

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



КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПИЩЕВАРЕНИЯ, ПОЧЕК И КРОВИ



Электронное учебное пособие
к практическим занятиям по дисциплине
«Факультетская терапия»
для обучающихся по специальности
31.05.01 Лечебное дело

Уфа – 2022 г.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России)
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПИЩЕВАРЕНИЯ, ПОЧЕК И КРОВИ

Электронное учебное пособие
к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская терапия»
для обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело

(Издание третье, переработанное и дополненное)

Под редакцией д.м.н., проф. Г.Х. Мирсаевой

Уфа
2022

УДК 616.1 (07)
ББК 54.10
Б 79

Рецензенты:

Зав. кафедрой поликлинической терапии с курсом клинической фармакологии
факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки ФГБОУ ВО
«Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,

д.м.н., профессор *М.В. Дударев*

Главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики
Башкортостан Городская клиническая больница № 5 г. Уфа,
заслуженный врач Республики Башкортостан

А.Р. Азаматова

Болезни органов кровообращения, пищеварения, почек и крови:

- Б 79** электронное учебное пособие к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская терапия» для обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело/ Сост.: Г.Х. Мирсаева, Р.М. Фазлыева, Г.А. Мавзютова, Г.А. Галиева, Г.К. Макеева, Э.Р. Камаева, Л.Х. Аминева, Г.Ф. Амирова, Л.Ф. Максюткова, О.Л. Андрианова, Н.Н. Мирончук, Р.А.Хакимова, А.И. Уразаева, С.И. Уразаева, Е.А. Киреева.— Изд. 3-е, перераб. и доп. — Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2022. — 347 с.

Учебное пособие разработано на основе рабочей программы дисциплины «Факультетская терапия» (2021) для обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело в соответствии с требованиями ФГОС ВО 3++ с учетом профессионального стандарта (2017) по специальности 31.05.01 Лечебное дело, согласно учебному плану ООП ВО БГМУ (2021), современным международным и российским клиническим рекомендациям последнего пересмотра.

В учебном пособии определены учебные цели практических занятий в VIII семестре, знания, практические навыки, умения, общепрофессиональные ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7 и профессиональные компетенции ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11, которые обучающиеся должны приобрести при изучении дисциплины «Факультетская терапия» согласно вышеуказанным документам. Рекомендован план самоподготовки к занятиям, представлена структура практических занятий, в том числе содержание самостоятельной работы обучающихся под контролем преподавателя.

Для самоконтроля уровня сформированности компетенций предложены тестовые задания и ситуационные задачи с эталонами ответов, составленные авторами по учебному материалу дисциплины с учетом Фонда оценочных материалов (2021) и индикаторов достижения компетенций.

Информационный раздел учебного пособия включает новые концепции этиологии и патогенеза заболеваний внутренних органов и их современные классификации, современные подходы к диагностике и лечению болезней и др. с учетом формирования определенных компетенций.

Учебное пособие рекомендовано в печать по решению Координационного научно-методического совета и утверждено решением Редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

УДК 616.1 (07)
ББК 54.10

© Коллектив авторов, 2022
© ФГОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	5
Гипертоническая болезнь.....	7
Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме «Гипертоническая болезнь».....	31
Хроническая сердечная недостаточность.....	47
Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме «Хроническая сердечная недостаточность».....	65
Хронический гастрит.....	82
Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме «Хронический гастрит» с эталонами ответов.....	96
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.....	113
Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» с эталонами ответов.....	127
Хронический холецистит.	
Дисфункции желчевыводящих путей.....	144
Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме «Хронический холецистит.	
Дисфункции желчевыводящих путей» с эталонами ответов.....	159
Хронический панкреатит.....	173
Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме «Хронический панкреатит» с эталонами ответов.....	201
Хронический гепатит.....	214
Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме «Хронический гепатит» с эталонами ответов.....	225
Циррозы печени.....	241

Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме «Циррозы печени» с эталонами ответов.....	255
Острый гломерулонефрит. Хронический гломерулонефрит.....	275
Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме «Острый гломерулонефрит. Хронический гломерулонефрит» с эталонами ответов.....	295
Железодефицитная анемия.....	308
Тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний по теме Железодефицитная анемия» с эталонами ответов.....	325
Рекомендуемая литература.....	341

