в анализах крови и мокроты данные за воспалительный процесс - повышение СОЭ, небольшой левый сдвиг (8 пал.) - в анализе крови, мокрота – гнойная, L100 в п/зр.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
4. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА №11

Больной 57 лет, жалуется на одышку при небольшой нагрузке, ощущение свиста и хрипов в груди при дыхании, кашель с небольшим количеством слизистой вязкой мокроты. Вечером и ночью приступы малопродуктивного кашля продолжительностью 20-30 минут, во время которых усиливается одышка и свист в груди.

Курит с 20-летнего возраста. Около 30 лет беспокоит кашель, который больной всегда связывает с курением. Дыхательный дискомфорт и одышка появились 5-6 лет назад. Затем стали появляться приступы кашля, свистящие дыхание. Степень выраженности этих симптомов менялась в зависимости от погоды. Лучше чувствовал себя в теплое сухое время года. Нарастание одышки и кашля особенно отмечает в течение последних трех лет.

Объективно: грудная клетка бочкообразна, кифоз грудного отдела позвоночника, некоторое набухание надключичных пространств. Нижние границы легких опущены, перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультация: дыхание жесткое, выдох удлинен, на выдохе свистящие хрипы высокой тональности. Определение относительной сердечной тупости затруднено, выявляется эпигастральная пульсация правого желудочка. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 92 в мин., АД 160/80 мм рт.ст.

Функция внешнего дыхания: ЖЕЛ=71%; ФЖЕЛ=56%; ОФВ-1=43%;
МОС-25=27%, МОС-50=23%; МОС-75=23%.

1. Диагноз?
2. Тип нарушения вентиляции и степень тяжести?
3. Медикаментозный препарат первого ряда?

Задача №12

Больная 62 лет, рабочая. Жалобы на кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой в утренние часы, одышку смешанного в покое характера, слабость, субфебрилитет.

Из анамнеза: кашель, одышка беспокоит более 20 лет, курит 40 лет по 1,5 пачки в день. Настоящее ухудшение около недели: усилились кашель, одышка, мокрота стала гнойной, поднялась температура.

Аускультация: дыхание ослабленное везикулярное, выдох удлинен, сухие свистящие и жужжащие хрипы на выдохе с обеих сторон, ЧДД 22 в 1 мин..

ЖЕЛ =54%, ОФВ1 36

Прирост ОФВ =9%

Эрит. ,6,.8.10 12/л, гемоглобин 176 г/л, лейкоц. 10,6 .10 9/л, э -1, п-2, с. – 82, л. – 12, м -3, СОЭ 24 мм /час.

Ваш предварительный диагноз?

Необходимые обследования для подтверждения диагноза?

План лечения?

Задача № 13

Больной 60 лет, жалуется на одышку экспираторного характера при малейшей нагрузке, кашель со скудной трудноотделяемой вязкой мокротой желтоватого цвета, отеки ног.

Кашель беспокоит более 20 лет, одышка возникла и стала прогрессировать в течение последних двух лет. Отеки голеней и стоп появились несколько дней назад.

Курит более 40 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, сухая. Отеки голеней и стоп. Над легкими дыхание ослаблено, выдох удлинен, на вдохе масса сухих хрипов. ЧДД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритм правильный, ЧСС – 90 в 1 мин., АД – 140/80 мм рт. ст. Акцент П типа над легочной артерией. Живот мягкий, безболезненный.

Рентгенограмма легких: диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких.

Анализ крови: эр. 5,6 .10 12/л, гемогл. 170 г/л, цв. показ. 0,9, лейкоц -6,0 .10 9/л, эоз – 1%, п/я -2%, с/я-60%, лимф. 21%., мон. -5%, СОЭ -3 мм/час.

Функция внешнего дыхания: ЖЕЛ =68%, ОФВ 1 52%, МОС -25 =50%., МОС -50 = 40%, МОС -75 = 25%.

1. Предполагаемый диагноз?

2. Какой тип нарушения вентиляции выявлен при исследовании?
3. Лечебные мероприятия.

Тесты по теме «Пневмония»

Механизмы бронхолегочной защиты:

- направленное колебательное движение ресничек
- экзоцитоз бронхиальным эпителием
- гуморальная неспецифическая защита
- иммунная специфическая защита
- бронхиальная перистальтика

Механизмы бронхолегочной защиты:

- альвеолярный клиренс
- трахеобронхиальный клиренс
- бронхопульмональный клиренс
- носовой клиренс
- наличие сурфактанта

Этиологические факторы пневмонии:

- бактерии
- вирусы
- простейшие
- грибы
- бактериофаги

Виды пневмоний в зависимости от клинико-морфологических особенностей первичной локализации:

- лobarная
- дольковая
- острый пневмонит
- бронхопневмония
- очагово-сливная

В зависимости от распространенности очаговая пневмония может быть:

- ацинозная
- долевая
- сегментарная
- милиарная
- дольковая

При долевой пневмонии, вызванной *Streptococcus pneumoniae*, поражаются:

- мелкие бронхи
- альвеолы
- межальвеолярные перегородки
- мелкие бронхи и альвеолы
- альвеолы и межальвеолярные перегородки
- мелкие бронхи и межальвеолярные перегородки

При бронхопневмонии поражаются:

- мелкие бронхи
- альвеолы
- межальвеолярные перегородки
- мелкие бронхи и альвеолы
- альвеолы и межальвеолярные перегородки
- мелкие бронхи и межальвеолярные перегородки

Возбудителями долевой пневмонии являются:

- *Klebsiella pneumoniae*
- *Staphylococcus aureus*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Neisseria gonorrhoeae*

Больной 25 лет заболел внезапно после переохлаждения в состоянии алкогольного опьянения. Предъявляет жалобы на подъем температуры тела до 39 С, озноб, кинжальную боль в правом боку и резкую слабость в течение 7 суток. Объективно: над нижней долей правого легкого при перкуссии слышен тупой звук, при аускультации - дыхание не проводится, выслушивается шум трения плевры. Рентгенологически – затемнение нижней доли правого легкого, в области 8-го сегмента полость, утолщение плевры. Заключение:

- бронхопневмония, осложнившаяся плевритом
- долевая пневмония, стадия серого опеченения
- долевая пневмония, осложнившаяся карнификацией
- долевая пневмония, осложнившаяся острым абсцессом
- долевая пневмония, стадия разрешения

Шум трения плевры при долевой пневмонии, вызванной *Streptococcus pneumoniae* обусловлен:

- эмпиемой плевры
- гидротораксом
- серозным плевритом
- пневмотораксом

- фибринозным плевритом

Легочные осложнения долевой пневмонии, вызванной *Streptococcus pneumoniae*:

- плеврит
- эмпиема плевры
- бронхопневмония
- респираторный дистресс-синдром взрослых
- острый бронхит

Пневмония – это:

острое инфекционное заболевание легких с преимущественным поражением воздухопроводящих путей

хроническое заболевание легких с преимущественным поражением респираторного отдела

инфекционно-аллергическое заболевание легких с преимущественным поражением воздухопроводящих путей

острое инфекционное заболевание легких с преимущественным поражением респираторного отдела

хроническое инфекционное заболевание легочной паренхимы

Тесты по теме «Бронхиальная астма»

Современная концепция бронхиальной астмы рассматривает БА как

- а) хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей;
- б) хроническое интерстициальное заболевание легких;
- в) заболевание, полностью излечимое под влиянием лечения;
- г) наследственно обусловленное заболевание;
- д) профессиональное заболевание.

Клиническими признаками бронхиальной астмы являются:

- а) эпизоды свистящих хрипов;
- б) чувство заложенности в груди и кашель;
- в) эпизоды одышки, особенно по ночам или ранним утром;
- г) обратимая бронхиальная обструкция;
- д) верно все перечисленное.

Атопия –это:

- а) клинические проявления реакций гиперчувствительности I типа;
- б) клинические проявления реакций гиперчувствительности II типа;
- в) клинические проявления реакций гиперчувствительности III типа;
- г) клинические проявления реакций гиперчувствительности IV типа;
- д) аутоиммунное заболевание.

Воспаление дыхательных путей при БА имеет:

- а) острый характер;
- б) обусловлено бактериальной флорой;
- в) купируется антибиотикотерапией;
- г) является защитной реакцией;
- д) отражает срыв защитных механизмов регуляции проходимости бронхов.

При разных клинических формах БА воспалительный процесс

- а) имеет универсальный характер и не зависит от возраста больных;
- б) зависит от клинического фенотипа БА;
- в) полностью обратимо под влиянием бета-агонистов;
- г) полностью обратимо под влиянием антихолинэргических средств;
- д) не контролируется глюкокортикостероидами.

Характерным признаком атопического механизма БА являются:

- а) развитие симптомов БА непосредственно после контакта с аллергеном;
- б) немедленная реакция при постановке кожных проб;
- в) наличие в сыворотке специфических антител IgE к данному аллергену;
- г) эффект элиминации;
- д) верно все перечисленное.

Гиперреактивность бронхов – это

- а) быстрое увеличение ОФВ1 или ПСВ на 200 и более мл. от исходного значения через 10-20 минут после ингаляции бронхолитика быстрого действия;
- б) быстрое увеличение ОФВ1 или ПСВ более 12% от исходного значения через 10-20 минут после ингаляции бронхолитика быстрого действия;
- в) изменение бронхиальной проходимости в течение 1 суток, которая проявляется колебаниями ПСВ или ОФВ1 в исследуемый период;
- г) изменение бронхиальной проходимости в течение нескольких дней, которая проявляется колебаниями ПСВ или ОФВ1 в исследуемый период;
- д) повышение бронхоконстрикторного ответа на широкий спектр экзогенных и эндогенных стимулов, приводящее к вариабельной бронхиальной обструкции.

Механизмы обструкции бронхов при БА характеризуются:

- а) острым спазмом гладкой мускулатуры бронхов, практически полностью обратим под влиянием бронхолитиков;
- б) отеком бронхиальной стенки;
- в) хронической обструкцией вязким секретом (гиперсекреция слизи);
- г) ремоделированием стенки бронхов;
- д) верно все перечисленное.

При БА воспалительный процесс

- а) чаще не опускается ниже респираторных бронхиол;
- б) сопровождается повышенной секрецией слизи, экссудацией белков сыворотки, слушиванием эпителия образованием клеточного детрита;
- в) для разрешения воспаления требуется длительное время;
- г) при переходе воспаления на легочную ткань возможно развитие деструктивной эмфиземы;
- д) верно все перечисленное.

Контроль над бронхиальной астмой предполагает:

- а) отсутствие симптомов астмы;
- б) отсутствие необходимости в экстренных визитах к врачу;
- в) отсутствие потребности в дополнительных приемах Бета-2 агонистов;
- г) суточные колебаниях ПСВ менее 10-15 %, недельные – менее 14-18%,
- д) верно все перечисленное.

Полный контроль над бронхиальной астмой означает, что эффект от лечения достигнут и поддерживается с учетом безопасности лечения и риска побочных явлений лекарственной терапии

- а) на протяжении 1 месяца;
- б) на протяжении 2 месяцев;
- в) на протяжении 3-4 месяцев;
- г) на протяжении 12 месяцев;
- д) на протяжении более 1 года.

Стойкая ремиссия бронхиальной астмы наступает при отсутствии обострений свыше

- а) 3 месяцев;
- б) 6 месяцев;
- в) 12 месяцев;
- г) двух лет;
- д) свыше 3 и более лет.

Тяжелое обострение бронхиальной астмы характеризуют:

- а) ПСВ после первого введения бронхолитика $>80\%$ от должного, $SpO_2 > 95\%$;
- б) ПСВ после первого введения бронхолитика 60-80% от должного, $SpO_2 91-95\%$;
- в) участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, громкие свистящие хрипы при аускультации легких;
- г) частота дыхания до 30 в мин., ЧСС 100-120 уд. в мин;
- д) ПСВ после первого введения бронхолитика $<60\%$ от должного, $SpO_2 91-95\%$.

Тяжелая БА, трудно поддающаяся лечению характеризуется

- а) относительной нечувствительностью к лечению ГКС,
- б) необходимость постоянного применения системных кортикостероидов с характерными проявлениями побочных реакций на стероидные препараты – (стероидозависимая астма);
- в) увеличением количества нейтрофилов в бронхиальной стенке;
- г) поражением бронхов мелкого калибра и более выраженными структурными изменениями;
- д) верно все перечисленное.

Лекарственные средства, контролирующие течение бронхиальной астмы

- а) принимаются ежедневно и длительно;
- б) принимаются только в период обострения;
- в) показаны при легкой интермитирующей БА;
- г) не являются обязательными при легкой персистирующей БА;
- д) включают антигистаминные препараты.

Ингаляционные бета 2-агонисты (бета 2-адреномиметики) длительного действия (ДДБА) при БА

- а) используются только в сочетании с ИГКС;
- б) используются в виде монотерапии;
- в) используются при легкой персистирующей БА;
- г) используются при легкой интермитирующей БА;
- д) противопоказаны при сопутствующей гипертонической болезни.

Системные глюкокортикоиды при БА показаны

- а) при неконтролируемой БА в виде непродолжительного (10-14 дней) курса;
- б) при тяжелой неконтролируемой БА назначаются на длительный срок;
- в) при астматическом статусе;
- г) при приступе БА. Некупирующемся в течение часа бронхолитиками;
- д) верно все перечисленное.

Тактика терапии БА, если астма остается под контролем не менее 3 месяцев заключается

- а) в приеме препаратов, контролирующих заболевание в прежней дозе;
- б) в уменьшение поддерживающей терапии;
- в) в прекращение поддерживающей терапии;
- г) в применении препаратов только для купирования симптомов;
- д) замене препарата, контролирующего заболевание на препарат другой группы.

Для лечения приступов астмы во избежание усиления кашля не рекомендуются

- а) ингаляционные муколитические препараты;
- б) ингаляционные симпатомиметики;
- в) ингаляционные ИГКС;
- г) ингаляционные антихолинергические средства;
- д) все вышеперечисленное.

При тяжелом обострении БА показанием для перевода больного в отделение интенсивной терапии является:

- а) $PaO_2 < 60$ мм.рт.ст через 6-12 часов от начала;
- б) $Pa CO_2 > 45$ мм.рт.ст., через 6-12 часов от начала лечения;
- в) ПСВ $< 30\%$ через 6-12 часов от начала лечения;
- г) неэффективность при приеме системных глюкокортикостероидов;
- д) верно все перечисленное.

Тесты по теме «ХОБЛ»

Какие лекарственные препараты противопоказаны при ХОБЛ

- а)Атровент
- б)Пропранолон
- в)Беродуал
- г)Азитромицин

Укажите основной метод диагностики ХОБЛ

- а)Рентгенография легких
- б)Спирометрия
- в)Общий анализ мокроты
- г)Эхокардиография ЭКГ

Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции?

- а)экспираторная;
- б)инспираторная;
- в)смешанная.

Какие препараты следует назначить больному с ХОБЛ клинической группы В:

- а)Беротек;
- б)Атенолол;
- в)Глюкокортикостероиды ингаляционные;
- г)Сердечные гликозиды;
- д)Тиотропиум бромид

Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеют:

- а) острые заболевания дыхательной системы;
- б) хронические болезни бронхолегочного аппарата;

- в) функциональное перенапряжение аппарата дыхания;
- г) возрастная инволюция эластической ткани легких;
- д) дефицит $\alpha 1$ -антитрипсина.

Наиболее информативными критериями гипертрофии правого желудочка являются:

- а) выраженное отклонение электрической оси вправо;
- б) смещение переходной зоны вправо;
- в) смещение переходной зоны влево;

У больного, находящегося трое суток на ИВЛ по поводу усугубления ДН на фоне ХОБЛ, через интубационную трубку выделяется большое количество вязкой мокроты. Лечебная тактика?

- а) введение больших доз эуфиллина;
- б) санационная бронхоскопия;
- в) терапия стероидными гормонами.

Основные признаки обострения ХОБЛ (GOLD):

- а) нарастание одышки;
- б) усиление кашля;
- в) повышение температуры;
- г) появление гнойной мокроты;
- д) тахикардия;
- е) увеличение объема мокроты

Тесты по теме бронхоэктатическая болезнь

Наиболее информативными методами диагностики БЭБ являются:

- а) Рентгенография грудной клетки
- б) Томография легких
- в) Фибробронхоскопия
- г) Бронхография
- д) 1 и 4 вместе

К осложнениям бронхоэктатической болезни относятся:

- а) Легочные кровотечения
- б) Рак легкого
- в) Ателектаз доли легкого
- г) Амилоидоз
- д) 1 и 3 вместе

Из перечисленных лечебных процедур наиболее важной для больных с БЭБ является:

- а) Массаж грудной клетки
- б) Дыхательная гимнастика

- в) Постуральный дренаж
- г) Оксигенотерапия
- д) УВЧ грудной клетки

Основная причина приобретенных бронхэктазов:

- а) Бронхиальная астма
- б) Хронический бронхит
- в) Крупозная пневмония
- г) Экссудативный плеврит

Для БЭБ характерно наличие:

- а) Каверны
- б) Опухоли
- в) Гноя в расширенных бронхах
- г) Жидкости в плевральной полости

При БЭБ мокрота:

- а) «ржавая»
- б) Стекловидная
- в) Гнойная
- г) Розовая

При осмотре больного БЭБ характерно:

- а) Пальцы в виде «барабанных палочек» и ногти в виде «часовых стекол»
- б) Увеличенные шейные и подмышечные лимфоузлы
- в) «Побеление» кончиков пальцев
- г) «Бочкообразная» грудная клетка

Наиболее информативным объективным клиническим признаком для диагностики локализованной формы бронхоэктатической болезни является:

- а) Укорочение перкуторного звука
- б) Жесткое дыхание
- в) Сухие хрипы
- г) Мелкопузырчатые влажные хрипы
- д) Локализованные влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы

Хирургическое лечение бронхэктазов показано при:

- а) Появлении признаков амилоидоза внутренних органов
- б) Присоединении диффузного бронхита
- в) Наличии конкурирующих заболеваний
- г) Бронхэктазах, ограниченных в пределах отдельных сегментов
- д) Появление дыхательной и сердечной недостаточности

Признаками бронхэктазов является выявление при бронхографии:

- а) Цилиндрическое расширение бронхов
- б) Мешотчатое расширение бронхов
- в) Смешанное расширение: начальная часть цилиндрическая, концевая мешотчатая
- г) Мелкое расширение в виде четок или нитей бисера

Увеличение объема воздушного пространства дистальнее терминальных бронхиол, сопровождающееся деструктивными изменениями альвеолярных перегородок, называется:

- а) Бронхоэктазами
- б) Бронхиолитом
- в) Эмфиземой легких
- г) Фиброзирующим альвеолитом

Бронхоэктатическую болезнь чаще впервые диагностируют:

- а) В детском и подростковом возрасте
- б) В пожилом возрасте
- в) В возрасте 20-25 лет у женщин и 40-45 лет у мужчин
- г) В возрасте 45-60 лет

Проведение санационной бронхоскопии наиболее эффективно при:

- а) Хронической обструктивной болезни легких
- б) Прогрессирующей эмфиземе легких
- в) Экзогенном фиброзирующем альвеолите
- г) Бронхоэктатической болезни

У больного 19 лет жалобы на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты до 200мл, кровохарканье, повышение температуры тела до 38°C, недомогание, одышку. С детства отмечает частый кашель. За последние 5 лет ежегодные обострения. Наиболее вероятный диагноз:

- а) Хронический абсцесс легкого
- б) Хронический гнойный бронхит
- в) Бронхоэктатическая болезнь
- г) Хроническая обструктивная болезнь легких.
- д) Рак легкого.