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД — артериальное давление.
- АГ — артериальная гипертензия.
- АКС — ассоциированных клинических состояний.
- ВАП — вентильно-ассоциированная пневмония.
- ГБ — гипертоническая болезнь.
- ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свертывание.
- ДН — дыхательная недостаточность.
- ЖЕЛ — жизненная емкость легких.
- ИБС — ишемическая болезнь сердца.
- ИВЛ — искусственная вентиляция легких.
- ИМТ — индекс массы тела.
- КТ — компьютерная томография.
- ЛС — легочное сердце.
- МВЛ — максимальная вентиляция легких.
- МКБ — международная классификация болезней.
- МНО — международное нормализованное отношение.
- МРТ — магнитно-резонансная томография.
- МРПХГ — магнитнорезонансная панкреатохолангиография.
- МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография.
- НИВЛ — неинвазивная вентиляция легких.
- НМГ — низкомолекулярные гепарины.
- НПВС — нестероидные противовоспалительные средства.
- ОПСС — общее периферическое сосудистое сопротивление.
- ОФВ — объем форсированного выдоха.
- ОФВ₁ — объем форсированного выдоха за 1 секунду.
- ОЦК — объем циркулирующей крови.
- ПОМ — поражения органов-мишеней.
- ПСВ — пиковая скорость выдоха.
- ПТИ — протромбиновый индекс.

ПЦР — полимеразно-цепная реакция.

РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система.

РЕЕР — положительное давление на выдохе.

Р-графии ОГК — рентгенография органов грудной клетки.

СД — сахарный диабет.

СС — сердечно-сосудистые.

УЗДГ — ультразвуковая доплерография.

ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких.

ФР — факторы риска.

ХБП — хроническая болезнь почек.

ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких.

ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

ХПН — хроническая почечная недостаточность.

ЦВЗ — цереброваскулярное заболевание.

ЭКГ — электрокардиография, электрокардиограмма.

ЭУЗИ — эндоскопическое ультрозвуковое исследование.

ЭхоКГ — эхокардиография.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

I. Тема и её актуальность

Гипертоническая болезнь (ГБ) — хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД до 140/90 мм рт.ст. и выше, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ). Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г.Ф. Лангом в 1948 г., соответствует терминам «эссенциальная гипертензия» и «артериальная гипертензия» (АГ), используемым за рубежом. ГБ преобладает среди всех форм АГ, ее распространенность превышает 90%.

Вторичная (симптоматическая) АГ — АГ, обусловленная известной причиной, которую можно устранить с помощью соответствующего вмешательства.

Гипертонический криз — состояние, вызванное значительным повышением АД, ассоциирующееся с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии.

Распространенность АГ среди взрослого населения составляет 30–45%. В России среди мужчин в возрасте 25–65 лет достигает 47% и около 40% среди женщин. Распространенность АГ увеличивается с возрастом, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет. Согласно прогнозу, к 2025 году число пациентов АГ увеличится на 15–20% и достигнет почти 1,5 миллиардов, что связано с увеличением продолжительности жизни и старением населения.

АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (СС) (инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных

(ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных (хроническая болезнь почек (ХБП)) заболеваний.

ГБ развивается преимущественно у лиц среднего возраста как результат дисфункции корковых и гипоталамических структур головного мозга и нарушения регуляции вазомоторной системы на фоне генетической предрасположенности, нейрогуморальной активации симпатической нервной системы, активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, эндотелиальной дисфункции, нарушения водно-солевого баланса и вазоконстрикции с ремоделированием сердечно-сосудистой системы. Для формирования ГБ особое значение имеют возраст, наследственная предрасположенность (30%) психоэмоциональные нагрузки, особенности образа жизни пациента (избыточная масса тела и ожирение, избыточное потребление натрия (> 5 г/день), злоупотребление алкоголем, гиподинамия). Значительный удельный вес ГБ в структуре заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста определяет актуальность своевременной диагностики, рационального лечения и профилактики.

Повышенное АД является основным фактором развития преждевременной смерти и причиной почти 10 миллионов смертей и более чем 200 миллионов случаев инвалидности в мире. Уровень САД ≥ 140 мм рт. ст. ассоциируется с повышением риска смертности и инвалидности в 70% случаев, при этом наибольшее число смертей в течение года, связанных с уровнем САД, возникают вследствие ИБС, ишемических и геморрагических инсультов.

II. Учебные цели

- овладение врачебными умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики ГБ;
- оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях болезни;

- проведения дифференциального диагноза.
- Формирование общепрофессиональных ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7 и профессиональных компетенций ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11.