У больного 50 лет, злоупотребляющего алкоголем, в течении 2 недель боли в правой половине грудной клетки, лихорадка, кашель с отделением гнойной мокроты, слабость. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки полость 3см в диаметре с горизонтальным уровнем жидкости в верхней доле справа. Наиболее вероятный диагноз:

- а) Бронхоэктазы
- б) Абсцесс легкого
- в) Инфаркт легкого
- г) Рак легкого

д) Туберкулез

Наиболее типичными аускультативными признаками бронхоэктатической болезни являются:

- а) Очаг сухих свистящих хрипов, определяемых на вдохе и выдохе
- б) Бронхиальное дыхание
- в) Очаг стойко удерживающихся влажных хрипов различного калибра
- г) Шум трения плевры на ограниченном участке
- д) Резко ослабленное дыхание на ограниченном участке.

Какие симптомы характерны для бронхоэктатической болезни: а) артралгии; б) барабанные палочки; в) кашель с гнойной мокротой; г) сухой кашель; д) кровохарканье. Выберите правильную комбинацию:

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

18. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье: а) ТЭЛА. б) бронхоэктатическая болезнь; в) рак легкого; г) митральный стеноз; д) эмфизема легких. Выберите правильную комбинацию:

- 1. а, в.
- 2. б, в.
- 3. а, б, в.
- 4. а, в, г, д.
- 5. а, б, в, г.

19. Больной 38 лет, поступил в больницу с подозрением на бронхоэктатическую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Небольшой цианоз губ. Грудная клетка эмфизематозная, изменение пальцев рук по типу «барабанные палочки», коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы при аускультации. Для подтверждения диагноза, какому современному методу отдадите предпочтение:

- а) Рентгенограмма органов грудной клетки
- б) Спирометрия
- в) Рентгеновская компьютерная томография
- г) Бронхография

XI. Рекомендуемая литература:

Основная

- 1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни. - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015

2. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни в 2-х томах - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015 (есть в электронном варианте в библиотеке)
3. Пульмонология: клинические рекомендации / под ред. А.Г. Чучалина. 2-е изд., перераб. и доп. 2014.
4. Пульмонология: национальное руководство, краткое изд. / под ред. А.Г. Чучалина и др. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014.

Дополнительная учебная литература:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. М., А 2014. Российское респираторное общество/ под редакцией А.С. Беловского (на кафедре)
2. Бронхиальная астма: учеб. пособие / Л. В. Коршунова, О. М. Урясьев, Ю. А. Панфилов ; [Ряз. гос. мед. ун-т]. - М. : Изд. дом. "Логос Пресс", 2015.
3. Хроническая обструктивная болезнь легких : моногр. / науч. ред. С.И. Овчаренко; гл. ред. сер. А.Г. Чучалин . - 2-е изд., стер. - М. : Атмосфера, 2011.
4. Бронхиальная астма и ишемическая болезнь сердца: особенности сочетанного течения и возможности терапии: моногр. / О. М. Урясьев, А. А. Пыко ; [Ряз. гос. мед. ун-т]. - М. : Изд-во "Спутник+", 2012.
5. Пульмонология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. А.Г. Чучалина и др. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014.
6. Исследование функции внешнего дыхания : учебно-метод. пособие для слушателей ФПДО по спец. "Функцион. диагностика" / М. С. Якушина, А. В. Соколов ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РязГМУ, 2010

ХII. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

ЭБС “ Консультант студента” Режим доступа

<http://www.studmedlib.ru>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<http://www.rlsnet.ru/>

<http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>

<http://www.scardio.ru/rekomendacii/>

<http://cardioweb.ru/klinicheskie-rekomendatsii>

<http://www.pulmonology.ru/>

<http://www.gastro.ru/>

<http://www.nephro.ru/>

<http://rheumatolog.ru/>

<http://openhematology.ru/favourites/national-guidelines-on-hematology-annotation/>

<http://profbolezni.ru/>

<http://mkb-10.com/>

<http://medicalc.ru/>

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

Кафедра факультетской терапии
«Утверждаю»

Зав. кафедрой, д.м.н., проф. _____ О.М. Урясьев

« _____ » _____ 2018 г.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
для самостоятельной работы студентов

I. Раздел: Кардиология

II. Дисциплина: факультетская терапия

III. Продолжительность: 10 часа – 7 семестр

Освоить следующие компетенции: ПК6, ПК8.

IV. Цель: подготовка квалифицированного врача- терапевта, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: стационарной и амбулаторной службы.

V. Основные понятия к теме:

1. Основы ЭКГ

• Аритмии сердца отличаются большим разнообразием форм, клинических проявлений и осложнений. Это обстоятельство, наряду с разнообразием средств и методов лечения делают проблему терапии НРС и проводимости одной из актуальнейших в кардиологии.

- НРС - большие и малые критерии для диагностики.
- НРС - комплексное лечение и профилактика.

2. Артериальная гипертензия

- пограничная артериальная гипертензия,
- эссенциальная гипертензия,
- органы – мишени,
- гипертрофия левого желудочка,
- периферическое сопротивление и минутный объём,
- прессорная и депрессорная системы,
- симптом Салюса – Гунна,
- гипертонический криз,

- гипотензивные средства.

3. Ишемическая болезнь сердца

- Ишемическая болезнь сердца
- Стенокардия
- Инфаркт миокарда
- Тропонин
- Коронарная ангиография

4. Хроническая сердечная недостаточность

- Хроническая сердечная недостаточность
- Систолическая сердечная недостаточность
- Диастолическая сердечная недостаточность
- Фракция выброса
- Натрий-уретический пептид

VI. Вопросы для самоподготовки:

1. Основы ЭКГ

- Что характерно для фибрилляции предсердий?
- Какие ЭКГ критерии характерны для желудочковой экстрасистолии?
- Какие ЭКГ критерии характерны для наджелудочковой ЭС:
- Наиболее частое осложнение мерцательной аритмии
- При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия?
- ЭКГ критерии желудочковой пароксизмальной тахикардии?

2. Артериальная гипертензия

- Определение гипертонической болезни.
- Этиология заболевания и факторы риска.
- Патогенез гипертонической болезни.
- Клиническая картина заболевания.
- Гипертонические кризы, их клиническая характеристика и врачебная.
- тактика ведения больных с кризами.

3. Ишемическая болезнь сердца

Этиология. Патогенез

- Классификация.
- Диагностика.
- Клиника.
- Дифференциальная диагностика.
- Лечение.

4. Хроническая сердечная недостаточность

- Этиология. Патогенез.

- Классификация.
- Диагностика.
- Клиника.
- Дифференциальная диагностика.
- Лечение.

VII. Перечень рефератов:

- Современная классификация гипертонической болезни по степеням,
 - стадиям и факторам риска, классификация по МКБ-10.
 - Принципы профилактики и терапии гипертонической болезни.
 - Группы гипотензивных препаратов и особенности их применения у разных групп больных.
 - механизм активации эктопического возбуждения и повторного входа с циркуляцией импульса,
 - стадии патоморфологических изменений
 - критерии диагностики большие и малые,
 - принципы комплексного лечения,
 - методы реабилитации и профилактики.
- Факторы риска ИБС
- Маркеры повреждения миокарда.
- Классификация ИБС
- Принципы терапии ИБС
- Методы профилактики ХСН
- Принципы диагностики ХСН.
- Классификация ХСН на основании рекомендации ВНОК.
- Лечение ХСН

VIII. Интерактивные компьютерные программы и видеоматериалы:

- Аускультация сердца
- ЭКГ
- Гипертоническая болезнь
- ИБС
- ХСН

IX. Стенды: *«Электрокардиограмма в норме и патологии», «классификация НРС, классификация противоаритмических средств», «классификация гипертонической болезни» «набор ЭКГ»*

X. Ситуационные задачи.

ЗАДАЧА №1

Мужчина 75 лет

В течение 2 лет отмечает приступы сердцебиения, перебоев в работе сердца, общую слабость, эпизоды «потемнения в глазах». Ухудшение самочувствия за последние 2 дня: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались нарушения сердечного ритма. При осмотре: кожные покровы бледные ЧСС 128 уд\мин., АД 135\80 мм рт ст., нерегулярность сердечных сокращений, дефицит пульса.

ЭКГ: Синусовая тахикардия 124 уд\мин., отсутствие зубцов Р, наличие беспорядочных волн f, нерегулярность желудочковых комплексов QRS.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Общие принципы лечения.
4. Виды нарушения сердечного ритма
5. Патогенез данного нарушения сердечного ритма

ЗАДАЧА № 2.

Женщина 37 лет.

Жалобы на сердцебиение, ощущение тяжести в области сердца, значительно усиливающиеся при психоэмоциональной и физической нагрузке.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Пятнистая гиперемия кожи шеи и верхних отделов грудной клетки, кожные покровы влажные. ЧД = 20 в мин. АД = 110\70 мм рт ст. ЧСС = 94 в мин., пульс ритмичный. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, незначительное усиление громкости I тона.

ЭКГ: Ритм синусовый, 94 в мин.. Нормальное положение ЭОС.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
3. Общие принципы лечения.
4. Виды нарушения сердечного ритма
5. Патогенез данного нарушения сердечного ритма

Задача №3

Больной О., 64 года, жалобы на давящие, сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке с иррадиацией в левую руку, кашель с вязкой мокротой белого цвета по утрам, одышку при физической нагрузке, сердцебиение, головную боль.

В течение последних 10 лет – гипертоническая болезнь с цифрами АД до 180/110 мм рт.ст. Регулярно не лечится. Принимает корифар при

повышении АД. В течение последних 2 недель появились боли за грудиной при физической нагрузке.

5 лет назад выявлена ХОБЛ, получает только беродуал по потребности.

Курит по 1 пачке около 45 лет. Наследственность неотягощена. Аллергические реакции отрицает. Сторож.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 85 кг. Цианоз губ. В лёгких – перкуторно звук с коробочным оттенком, аускультативно – дыхание жёсткое, по всем полям сухие гудящие и свистящие хрипы, усиливающиеся на выдохе. ЧДД – 22 в мин. Тоны сердца ослабленные, ритм правильный ЧСС – 106 уд. в мин., АД – 190/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень + 3 см, при пальпации мягкоэластической консистенции, безболезненная. Физиологические отправления в норме. Отёки ног.

Rg-графия лёгких: очаговых и инфильтративных изменений нет, усиление лёгочного рисунка с обеих сторон.

Общий анализ крови: без патологии.

Спирография: ОФВ₁ – 45%, ФЖЕЛ – 88%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 64%, после ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ₁ + 8%.

ЭКГ: признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Поставьте диагноз. Наметьте план, обследования и лечения. Укажите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

Задача №4

Больной С., 55 лет, жалоб на момент осмотра не предъявляет.

В течение последних 3 недель появились боли за грудиной при физической нагрузке. Не обращался. Через 2 недели госпитализирован по СМП с резкими загрудинными болями в сосудистый центр. Диагностирован Q-образующий инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. Проведён эффективный тромболизис альтеплазой в стандартной дозе. Через 5 дней самостоятельно ушёл из стационара.

Курил по 1 пачке около 35 лет, бросил с момента госпитализации в сосудистый центр. Наследственность – у отца ИБС. Аллергические реакции – отрицает. Работает автослесарем.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, вес 77 кг. В лёгких – перкуторно звук с коробочным оттенком, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослабленные, ритм правильный ЧСС – 106 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: без патологии.

Поставьте диагноз. Наметьте план, обследования и лечения. Укажите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

Задача №5

Больной О., 64 года, жалобы на давящие, сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке с иррадиацией в левую руку, кашель с вязкой мокротой белого цвета по утрам, одышку при физической нагрузке, сердцебиение, головную боль.

В течение последних 10 лет – гипертоническая болезнь с цифрами АД до 180/110 мм рт.ст. Регулярно не лечится. Принимает корифар при повышении АД. В течение последних 2 недель появились боли за грудиной при физической нагрузке.

5 лет назад выявлена ХОБЛ, получает только беродуал по потребности.

Курит по 1 пачке около 45 лет. Наследственность не отягощена. Аллергически реакции отрицает. Сторож.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 85 кг. Цианоз губ. В лёгких – перкуторно звук с коробочным оттенком, аускультативно – дыхание жёсткое, по всем полям сухие гудящие и свистящие хрипы, усиливающиеся на выдохе. ЧДД – 22 в мин. Тоны сердца ослабленные, ритм правильный ЧСС – 106 уд. в мин., АД – 190/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень + 3 см, при пальпации мягкоэластической консистенции, безболезненная. Физиологические отправления в норме. Отёки ног.

Rg-графия лёгких: очаговых и инфильтративных изменений нет, усиление лёгочного рисунка с обеих сторон.

Общий анализ крови: без патологии.

Спирография: ОФВ₁ – 45%, ФЖЕЛ – 88%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 64%, после ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ₁ + 8%.

ЭКГ: признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Поставьте диагноз. Наметьте план, обследования и лечения. Укажите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

Задача №6

Больной О., 57 лет, жалобы на головную боль, сердцебиение, кашель с вязкой мокротой бело-жёлтого цвета по утрам, одышку при небольшой физической нагрузке, отёки ног.

Около 10 лет – повышение АД до 180/110 мм рт.ст., регулярно не лечилась. 5 лет назад перенёс мелкоочаговый инфаркт миокарда. С этого времени получает аспирин 100 мг/сутки, аторвастатин 20 мг/сутки.

Курит по 1\2 пачке около 30 лет. Наследственность – мать в 60 лет умерла от ОНМК. Аллергически реакции отрицает. Водитель.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, вес 85 кг. Цианоз губ. В лёгких – перкуторно звук коробочный, аускультативно – дыхание везикулярное ослабленное, по полям сухие гудящие и свистящие хрипы. ЧДД – 22 в мин. Тоны сердца ослабленные, ритм правильный ЧСС –

96 уд. в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Пастозность голеней и стоп.

ФЛГ: без патологии.

Поставьте диагноз. Наметьте план, обследования и лечения. Укажите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

XI. Рекомендуемая литература:

Основная

1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни. - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015
2. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни в 2-х томах - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015 (есть в электронном варианте в библиотеке)
3. Кардиология: клин.рекомендации. / под ред. Ю.Н. Беленкова и др. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016.

Дополнительная учебная литература:

1. Латфуллин И.А., Богоявленская О.В., Ахмерова Р.И. Клиническая Аритмология. – М.: «МЕДпресс-информ», 2007
2. Клиническая фармакология и фармакотерапия. - Том 6, № 3 , 1997.
3. Абрамова А.А. и др. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии: учеб.пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа»

XII. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

ЭБС “ Консультант студента” **Режим доступа**

<http://www.studmedlib.ru>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<http://www.rlsnet.ru/>

<http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>

<http://www.scardio.ru/rekomendacii/>

<http://cardioweb.ru/klinicheskie-rekomendatsii>

<http://www.pulmonology.ru/>

<http://www.gastro.ru/>

<http://www.nephro.ru/>

<http://rheumatolog.ru/>

<http://openhematology.ru/favourites/national-guidelines-on-hematology-annotation/>

<http://profbolezni.ru/>

<http://mkb-10.com/>

<http://medicalc.ru/>

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

Кафедра факультетской терапии

«Утверждаю»

Зав. кафедрой, д.м.н., проф. _____ О.М. Урясьев

« _____ » _____ 2018 г.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

для самостоятельной работы студентов

I. Раздел: ревматология

II. Дисциплина: факультетская терапия

III. Продолжительность: 8 часов - 7 семестр

Освоить следующие компетенции: ПК6, ПК8.

IV. Цель: подготовка квалифицированного врача-терапевта, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: стационарной и амбулаторной службы.

V. Основные понятия к теме:

1. Острая ревматическая лихорадка

- Острая ревматическая лихорадка.
- Большие и малые критерии диагностики острой ревматической лихорадки.

- Комплексное этапное лечение острой ревматической лихорадки.
- Профилактика первичная и вторичная

2. ХРБС

- Хроническая ревматическая болезнь сердца.
- Гемодинамика при пороках сердца
- Ультразвуковая диагностика сердца
- Комплексное этапное лечение ХРБС.

3. Эндокардит

- Эндокардит.
- Гемодинамика при пороках сердца
- Ультразвуковая диагностика сердца

- Антибиотикотерапия при эндокардите
- Комплексное лечение эндокардита.

VI. Вопросы для самоподготовки:

1. Острая ревматическая лихорадка

- Острая ревматическая лихорадка. Определение.
- Этиология острой ревматической лихорадки.
- Патогенез заболевания.
- Классификация.
- Клинико-лабораторная характеристика активности ревматического процесса.
 - Клиническая картина острой ревматической лихорадки.
 - Диагностика.
 - Дифференциальный диагноз острой ревматической лихорадки с другими заболеваниями.
 - Лечение острой ревматической лихорадки.
 - Профилактика.

2. ХРБС:

3. ХРБС. Определение.
4. Этиология ХРБС.
5. Патогенез заболевания.
6. Классификация.
7. Клиническая картина ХРБС.
8. Диагностика.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Лечение.
11. Профилактика.