II.1. Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать

- регуляцию артериального давления в норме;
- современную этиологию и теории патогенеза гипертонической болезни, факторы риска ГБ;
- патоморфологические проявления артериальной гипертензии;
- современную классификацию ГБ;
- клиническую картину ГБ;
- диагностические критерии ГБ (показатели общего анализа крови, мочи, анализа мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, ЭКГ, реоэнцефалографии, ЭХО-КГ, экскреторной урографии, мониторинга артериального давления, исследования глазного дна, УЗИ почек, УЗДГ МАГ, R-графии ОГК);
- осложнения ГБ, клинические состояния, ассоциированные с АГ;
- фармакологические свойства основных классов гипотензивных препаратов, терапевтические дозы препаратов;
- целевые уровни АД, тактику лечения ГБ, профилактику развития сердечно-сосудистых осложнений;
- неотложную и экстренную медицинскую помощь при гипертонических кризах и других осложнениях, ассоциированных с АГ;
- меры профилактики ГБ.

II.2. Обучающийся должен уметь

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента с ГБ по органам и системам (осмотр, пальпация, аускультация);
- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза у больного с ГБ;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления ГБ;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ–10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;
- обосновать клинический диагноз по данным жалоб, анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального исследований;
- составить алгоритм дифференциальной диагностики ГБ;
- разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее осложнений;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом патогенетических и симптоматических средств, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений ГБ (гипертонический криз, сердечная астма, острая левожелудочковая недостаточность и др.);
- использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики.

II.3. Для формирования профессиональных компетенций

обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования больных ГБ (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК–5, ПК–6);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ГБ (ОПК–7, ПК–8);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (гипертонический криз, сердечная астма, отек легких, острая левожелудочковая недостаточность) (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК–5, ПК–6).

III. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

III.1. Исходные базисные знания и умения:

Дисциплины	Содержание знаний
Анатомия	Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы. Строение сердечной и сосудистой стенки.
Патанатомия	Патоморфологические проявления артериальной гипертензии.
Патофизиоло-	Регуляция артериального давления в норме и при ГБ.

гия	
Пропедевтика внутренних болезней	<p>Семиотика ГБ. Методы физикального, лабораторно - инструментального исследования органов кровообращения. Методика измерения артериального давления.</p> <p>Умение провести общий осмотр пациента, перкуссию, аускультацию сердца, выслушать дополнительные сердечные шумы, оценить результаты общего и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, рентгенографии ОГК, ЭКГ, ЭХО-КГ, мониторинга ЭКГ по Холтеру, СМАД, УЗИ МАГ.</p>
Фармакология	Механизм действия основных классов гипотензивных препаратов. Умение выписать рецепты.

III.2. Вопросы для самоподготовки

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Определение, этиология и патогенез ГБ.	Нарисовать строение сердечной и сосудистой стенок.
2. Факторы риска развития ГБ.	
3. Классификация ГБ.	Написать классификацию ГБ. Написать алгоритм диагностики нарушений функции органов - мишеней, характерных для II ст. ГБ.
4 Клиническая картина ГБ.	
5. Лабораторные данные, показатели ЭКГ, ЭХО-КГ, РЭГ, изменения сосудов сетчатки, УЗИ почек, экскреторная урография при ГБ.	Нарисовать ЭКГ - и ЭХО-КГ - признаки гипертрофии левого желудочка.
6. Дифференциальный диагноз.	
7. Принципы лечения ГБ.	Написать в виде рецептов основные группы гипотензивных препаратов для лечения ГБ (ингибиторы АПФ, БРА, В-адреноблокаторы, антагонисты кальция, мочегонные) и гипертонических кризов.
8. Профилактика ГБ.	

III.3. Дополнительный учебный материал

Термины и определения.

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения клинического артериального давления (АД) при гипертонической болезни и симптоматических АГ выше пороговых значений, определенных в результате эпидемиологических и рандомизированных контролируемых исследований, продемонстрировавших связь с повышением сердечнососудистого риска и целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение АД ниже этих уровней АД.

АГ у молодых — повышение АД выше пороговых значений у лиц моложе 50 лет. Высокое / нормальное АД — давление в диапазоне систолического АД (САД) от 130 до 139 мм рт. ст. или диастолического АД (ДАД) от 85 до 89 мм рт. ст. Гипертония белого халата — форма АГ, при которой повышение АД ≥ 140 и/или ≥ 90 мм рт. ст. отмечается только на приеме у врача, а при измерении АД методом домашнего мониторинга АД (ДМАД) или суточного мониторинга АД (СМАД) показатели АД — в пределах нормальных значений.

Изолированная систолическая АГ — повышение САД ≥ 140 мм рт. ст. при уровне ДАД < 90 мм рт. ст.