1. Эндокардит

2. Эндокардит. Определение.
3. Этиология.
4. Патогенез заболевания.
5. Классификация.
6. Клиническая картина.
7. Диагностика.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Лечение.
10. Профилактика.

VII. Перечень рефератов:

- Методы профилактики ОРЛ
- Принципы диагностики ОРЛ
- Лечение ОРЛ
- Методы профилактики ХРБС

- Принципы диагностики ХРБС
- Лечение ХРБС
- Методы профилактики эндокардита
- Принципы диагностики эндокардита
- Современное лечение эндокардита

VIII. Интерактивные компьютерные программы и видеоматериалы:

- Аускультация сердца
- ОРЛ
- ХРБС

IX. Стенды: «Электрокардиограмма в норме и патологии»

X. Ситуационные задачи и тесты

Задача №1

Больная С., 25 лет. Заболела остро, повысилась температура тела до 38,6 С, появилась потливость, боли в левой половине грудной клетки, одышка при физической нагрузке, сердцебиения, перебои в работе сердца. Появились боли и деформация коленных и голеностопных суставов. Больная указывает, что за 2 недели до появления этих жалоб перенесла обострение хронического тонзиллита. Поставьте предварительный диагноз, составьте план дальнейшего обследования больного.

Задача №2

В стационар обратилась больная К., 15 лет. Через 15 дней после перенесенной ангины повысилась температура тела до 39 С, появилась потливость, полиартралгии, сердцебиения и одышка при физической нагрузке. При обследовании установлен диагноз: острая ревматическая лихорадка. Назначьте лечение, составьте план дальнейшего ведения пациентки.

Задача №3

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отёки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отёки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная

картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт ненапряжённого асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, край её закруглён, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

1. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения.
5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

Задача №4

Больной Г. 26 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке. В анамнезе - частые ангины в детстве. В возрасте 12 лет у больного был эпизод болей в коленных суставах в течение недели. На фоне приема Диклофенака боли прошли через 1 неделю. В течение последних трех лет отмечает ухудшение переносимости физических нагрузок из-за одышки. Толерантность к нагрузкам резко снизилась за последние 6 месяцев: одышка стала возникать при ходьбе с обычной скоростью. К врачам не обращался. Неделю назад отметил приступ частого неритмичного сердцебиения, купированный самостоятельно через 5 часов.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ, кончика носа, «румянец» щек, в лёгких хрипов нет, ЧДД - 24 в минуту, перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке - трёхчленный ритм, хлопающий первый тон, диастолический шум. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень: +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Определите и обоснуйте наиболее вероятную причину заболевания у пациента.
3. Чем обусловлен трёхчленный ритм, выявленный при аускультации пациента?
4. Что Вы ожидаете выявить у пациента при ультразвуковом исследовании сердца?
5. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику

Задача №5

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°C, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой

физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2–37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ – 18 кг/м². Температура тела – 38,9°C. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2-го тона на а. pulmonalis. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – $15,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м², СРБ – 120 мг/л (в норме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к оксацилину, цефтриаксону.

Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного, немедикаментозная и медикаментозная терапия. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Тесты:

Ревматический кардит является:

- А. инфекционным заболеванием, вызванным стрептококком
- Б. замедленной гиперергической аллергической реакцией на антиген стрептококка

- В. заболеванием, вызванным вирусом
- Г. все правильно
- Д. все неправильно

Кардит, полиартрит, подкожные узелки, эритема, характерны для:

- А. инфекционного миокардита
- Б. ревмокардита
- В. перикардита
- Г. неспецифического миокардита
- Д. идиопатической кардиомиопатии

XI. Рекомендуемая литература:

Основная

1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни. - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015
2. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни в 2-х томах - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015 (есть в электронном варианте в библиотеке)

Дополнительная учебная литература:

1. Абрамова А.А. и др. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии: учеб.пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
2. Ревматические болезни, под ред. Насоновой В.А., Бунчук Н.В., М., “Медицина”, 1997

XII. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

ЭБС “Консультант студента” **Режим доступа**

<http://www.studmedlib.ru>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<http://www.rlsnet.ru/>

<http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>

<http://www.scardio.ru/rekomendacii/>

<http://cardioweb.ru/klinicheskie-rekomendatsii>

<http://www.pulmonology.ru/>

<http://www.gastro.ru/>

<http://www.nephro.ru/>

<http://rheumatolog.ru/>

<http://openhematology.ru/favourites/national-guidelines-on-hematology-annotation/>

<http://profbolezni.ru/>

<http://mkb-10.com/>

<http://medicalc.ru/>

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

Кафедра факультетской терапии

«Утверждаю»

Зав. кафедрой, д.м.н., проф. _____ О.М. Урясьев

« _____ » _____ 2018 г.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

для самостоятельной работы студентов

I. Раздел: Нефрология – 8 семестр

II. Дисциплина: факультетская терапия

III. Продолжительность: 20 часов

IV. Цель: подготовка квалифицированного врача-терапевта, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: стационарной и амбулаторной службы.

Освоить следующие компетенции: ПК6, ПК8.

V. Основные понятия к теме:

- Хронический и острый гломерулонефриты.
- Активная и симптоматическая терапия.
- Хроническая почечная недостаточность.

VI. Вопросы для самоподготовки:

1. Этиология гломерулонефрита?
2. Признаки гломерулонефрита?
3. Клинические варианты гломерулонефрита
4. Какие признаки позволяют отличить О.Гломерулонефрит от хронического?

VII. Перечень рефератов:

- основные этиологические факторы заболевания: бактериальные и вирусные инфекции, алкоголь, нарушение обмена мочевой кислоты, лекарственные воздействия;
- патогенез: иммунокомплексный и антительный механизмы поражения клубочков почек;
- клинические проявления почечные и внепочечные;
- клинические варианты: латентный, гематурический, нефротический, гипертонический, смешанный;
- морфологические варианты: с минимальными изменениями, мезангиальный, мембранозный, фокально-сегментарный, фибропластический;
- методы диагностики: мочевой синдром, показатели функции почек, значение пункционной биопсии почки.

VIII. Интерактивные компьютерные программы и видеоматериалы:

- Набор образцов лабораторных исследований мочи и крови, отражающих клинические варианты гломерулонефрита, наличие или отсутствие признаков почечной недостаточности.

IX. Стенды: Таблица, иллюстрирующая морфологические варианты хронического гломерулонефрита.

X. Ситуационные задачи.

Задача №1

У 35 летнего больного через 1.5 недели после перенесенной ангины появились жалобы на отеки на лице, головную боль, появление незначительной одышки, уменьшение кол-ва мочи (до 800-1000мл в сутки). При обследовании “лицо нефритика”, кожные покровы бледные. АД 165/110 мм.рт.ст. ЧСС 80 в мин., ЧДД 18 в мин., ан. крови: протеинурия, микрогематурия, цилиндроурия. Об. Анализ крови – СОЭ – 28 мм/ч, Л- $9,8 \cdot 10^9$ /л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите осложнения.
3. Составьте программу обследования.
4. Перечислите заболевания, с какими необходимо провести дифференциальный диагноз.
5. Тактика ведения больной.

Задача №2

У больная 18 лет после перенесенной скарлатины через 2.5 недели появились пульсирующие головные боли, отеки на лице, боль в пояснице, уменьшение диуреза(400-500 мл/сут) с изменением цвета мочи по типу “мясных помоев”. За последние 2-е суток прибавка массы тела около 2-2,5 кг. При обследовании лицо отечное, кожные покровы бледные, АД 155/100 мм.рт.ст. ЧСС 78 в мин. Общий анализ мочи – белок- 2,5г/л, эритроциты – 34 в поле зрения, лейкоциты – 12 в поле зрения, гиалиновые цилиндры. Общий анализ крови анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите осложнения.
3. Составьте программу обследования.
4. Перечислите заболевания, с какими необходимо провести дифференциальный диагноз.
5. Тактика ведения больных.

Задача №1

У 42 летнего больного на следующий день после перенесенной ангины появились отеки на лице, диурез уменьшился до 1000мл/ сут, повысилось АД до 155/110 мм.рт.ст. ОАМ - микрогематурия, выраженная гематурия, цилиндрουрия.

1. наиболее вероятный диагноз
2. дифференциальный диагноз
3. составить программу обследования
4. основные направления лечения
5. прогноз

Задача №2

Во время диспансеризации выявлен пациент 35 лет предъявляющий жалобы на головную боль, общую слабость, незначительные ноющие боли в области поясницы. Из анамнеза известно, что имеется хронический тонзиллит, частые ангины (2-3 раза в год). При обследовании кожные покровы бледные, сухие,

незначительные отеки под глазами. АД 180/115 мм.рт.ст, ЧСС 78 в мин. При осмотре приподнимающийся верхушечный толчок, расширение относительной тупости сердца влево, акцент II тона над аортой.