Маскированная (скрытая) АГ — форма гипертонии, особенностью которой являются нормальные показатели клинического АД ($< 140/90$ мм рт. ст.) и повышенные — по данным СМАД и/или ДМАД.

Оптимальное АД — САД менее 120 мм рт. ст. и/или ДАД менее 80 мм рт. ст.

Постприандиальная гипотензия — снижение систолического АД более чем на 20 мм рт. ст. в течение двух часов после приема пищи при нахождении в положении лежа или сидя.

Постуральная гипотензия — снижение САД на 20 мм рт. ст. и более и/или ДАД — на 10 мм рт. ст. и более в первые 3 мин при переходе из горизонтального в вертикальное положение.

Резистентная АГ — диагностируется в случаях, когда назначение трех антигипертензивных препаратов (включая диуретик) в оптимальных или максимально переносимых дозах не приводит к достижению целевого АД ниже 140 и/или 90 мм рт. ст. у приверженных к лечению пациентов. При этом отсутствие контроля АД подтверждено измерением АД вне медицинского учреждения (СМАД или ДМАД), а вторичные причины АГ исключены.

Пульсовое давление — разница между САД и ДАД.

Целевой уровень АД — уровень АД, различный для разных групп пациентов с АГ, достижение которого в процессе лечения позволяет добиться наиболее благоприятного соотношения польза (снижение сердечно-сосудистого риска) — риск (неблагоприятные эффекты).

Этиология и патогенез ГБ.

Предрасполагающие факторы.

Этиология АГ остается не до конца выясненной, но выявлен ряд факторов, тесно и независимо связанных с повышением АД:

- возраст;
- избыточная масса тела и ожирение;
- наследственная предрасположенность;
- избыточное потребление натрия (>5 г/день);
- злоупотребление алкоголем;
- гиподинамия.

Стойкое и длительное повышение АД обусловлено изменением соотношения трех гемодинамических показателей:

- повышением общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС);
- увеличением сердечного выброса (минутного объема);
- увеличением объема циркулирующей крови (ОЦК).

Наиболее важными патогенетическими звеньями формирования и прогрессирования эссенциальной АГ (ГБ) являются:

- активация симпатoadреналовой системы (САС) (реализуется преимущественно через альфа- и бета-адренорецепторы);
- активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС); в т.ч. повышение продукции минералокортикоидов (альдостерона и др.), инициируемое, в частности, гиперактивацией почечной РААС;
- нарушение мембранного транспорта катионов (Na^+ , Ca^{2+} , K^+);
- увеличение реабсорбции натрия в почках;
- дисфункция эндотелия с преобладанием продукции вазоконстрикторных субстанций (тканевого ангиотензина-II, эндотелина) и снижением выработки депрессорных соединений (брадикинина, NO, простациклина и др.);
- структурные изменения сосудистой стенки артерий мышечного (резистивного) и эластического типа, в том числе вследствие низкоинтенсивного неинфекционного воспаления;
- нарушение микроциркуляции (снижение плотности капилляров);
- нарушение барорецепторного звена системы центральной регуляции уровня АД;
- повышение жесткости крупных сосудов.

Классификация.

АГ классифицируют по степени, которая определяется уровнем АД у нелеченных пациентов; стадии, которая определяется наличием сахарного диабета (СД), поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС); категории риска развития сердечно-сосудистых осложнений, которая учитывает уровень АД, сопутствующие факторы риска (ФР), наличие СД, ПОМ, АКС.

Выделение 3 стадий АГ основано на наличии поражения органов-мишеней (ПОМ), ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и хронической болезни почек. Стадия АГ не зависит от уровня АД.

Классификация ГБ по стадиям выделяются 3 стадии гипертонической болезни:

Стадия I — отсутствие ПОМ и АКС, возможное наличие факторов риска. *Факторы СС риска у пациентов с АГ:*

- 1) Пол (мужчины > женщин).
- 2) Возраст ≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин.
- 3) Курение (в настоящем или прошлом; курение в прошлом следует рассматривать как фактор риска при отказе от курения в течение последнего года).
- 4) Дислипидемия (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена): ОХС $> 4,9$ ммоль/л и/или ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л и/или ХС ЛПВП у мужчин — $< 1,0$ ммоль/л (40 мг/дл), у женщин — $< 1,2$ ммоль/л (46 мг/дл) и/или триглицериды $> 1,7$ ммоль/л.
- 5) Мочевая кислота (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин).
- 6) Нарушение гликемии натощак: глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л.
- 7) Нарушение толерантности к глюкозе; — Избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²).
- 8) Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (< 55 лет для мужчин и < 65 лет для женщин).
- 9) Развитие АГ в молодом возрасте у родителей или в семье.
- 10) Ранняя менопауза.
- 11) Малоподвижный образ жизни.
- 12) Психологические и социально-экономические факторы.
- 13) Частота сердечных сокращений в покое > 80 ударов в минуту.

Стадия II — подразумевает наличие бессимптомного поражения органов-мишеней, связанного с АГ и/или ХБП С3 (СКФ 30–59 мл/мин), и/или СД без поражения органовмишеней и предполагает отсутствие АКС.

Бессимптомное ПОМ:

- Артериальная жесткость: Пульсовое давление (у пожилых пациентов) ≥ 60 мм рт. ст. Каротидно-феморальная СПВ > 10 м/с.
- Электрокардиографические (ЭКГ) признаки ГЛЖ на (индекс Соколова–Лайона > 35 мм, или амплитуда зубца R в отведении aVL ≥ 11 мм, корнеловское произведение > 2440 мм х мс или корнеловский вольтаж-индекс > 28 мм для мужчин и > 20 мм для женщин).
- Эхокардиографические признаки ГЛЖ (индекс массы ЛЖ (масса ЛЖ, г/рост, м) формула ASE для пациентов с избыточной массой тела и ожирением: для мужчин > 50 г/м^{2,7}, для женщин > 47 г/м^{2,7}; индексация на площадь поверхности тела (масса ЛЖ/рост, м²) для пациентов с нормальной массой тела: > 115 г/м²(мужчины) и > 95 г/м² (женщины).
- Альбуминурия 30–300 мг/24 ч или отношения альбумин-креатинин 30–300 мг/г или 3,4–34 мг/ммоль (предпочтительно в утренней порции мочи).
- ХБП С3 стадии с СКФ > 30 –59 мл/мин/1,73 м².
- Лодыжечно-плечевой индекс $< 0,9$.
- Выраженная ретинопатия: наличие кровоизлияний, экссудатов или отека соска зрительного нерва.

Стадия III — определяется наличием АКС, в том числе ХБП С4–С5 стадии, и/или СД с поражением органов-мишеней. СД (рассматривается как дополнительное состояние, усугубляющее риск): глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л при двух последовательных измерениях и/или HbA1c $\geq 6,5\%$, и/или глюкоза плазмы после нагрузки или при случайном определении $\geq 11,1$ ммоль/л.

Стадии АГ имеют уточняющий характер по поражениям органов-мишеней и сопутствующей патологии.

На основании уровня АД, наличия ФР, ПОМ, АКС, СД выделяют 4 категории риска СС осложнений: низкий (риск 1), умеренный (риск 2), высокий (риск 3) и очень высокий (риск 4) (Приложение Г2, Таблица П12). Наиболее значимым является определение категории риска у пациентов с гипертонической болезнью I и II стадий.

Классификация АД, измеренного в медицинском учреждении, и определение степеней гипертензии:

Категория АД	САД (мм рт. ст.)		ДАД (мм рт. ст.)
Оптимальное	<120	и	<80
Нормальное	120–129	и/или	80–84
Высокое нормальное	130–139	и/или	85–89
АГ 1-й степени	140–159	и/или	90–99
АГ 2-й степени	160–179	и/или	100–109
АГ 3-й степени	>180	и/или	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	и	<90

Стратификация риска развития сердечно-сосудистых осложнений основана на корреляции АД пациента, факторов риска АГ, признаков поражений органов мишеней и ассоциированных с АГ клинических состояний (Клинические рекомендации, 2020 (Российское кардиологическое общество)).

Наличие ФР, ПОМ или АКС	Категория АД (мм рт. ст.)			
	Высокое нормальное АД (130–139/85–89)	АГ 1-й степени 140–159/90–99	АГ 2-й степени 160–179/100–109	АГ 3-й степени 180/ 110
Нет ФР, ПОМ, АКС	Незначимый риск	Низкий риск 1	Средний риск 2	Высокий риск 3
1–2 ФР	Низкий риск 1	Средний риск 2	Средний риск 2	Очень высокий риск 4
3 и более	Высокий	Высокий	Высокий	Очень

ФР и/или ПОМ	риск 3	риск 3	риск 3	высокий риск 4
АКС или СД	Очень высокий риск 4	Очень высокий риск 4	Очень высо- кий риск 4	Очень высокий риск 4

Риск смерти от заболеваний, ассоциированных с ГБ (инсульт, инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты и др.), в течение 10 лет составляет: низкий риск (1) — менее 4%; средний риск (2) — 4–5%; высокий риск (3) — 5–8 %; очень высокий риск (4) — более 8% (SCORE).