1. какой наиболее вероятный диагноз можно предположить?
2. составить программу обследования
3. какие изменения Вы ожидаете увидеть в ОАК, ОАМ ?
4. основные направления лечения
5. прогноз

Задача 3

У 25 летнего больного, весом 75 кг, в течение года отмечается периодически появление отёчности, иногда тянущие боли в пояснице, АД до 160-170/100-110 мм.рт.ст. в анализе мочи удельный вес – 1022, белок – 1,5-2,5 г/л, лейкоциты – 3-4 п/зр, эритроциты-до 5-6 в п/зр., сахар крови - 4,5ммоль/л. Креатинин - 0,088 ммоль/л, на ЭКГ – без патологии. На глазном дне – умеренное сужение артерий. УЗИ : почки нормальных размеров, ЧЛС не изменена

1. какой наиболее вероятный диагноз?
2. Диф.диагноз
3. наиболее характерные симптомы для данного заболевания?
4. варианты течения данного заболевания?
5. вероятный прогноз?

XI. Рекомендуемая литература:

Основная

1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни.- М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015
2. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни в 2-х томах - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015 (есть в электронном варианте в библиотеке)

Дополнительная учебная литература:

1. Нефрология, под ред.Тареевой И.Е., М., “Медицина”, 1995.
2. Абрамова А.А. и др. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии: учеб.пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
3. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д., Можаяев С.В. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: руководство + CD. - - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

ХII. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

ЭБС “Консультант студента” Режим доступа <http://www.studmedlib.ru>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<http://www.rlsnet.ru/>

<http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>

<http://www.scardio.ru/rekomendacii/>

<http://cardioweb.ru/klinicheskie-rekomendatsii>

<http://www.pulmonology.ru/>

<http://www.gastro.ru/>

<http://www.nephro.ru/>

<http://rheumatolog.ru/>

<http://openhematology.ru/favourites/national-guidelines-on-hematology-annotation/>

<http://profbolezni.ru/>

<http://mkb-10.com/>

<http://medicalc.ru/>

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Кафедра факультетской терапии

«Утверждаю»

Зав. кафедрой, д.м.н., проф. _____ О.М. Урясьев

« _____ » _____ 2018 г.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

для самостоятельной работы студентов

I. Раздел: Гастроэнтерология – 8 семестр

II. Дисциплина: факультетская терапия

III. Продолжительность: 20 часов

IV. Цель: подготовка квалифицированного врача- терапевта, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: стационарной и амбулаторной службы.

Освоить следующие компетенции: ПК6, ПК8.

V. Основные понятия к теме:

1. Панкреатит

- Внешнесекреторная и внутрисекреторная функции поджелудочной железы. Кисты и псевдокисты.
- Кальциноз.
- Антиферментные препараты.
- Заместительная терапия.

2. Хронические гепатиты

- Хронический гепатит.
- Синдромы: цитолитический, холестатический, мезенхимально-воспалительный, гепатопривный.
- Репликация и интеграция вируса.
- Маркеры вирусов гепатита.
- Гепатопротективные лекарственные средства.

3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

- Язвенная болезнь и язва желудка.
- Кислотная продукция.
- Цитопротекция.
- Факторы агрессии.
- Факторы защиты

4. Циррозы печени

- Цирроз печени.
- Билиарная болезнь печени.
- Синдромы: цитолитический, холестатический, мезенхимально-воспалительный, печеночной недостаточности, регенерации и опухолевого роста.
- Синдром портальной гипертензии.

5. Колиты

- Синдром раздраженного кишечника.
- Кишечная диспепсия.
- Синдром мальабсорбции.
- Дисбактериоз.

6. Хронический гастрит

- антральный гастрит,
- фундальный гастрит,
- пангастрит,
- кислотная продукция,
- метаплазия толстокишечная и тонкокишечная,
- дисплазия.

7. Хронический холецистит и дискинезии желчевыводящих путей

- Хронический некалькулезный и калькулезный холециститы.
- Желчно-каменная болезнь.
- Гипомоторная и гипермоторная дискинезии желчного пузыря.

VI. Вопросы для самоподготовки:

1. Панкреатит

- Определение острого панкреатита
- Определение хронического панкреатита
- Этиологические факторы хронического панкреатита
- Патогенез острого панкреатита
- Патогенез хронического панкреатита
- Клиника панкреатита
- Объективная симптоматика острого панкреатита
- Диагностика заболевания (лабораторная и инструментальная)
- Классификация острого и хронического панкреатита

- Лечение (с учетом степени тяжести) острого панкреатита
- Лечение (с учетом степени тяжести) хронического панкреатита
- Профилактика и прогноз хронического панкреатита

2.Хронические гепатиты

- Определение заболевания
- Этиопатогенез вирусных гепатитов
- Этиопатогенез токсических гепатитов
- Основные клинические проявления вирусных гепатитов
- Лекарственные поражения печени
- Клинические проявления токсических гепатитов
- Лабораторная диагностика заболеваний

3.Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

- Определение язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.
- Классификация язвенной болезни.
- Этиология и патогенез.
- Факторы агрессии и защиты.
- Клинические проявления язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.
- Осложнения язвенной болезни.
- Лабораторные и инструментальные методы исследования, используемые в диагностике язвенной болезни.
- Принципы терапии язвенной болезни.

4.Циррозы печени.

- Определение понятия «цирроз» печени?
- Классификация цирроза печени.
- Патогенез цирроза печени.
- Морфологические формы цирроза.
- Основные клинические и лабораторные синдромы.
- Дополнительные методы исследования, используемые при циррозе печени.
- Принципы лечения цирроза печени.

5.Колиты

- VI. Вопросы для самоподготовки:
- Определение заболевания
- Этиопатогенез хронического колита
- Основные клинические проявления хронического колита
- Симптомокомплекс ускоренного и замедленного опорожнения кишечника.

- Лабораторные и инструментальные методы, их роль в диагностике колита.
- Методы лечения хронического колита

6. Хронические гастриты

- Разновидности хронического гастрита, выделяемые в настоящее время, прежде всего аутоиммунный (тип А), хеликобактерный (тип В), а также химико-токсический (тип С), включающий медикаментозный, прежде всего связанный с применением нестероидных противовоспалительных препаратов;
- Основные клинические признаки заболевания: желудочная диспепсия, боли;
- Значение гастроскопии и морфологического изучения биоптатов слизистой оболочки желудка в диагностике гастрита;
- Способ оценки функционального состояния желудка по величинам кислотной продукции, базальной и стимулированной;
- Стадии заболевания, которые следует рассматривать как предраковое состояние;
- Методы выявления хеликобактерной инфекции;
- Основные комбинации лекарственных средств, подавляющих хеликобактерную инфекцию;
- Методы заместительной терапии в атрофической стадии хронического гастрита.

7. Хронический холецистит и дискинезии желчевыводящих путей

- Определение хронического холецистита
- Какие факторы могут привести к возникновению острого холецистита?
- Патогенез острого и хронического холецистита
- Клиническая картина острого холецистита
- Дополнительные диагностические критерии
- Лечение острого холецистита
- Профилактика и прогноз острого холецистита
- Основные диагностические критерии хронического холецистита
- Дополнительные диагностические критерии хронического холецистита
- Классификация и формулировка диагноза хронического холецистита
- Лечение хронического холецистита
- Прогноз и профилактика хронического холецистита

VII. Перечень рефератов:

- Этиология острого панкреатита, роль алкоголя в возникновении заболевания
- Осложнения панкреатита

- Профилактика и прогноз острого панкреатита
- Дифференциальный диагноз вирусных гепатитов
- Лечение вирусных гепатитов, прогноз и профилактика
- Лечение токсических гепатитов и лекарственных поражений печени
- современные представления об этиологии заболевания язвенная болезнь
- роль хеликобактерной инфекции
- эндоскопические и рентгенологические проявлениями язвенной болезни.
- Принципы диагностики Цирроза печени.
- Осложнения цирроза.
- Особенности циррозов вирусной и алкогольной этиологии.
- Дисбактериоз, методы коррекции.
- Синдром мальабсорбции.
- Инфекция *Helicobacter pylori* диагностика
- Инфекция *Helicobacter pylori* лечение
- Функциональная диспепсия
- Дуоденальное зондирование
- Спазмолитическая терапия
- Желчегонные средства

VIII. Интерактивные компьютерные программы и видеоматериалы:

- Рентгенограммы эндоскопической ретроградной панкреатографии, компьютерные томограммы железы, результаты УЗИ.
- Набор результатов лабораторных исследований, иллюстрирующих синдромы: цитолитический, холестатический, мезенхимально-воспалительный, гепатопривный.
- Набор результатов исследования желудочного содержимого, отражающий различные показатели кислотности.
- Набор Ro-логических снимков иллюстрирующих «нишу»
- Результаты компьютерных томограмм и УЗИ печени.
- Набор рентгенограмм, иллюстрирующих поражение толстого кишечника: дискинетические расстройства, неспецифический язвенный колит, рак.

IX. Стенды:

- Таблица, иллюстрирующая анатомию поджелудочной железы.
- Таблица, иллюстрирующая морфологию персистирующего, лобулярного и активного хронических гепатитов.
- Таблица, иллюстрирующая изменения слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки при язвенной болезни.

- Таблица, иллюстрирующая циррозы печени мелкоузловой, крупноузловой, смешанный.
- Таблица, иллюстрирующая изменения слизистой оболочки желудка при различных типах гастрита, различные его стадиях.
- Образцы лабораторных исследований дуоденального содержимого.
- Набор рентгенограмм и УЗИ, отражающих картину некалькулезного хронического холецистита, желчно-каменной болезни, различных типов дискинезии желчного пузыря.