Принципы формулировки диагноза при АГ:

1. Необходимо указать стадию гипертонической болезни.
2. Степень повышения АД (степень АГ обязательно указывается у пациентов с впервые диагностированной АГ. Если пациент принимает антигипертензивную терапию, то в диагнозе указывается наличие контроля АД (контролируемая/неконтролируемая АГ).
3. При формулировании диагноза максимально полно должны быть отражены ФР, ПОМ, ССЗ, ХБП и категория сердечно-сосудистого риска.
4. Указание целевого уровня АД для данного пациента.

Примеры формулировки диагноза:

- ГБ I стадии. Степень АГ 1. Гиперлипидемия. Риск 2 (средний). Целевое АД <130/<80 мм рт. ст.
- ГБ II стадии. Неконтролируемая АГ. Нарушенная гликемия натощак. Гиперлипидемия. ГЛЖ. Риск 3 (высокий) Целевое АД <130/<80 мм рт. ст.
- ГБ II стадии. Неконтролируемая АГ. Гиперлипидемия. Ожирение II степени. Нарушение толерантности к глюкозе. ГЛЖ. Альбинурия высокой степени. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130-139/ <80 мм рт. ст.
- ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (2010г). ГБ III стадии. Неконтролируемая АГ. Риск 4

(очень высокий). Целевое АД <130/<80 мм рт. ст.

- ГБ III стадии. Контролируемая АГ. Ожирение I степени. Сахарный диабет 2-го типа, целевой уровень гликированного гемоглобина $\leq 7,5\%$. ХБП С4 стадии, альбуминурия А2. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130–139/ <мм рт. ст.

Неотложные состояния при артериальной гипертензии: гипертонический криз.

Гипертонический криз (ГК) — состояние, при котором значительное повышение АД (до 3 степени) ассоциируется с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии. При определении тяжести поражения органов скорость и степень повышения АД могут быть так же важны, как и абсолютный уровень АД.

Можно выделить следующие типичные проявления гипертонических кризов:

- Пациенты со злокачественной АГ: тяжелая АГ (чаще 3-й степени) ассоциируется с изменениями на глазном дне (кровоизлияния и/или отек соска зрительного нерва), микроангиопатией и диссеминированным внутрисосудистым свертыванием. Может приводить к энцефалопатии (примерно в 15% случаев), ОНЧ, острому ухудшению функции почек.
- Пациенты с тяжелой АГ, ассоциированной с другими клиническими состояниями, требующими неотложного снижения АД: расслоение аорты, острая ишемия миокарда, ОНЧ.
- Пациенты с внезапным повышением АД на фоне феохромоцитомы, ассоциированным с ПОМ.
- Беременные с тяжелой АГ или преэклампсией.

Ранее использовавшийся термин «неосложненный гипертонический криз», описывавший пациентов со значительным повышением АД, но без признаков острых изменений в органах-мишенях, в настоящее время не рекомендован к использованию. В данной группе пациентов снижение АД обычно может проводиться в амбулаторных условиях, чаще всего путем назначения пероральной терапии в соответствии со стандартным алгоритмом. У этих пациентов необходимо проводить строгий контроль цифр АД до достижения целевых значений.

Лечение пациентов с ГК рекомендуется проводить в отделении неотложной кардиологии или палате интенсивной терапии.

При лечении гипертонического криза для своевременной коррекции терапии в соответствии с изменениями АД оптимальным представляется в/в назначение препарата с коротким периодом полувыведения. Быстрое неконтролируемое снижение АД не рекомендовано, так как может привести к осложнениям.

Лечение следует начинать с очень низких доз в условиях стационара, поскольку такие пациенты могут быть очень чувствительны к данным препаратам.

Для лечения ГК используются следующие парентеральные препараты. Вазодилататоры:

- нитроглицерин (предпочтителен при ОКС и острой левожелудочковой недостаточности);
- нитропруссид натрия (является препаратом выбора при острой гипертонической энцефалопатии);
- ИАПФ: эналаприлат (предпочтителен при острой левожелудочковой недостаточности);
- ББ (метопролол предпочтителен при расслаивающей аневризме аорты и ОКС);
- диуретики (фуросемид при острой левожелудочковой недостаточности);

- альфа-адреноблокаторы (урапидил);
- нейролептики (дроперидол).

IV. Вид занятия — практическое занятие

V. Продолжительность — 2 занятия по 4 часа

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал таблицы, схемы, наборы R-грамм, ЭКГ, анализов крови, методические указания для обучающихся к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов и ситуационных задач по теме).

VI.2. ТСО (компьютер, негатоскоп, мультимедийный проектор).

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Ниже даны образцы тестовых заданий по теме занятия с инструкцией к выполнению и эталонами ответов. Весь набор тестов приводится в приложении.

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ):

1. КАКОЙ ПРИЗНАК ВЫЯВЛЯЕТСЯ ТОЛЬКО С НАСТУПЛЕНИЕМ 2-Й СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гипертонические кризы
- 2) дилатация сердечных полостей

- 3) стабилизация АД в форме систоло - диастолической гипертензии
- 4) гипертрофия левого желудочка
- 5) появление приступов стенокардии

Эталон ответа: 4

VII.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов темы занятия

Современные концепции этиологии, патогенеза ГБ, современная классификация, клинические особенности, современные методы диагностики и лечения.

Примерный перечень вопросов для собеседования:

1. Определение ГБ.
2. Факторы риска развития ГБ.
3. Патогенез ГБ.
4. Классификация ГБ.
5. 5. Поражения органов мишеней при ГБ и их диагностика.
6. Основные клинические проявления ГБ.
7. Заболевания, при которых развиваются симптоматические артериальные гипертензии.
8. Методы диагностики ГБ.
9. Дифференциальная диагностика ГБ.
10. Осложнения ГБ.
11. Что такое ассоциативные клинические состояния?
12. Показания к антигипертензивной терапии.
13. Целевые уровни артериального давления.
14. Принципы немедикаментозного лечения ГБ.
15. Медикаментозная терапия АГ (характеристика основных классов гипотензивных препаратов, показания и противопоказания).
16. 13. Неотложная помощь при различных формах гипертонических кризов.
17. Профилактика ГБ.

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного ГБ по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация характерных для ГБ изменений общего, биохимического анализов крови, ЭКГ, РЭГ, рентгенограммы органов грудной клетки, ЭХО-КГ, УЗДГ МАГ.

VII.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя

№	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Вр.в мин.	Цель и характер деятельности обучающихся
1.	Курация тематических больных с ГБ	40	Умение собрать анамнез, провести физикальное обследование, сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение
2.	Посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов и лабораторий. Наблюдение больных в ОИТ	30	Участие в обследовании, (запись ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ МАГ) и лечении курируемых больных. Участие в оказании неотложной помощи при гипертонических кризах и острой левожелудочковой недостаточности.
3.	Анализ результатов дополнительных исследований больных ГБ. Оформление истории болезни курируемого больного	20	Умение интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований (анализов крови, рентгенограмм, ЭХО-КГ, ЭКГ, мониторинга ЭКГ по Холтеру, РЭГ, УЗДГ МАГ)
4.	Работа с компьютерными тренинговыми программами, мультимедийным атласом, аудио- и видеоматериалами	20	Закрепление знаний по теме, самопроверка уровня усвоения материала.

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

VIII.1. Контроль уровня освоения практических навыков по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ГБ.

VIII.2. Контроль конечного уровня знаний по учебной теме путем решения тестовых заданий и ситуационных задач.

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГБ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ОПК–5, ПК–6)

1. Сердцебиение, ощущение пульсации в голове, покраснение лица, потливость. 2. Стойкое повышение АД. 3. Повышение систолического артериального давления. 4. Феномен перекреста — симптом Салюса-Гунна. 5. Расширение границ сердечной тупости влево. 6. Тахикардия, усиление тонов сердца. 7. Акцент II тона над аортой. 8. Систолический шум на верхушке сердца.	А. Повышение ударного и минутного объемов крови. Б. Развитие атеросклероза головного мозга. В. Гиперсекреция ренина, альдостерона, задержка натрия в стенках артериол — повышение периферического сосудистого сопротивления. Г. Рабочая гипертрофия левого желудочка. Д. Развитие относительной недостаточности митрального клапана.
--	--

Эталон ответов: 1А, 2В, 3А, 4Б, 5Г, 6А, 7В, 8Д.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ НУЖНО ВЫПОЛНИТЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) суточная экскреция альдостерона с мочой
- 2) определение ванилилминдальной кислоты в моче
- 3) активность ренина в плазме
- 4) УЗИ поджелудочной железы

Эталон ответа: 2

Ситуационная задача.