X. Ситуационные задачи.

Задача №1

Больная 44 лет жалуется на интенсивные боли в верхней половине живота с иррадиацией в левое подреберье, снижение аппетита, отрыжку, тошноту. Подобные боли повторяются 1-2 раза в год. Четыре года назад оперирован по поводу желчнокаменной болезни. Через 6 мес возник подобный приступ, сопровождался появлением умеренной желтухи и увеличением уровня амилазы мочи. При повторной лапаротомии камней в желчных ходах не обнаружено. В последние годы появились выраженные запоры. Объективно: субиктеричность склер. Послеоперационные рубцы на передней стенке живота. Болезненность в холедохопанкреатической зоне и точке Мейо-Робсона. Анализ крови: лейкоцитов $6,7 \cdot 10^9$ формула не изменена, СОЭ 18 мм в час.

1. Обострение какого заболевания имеет место?
2. Дополнительные методы обследования.
3. Тактика ведения больного

Задача №2

Больная М, 56 лет, обратилась к участ. врачу с жалобами на боль опоясывающего характера в эпигастральной области, возникающую во время приема пищи или сразу после еды, длительностью 1,5-2 часа, уменьшающуюся после приема спазмолитиков, ферментов, жидкий стул после приема жирной пищи. В анамнезе хр. холецистит. В последние 3 мес. отмечает жидкий стул до 2-3 раз в день, иногда стул возникает сразу после еды. Последнее обостр. наступило в течение 5 дней после употр. в пищу жареных пирожков с мясом. Объективно: общее сост. удовлетворительное, кожные покровы бледные. Масса тела снижена (162 см, масса 48 кг). Со стороны дых. и с.-сос. систем патологии нет. АД 130/75 мм рт.ст. Язык

обложен белым налетом. Живот вздут, болезненный в эпигаст. обл. и в зонах Шоффара, Губергрица, точке Дежардена, Мейо-Робсона. Анализ крови: Нв 110 г/л, эр $3,4 \times 10^6$ в 12/л, цветн. показ. 0,98, лейкоциты $7,8 \times 10^9$ в 9/л, СОЭ 18 мм/час. Диастаза крови 50 г/час/л (норма до 60 г/час/л), диастаза мочи 180 г/час/л (норма 40-160 г/час/л). Реакция на скрытую кровь в кале отр. Копрологическое исследование: кал кашицеобразный, блестящий, со зловонным запахом, нейтральный жир (+++), мыла (++) жирные кислоты (++) , мышечные волокна различной степ. переваривания (++) , крахмальные зерна (++) . УЗИ: печень нормальных размеров и эхогенности. Желчный пузырь деформ., стенка утолщена до 0,4 см. Поджелуд. железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, эхогенность повышена с участками уплотнения. РЕМ точка Дежардена- на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. Головка поджелудочной железы. т. Губергрица – та же фигня слева. Хвост. т. Мейо-Робсона- граница средней и верхней трети линии между пупком и серединой левой реберной дуги. Хвост. Зона Шоффара- между верт. линией, проходящей через пупок и биссектрисой угла между вертик. и гориз. линиями, проходящими через пупок. Головка железы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Оцените копрологический синдром.
4. Назначьте лечение.
5. Какой прогноз заболевания?

Задача №3

Больной Д., 56 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на сильный приступ болей в верхней половине живота, опоясывающего характера, многократную рвоту, расстройство стула, стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и гнилостным запахом. Больной отмечает жажду, сухость во рту.

Больным себя считает в течение года, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем впервые возник подобный приступ болей с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, но-шпу. За последние два месяца подобные приступы болей возникали трижды.

При поступлении: сознание ясное, состояние больного средней степени тяжести. Тургор кожи снижен, кожные покровы и видимые слизистые

бледны. В легких дыхание везикулярное 18 в мин, сердце — границы умеренно расширены влево, аускультативно — тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС — 80 уд/мин, АД — 110—70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, резко болезнен в эпигастральной области и особенно в левом подреберье. Положительные симптомы Мейо-Робсона, Гротта. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Нв — 156 г/л, эр — $5,2 \cdot 10^{12}$ /л, Л — $10,5 \cdot 10^9$ /л, РОЭ — 24 мм/ч. Сахар крови — 7,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд. Вес — 1025, белок отриц, сахар отриц, лейкоциты — ед в поле зрения, эр — 0-1 в поле зрения, эпителий плоский — до 5 в поле зрения

1. Ваш диагноз?
2. Какова тактика обследования?
3. Лечение?

Задача №4

Больной З., 32 лет, слесарь-сантехник, поступил в стационар с жалобами на резкую общую слабость, пост. ноющую боль в правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер, темную мочу и обесцвеченный кал, потерю аппетита, тошноту, кожный зуд.

Болен около двух лет. Без всякой причины появилось желтушное окрашивание кожи и склер, потемнела моча, обесцветился кал. В течение месяца лечился в клинике инфекционных болезней по поводу острого вирусного гепатита. В последующие 1,5 года соблюдал диету, воздерживался от употребления спиртных напитков, чувствовал себя удовл., хотя ощущал тяжесть в правом подреберье, иногда тошноту. Ухудшение связывает с нарушением режима питания и злоупотр. алкоголя. Постепенно нарастали перечисленные выше симптомы, что явилось причиной госпитализации больного. При осмотре обнаружены: желтушность кожи и склер, сосудистые “звездочки” на лице, шее, груди и спине, “печеночные” ладони. Печень выступала на 4 см из-под реберной дуги, плотной консистенции, поверхность гладкая, край заостренный, селезенка пальпировалась на 3 см из-под реберной дуги, плотная, безболезненная. Доп. исследования. Билирубин 254 мкмоль/л (связанный 64 мкмоль/л), общий белок 92 г/л, альбумины 45%, γ -глобулины 28 %, тимоловая проба 9,8 ед, трансаминазы: аспарагиновая 3,0 ммоль/л/час, аланиновая 4,0 ммоль/л/час.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Лечение.
5. Определите трудоспособность больного.

Задача №5

Больной М., 43 года. Около 3-х лет назад перенес вирусный гепатит. Через год при медицинских осмотрах стали находить увеличение печени. Больному было рекомендовано обследование в стационаре, но он продолжал работать. Последние полгода состояние больного ухудшилось: отмечает повышенную утомляемость, постоянно беспокоят тошнота, боль в правом подреберье, желтушность. Больной обратился к врачу.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Легкие и сердце без патологии. Пульс 80 ударов в мин, ритмичный, АД — 120/80 мм рт.ст. На грудной клетке единичные сосудистые «звездочки». Живот при пальпации болезнен в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3—4 см, умеренной плотности, болезненная. Селезенка не увеличена.

1. Ваш диагноз?
2. Обследование?
3. Лечение?

Задача №6

Больной Ю., 45 лет, геолог, поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся через 1,5 – 2 часа после приема пищи, ощущение быстрого насыщения, полноты в желудке, независимо от принятой пищи, изжогу кислым, особенно после употребления острых блюд, тошноту, однократную рвоту «кофейной гущей», неустойчивый стул черной окраски, общую слабость, похудание. Болен в течение 2-х месяцев, принимал но-шпу, папаверин, анастезин, продолжал работать, однако улучшения не было. При обращении в поликлинику больной был экстренно госпитализирован.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Пульс 90 уд/мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот слегка втянут, ограниченно участвует в акте дыхания, особенно в эпигастрии. При поверхностной пальпации отмечается выраженная мышечная защита и значительная болезненность в пилорoduоденальной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется.

Нервная система: сознание ясное, патологических рефлексов нет. Сон нарушен из-за болей. Больной раздражителен, тревожен.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Задача №7

Больная К., 44 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, вздутие живота, тупую боль в правой половине живота, неустойчивый стул, кожный зуд.

Из анамнеза болезни: пять лет назад перенесла гепатит.

При поступлении: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, живот увеличен в размерах, на

передней брюшной стенке – расширение вен. При осмотре у больной отмечены ладонная эритема, обилие мелких нитевидных подкожных сосудов на лице. При пальпации: печень плотная, болезненная, край ее неровный, увеличена на 5 – 6 см, отмечено увеличение селезенки.

Общий анализ крови: Нb – 110 г/л, Эр – $3,0 \times 10^{10}$ /л, L – $3,9 \times 10^9$, СОЭ – 45 мм/ч.

Общий билирубин крови: 43,4 мкмоль/л, прямой – 29,1 мкмоль/л, непрямой – 14,3 мкмоль/л, сулемовая проба 1,6 мл, тимоловая 44 ед. Общий белок – 56 г/л, альбумины – 45%, глобулины – a1 – 4,2%, a2 – 6,3%, B – 10,3%, y – 34,2%.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Задача № 8

Больная С., 45 лет, жалуется на кожный зуд, тяжесть в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов, склер, похудание, слабость.

Больной себя считает около года, когда впервые стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Последнюю неделю больная отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кровоточивость из десен, выраженную утомляемость.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. Ксантомы на веках, локтях. Кожа на ладонях и подошвенной поверхности стоп пигментирована. Больная пониженного питания. Сердце: перкуторно – левая граница сердца по левой среднеключичной линии, остальные границы относительной тупости в пределах нормы. Пульс 60 ударов в мин. АД – 105/70 мм рт. ст. Легкие: перкуторно – звук легочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот болезнен в правом подреберье. Печень увеличена на 5 см из-под края реберной дуги, плотная, болезненная, желчный пузырь не пальпируется, селезенка увеличена, у края реберной дуги плотная.

По данным УЗИ наличие камней в желчном пузыре не выявлено. Установлена гипербилирубинемия (общий билирубин 80 ммоль/л за счет прямой фракции), холестерин – 9,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 12 ЕД. В-липопротеиды – 91 ЕД, ГГТП – 12 ед/л, общий белок – 60,0 г/л, альбумины – 47,2%, глобулины – 52,8%, СОЭ – 36 мм/ч, антимитохондриальные антитела в титре 1:67.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Лечение?

Задача №9

Больная Н., 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль в нижних отделах живота, ноющего характера, усиливающуюся после приема растительной пищи, молочных продуктов, запоры, слабость, раздражительность. Питается нерегулярно. При пальпации толстая кишка уплотнена, болезненна, выявляются зоны кожной гиперестезии в подвздошной и поясничных

областях. В общем анализе крови и общем анализе мочи без патологии. На ЭКГ – синусовый ритм, нормальное положение ЭОС.

- А) Поставьте предварительный диагноз.
- Б) Какое дополнительное обследование необходимо.
- В) Назначьте лечение.

Задача №10

Больной К., 50 лет, поступил с жалобами на боль в области заднего прохода при дефекации, ложные позывы на дефекацию (иногда с кровью и слизью), ощущение неполного опорожнения кишечника. В общем анализе крови и общем анализе мочи без патологии. На ЭКГ – синусовый ритм, нормальное положение ЭОС.

- А) О поражении какого отдела толстой кишки идет речь.
- Б) Какое дополнительное обследование необходимо.
- В) В консультации какого специалиста нуждается больной.
- Г) Назначьте лечение.

Задача №11

Больная Б., 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразную боль в правой подвздошной области, чередование запоров и поносов, с выделением небольшого количества крови и слизи, слабость, раздражительность. Из анамнеза известно, что около года назад перенесла дизентерию. В общем анализе крови и общем анализе мочи без патологии. На ЭКГ – синусовый ритм, нормальное положение ЭОС.

- А) Ваш предположительный диагноз.
- Б) Какое дополнительное обследование необходимо.
- В) Какие морфологические изменения могут быть найдены при колоноскопии.
- Г) Назначьте лечение.

Задача №12

Больной 45 лет обратился к врачу с жалобами на умеренные боли в эпигастрии, возникающие непосредственно после приема пищи, изжогу, слабость, раздражительность, плохой сон. Из анамнеза известно, что злоупотребляет алкоголем, диету не соблюдает. При осмотре красный дермографизм, гипергидроз. При пальпации умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Оцените функциональное состояние желудочной секреции.

Задача №13

Больная 42 лет обратилась к врачу с жалобами на диарею, слабость, головокружение после приема богатой углеводами пищи, слабость,

утомляемость. Из анамнеза: сопутствующие заболевания – аутоиммунный тиреодит. Диффузно-узловая форма. Клинический гипотиреоз. При осмотре кожные покровы бледные. При пальпации умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области. В общем анализе крови – эритроциты – $2.9 \cdot 10^{12}$, гемоглобин - 130 г/л, цветовой показатель – 1.3. Анизоцитоз. Пойкилоцитоз. Мегалобласты. На ФГДС – бледность, истонченность слизистой желудка. Видны кровоизлияния.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Оцените функциональное состояние желудочной секреции.
4. С чем связана анемия у данной больной? Каков механизм её развития?

Задача №14

Больную 40 лет, беспокоит горечь во рту, тошнота по утрам, особенно после приема жирной и жареной пищи, постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся при ходьбе, езде в транспорте, периодически по вечерам повышение T тела до $37,3^\circ$ и $37,4^\circ$ C. Больна 3 года. Ухудшение состояния 2 недели назад, после ОРВИ. Объективно: состояние удовлетворительное, T $37,3^\circ$ C. Язык обложен желтоватым налетом, влажный. Питание повышено (рост 162 см, вес 84 кг). В легких и сердце патологии нет. В правом подреберье и под правой лопаткой зоны кожной гиперестезии. Живот при пальпации болезненный в правой части эпигастральной области и правом подреберье. Положительные симптомы Мерфи (на вдохе толчок в правое подреберье – боль), Ортнера (поколачивание), Кера (болезненность в точке Кера). Печень и селезенка не пальпируются. Стул ежедневный, цвет кала обычный, без примесей.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифф. диагностику.
3. Назначьте лечение.
4. Показано ли санитарно-курортное лечение больной?

Задача №15

У больной 52 лет отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. Желтухи нет, температура тела нормальная, положительный симптом Керра.

1. Предполагаемый диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Тактика лечения

Задача №16

Больная К., 34 года, обратилась к врачу с жалобами на боль в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку, ключицу, плечевой сустав, плечо, имеющую ноющий характер, продолжающуюся в течение нескольких

дней. Возникновение болей связывает с приемом жирной, жареной пищи. Отмечает повышение температуры тела до 37,7°C, тошноту, рвоту желчью, отрыжку горечью.

При осмотре легкие — перкуторно легочной звук, аус-культативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердце: перкуторно — границы в пределах нормы, аус-культативно — тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 90 ударов в мин., пульс 90 в мин удовлетворительных качеств.

При поверхностной пальпации живота больная отмечает болезненность в правом подреберье, а также положительный симптом Керра.

Больна в течение 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы, обследовалась амбулаторно. При дуоденальном зондировании в порции «В» ПО мл желчи (норма 30—50 мл). Желчь мутная с хлопьями, значительная примесь слизи, цилиндрического эпителия, пигментных клеток, лейкоциты до 25 в поле зрения.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Тесты по теме «Хронические гастриты»

1. Основой диагностики хронического гастрита является:
 - а. Комплекс клинических данных
 - б. Рентгенологическое исследование
 - в. Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки.
 - г. Исследование секреторной функции желудка
 - д. Эндоскопическое исследование

2. Назовите симптомы хронического гастрита типа В с секреторной недостаточностью в фазе обострения:
 - а. Тяжесть в эпигастрии
 - б. Отрыжка воздухом
 - в. Постоянная изжога
 - г. Разлитая болезненность в эпигастрии
3. Перечислите препараты, которые могут быть использованы для лечения хронического гастрита с секреторной недостаточностью в фазе обострения:
 - а. Де-нол
 - б. Ацидин-пепсин
 - в. Фестал, панзинорм
 - г. Циметидин
 - д. Гастроцепин
4. Какие жалобы будут характерны для больных хроническим гастритом с выраженной секреторной недостаточностью:
 - а. Диарея

- б. Интенсивные боли в животе
 - в. Раздражительность
 - г. Сухость кожных покровов, ломкость волос и ногтей
5. Какие жалобы будут ведущими при гастрите с сохраненной секреторной функцией желудка:
- а. Нарушения стула
 - б. Боль в эпигастрии
 - в. Слабость, утомляемость, плохой сон
 - г. Изжога
6. Цели терапии при хроническом гастрите:
- а. Купировать воспалительные изменения и сократить продолжительность обострения
 - б. Удлинить ремиссию
 - в. Предотвратить прогрессирование изменений слизистой оболочки желудка.
 - г. Все перечисленное

XI. Рекомендуемая литература:

Основная

1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни. - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015
2. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни в 2-х томах - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2015 (есть в электронном варианте в библиотеке)

Дополнительная учебная литература:

3. Гастроэнтерология: нац.рук. краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина и др. – М.: изд.группа «ГЭОТАР-Медиа», 2011.
4. Клинические рекомендации РГА: Лечение экзокринной недостаточности поджелудочной железы - www.gastro.ru/userfiles/R_.pdf
5. Клинические рекомендации РГА: Лечение аутоиммунного гепатита - www.gastro.ru/userfiles/RAutHep2013d.pdf
6. Клинические рекомендации РГА: Лечение хронического панкреатита - www.gastro.ru/userfiles/RHronPank14.pdf

7. Клинические рекомендации РГА: Лечение инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых: www.gastro.ru/userfiles/R_HPylori.pdf ; Лечение язвенной болезни - www.gastro.ru/userfiles/R_.pdf
8. Клинические рекомендации РГА: Лечение холестаза - www.gastro.ru/userfiles/R_H_2015_2.pdf
9. Клинические рекомендации РГА:
10. Лечение взрослых пациентов с хроническим запором - www.gastro.ru/userfiles/R_zapor_2017.pdf
11. Лечение больных с синдромом раздраженного кишечника - www.gastro.ru/userfiles/SRK_2016.pdf
12. Абрамова А.А. и др. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии: учеб.пособие. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

ХII. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

ЭБС “Консультант студента” Режим доступа <http://www.studmedlib.ru>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<http://www.rlsnet.ru/>

<http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>

<http://www.scardio.ru/rekomendacii/>

<http://cardioweb.ru/klinicheskie-rekomendatsii>

<http://www.pulmonology.ru/>

<http://www.gastro.ru/>

<http://www.nephro.ru/>

<http://rheumatolog.ru/>

<http://openhematology.ru/favourites/national-guidelines-on-hematology-annotation/>

<http://profbolezni.ru/>

<http://mkb-10.com/>

<http://medicalc.ru/>