Больная С. 56 лет обратилась к врачу с жалобами на головные боли, сердцебиение, одышку при физической нагрузке (подъем по лестнице на 1 этаж, ходьба в быстром темпе на расстояние более 50 метров), нестабильность артериального давления с тенденцией к гипертензии (отмечает повышение показателей в пределах 160/100 — 195/110 мм.рт.ст.).

Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией на протяжении 10 лет. Год назад у больной была транзиторная ишемическая атака. Тем не менее антигипертензивные медикаментозные препараты, назначенные ранее врачом, в последние 2 месяца принимала нерегулярно, допуская пропуски в приеме лекарств продолжительностью до нескольких дней. Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена: отец умер от инсульта в возрасте 54 лет, мать — жива (76 лет), также страдает артериальной гипертензией с 55 летнего возраста.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз. Индекс массы тела 34,3 кг/м². Окружность талии 104 см, окружность бедер 120 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. Пульс — 88 в мин. АД — 160/112 мм.рт.ст. Левая граница смещена влево на 2 см от средне-ключичной линии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, отеков нет. Дизурических явлений нет. Симптомы поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные данные:

Анализ крови общий — без патологии; биохимический анализ крови (общий холестерин — 7,2 ммоль/л, Триглицериды — 2,7 ммоль/л (норма <1,7 ммоль/л), ХС-ЛПВП — 1,0 ммоль/л (норма > 1,2 ммоль/л), ХС-ЛПНП — 4,6 ммоль/л (норма <3 ммоль/л); глюкоза натощак — 5,2

ммоль/л; креатинин — 108,8 мкмоль/л (норма 50-98 мкмоль/л), СКФ (по формуле СКD-EPI) = 53 мл/мин.

Вопросы к задаче:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз с указанием степени и стадии болезни (ОПК–5, ПК–6).
2. Обоснуйте сформулированный Вами диагноз (ОПК–5, ПК–6).
3. Перечислите факторы сердечно-сосудистого риска, имеющиеся у больной (ОПК–5, ПК–6).
4. Назовите поражения органов мишеней у пациентки (ОПК–5, ПК–6).
5. Укажите диагностические методики, которые возможно применить для определения пораженности сосудов при гипертонической болезни (ОПК–4, ПК–5).
6. Составьте план дополнительного лабораторно-инструментального исследования пациентки (ОПК–4, ПК–5).
7. Препараты каких групп антигипертензивных средств рекомендованы пациентке в составе комбинированной терапии. Свой выбор обоснуйте (ОПК–7, ПК–8).
8. Назовите противопоказания к применению ингибиторов АПФ (ОПК–7, ПК–8).

Эталоны ответов к задаче:

1. Гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая АГ, риск 4 (очень высокий). Ожирение II степени. Гиперлипидемия. ХБП С1. Целевое АД 130–139/ <мм рт. ст.
2. Артериальная гипертензия возникла у женщины среднего возраста в период перименопаузы при наличии генетической предрасположенности к гипертонической болезни. Отсутствие признаков симптоматической артериальной гипертензии (нефрогенной, гипертиреоз, симпатoadреналовые кризы) позволяет поставить диагноз гипертонической болезни. Степень артериальной гипертензии определяется уровнем АД, а риск — наличием

поражения органов мишеней: в анамнезе ТИА, гипертрофия левого желудочка, гипертоническая нефропатия (СКФ 53 мл/мин) и фактор риска в виде отягощенной наследственности.

3. Факторы сердечно-сосудистого риска пациентки:

- возраст;
- избыточная масса тела (ожирение);
- наследственная предрасположенность;
- в анамнезе ТИА

4. ПОМ:

- сердце;
- почки;
- сосуды.

5. Исследование глазного дна, УЗДГ МАГ (для определения ТКИМ), УЗДГ сосудов почек;

6. Дополнительные методы исследования:

- ЭКГ (для документирования сердечного ритма, ЧСС и выявления аритмий); ЭхоКГ для выявления степени ГЛЖ;
- общий (клинический) анализ мочи с микроскопическим исследованием осадка мочи, количественной оценкой альбуминурии или отношения альбумин/креатинин (оптимально);
- исследование уровня калия и натрия в крови для выявления электролитных нарушений и дифференциального диагноза с вторичной АГ;
- для выявления гиперурикемии рекомендуется исследование уровня мочевой кислоты в крови;
- УЗИ (ультразвукового исследования) почек и дуплексного сканирования артерий почек с целью оценки размеров, структуры, а также наличия врожденных аномалий почек или стеноза почечных артерий;

- исследование глазного дна врачом-офтальмологом (геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва) для выявления гипертонической ретинопатии.

7. Монотерапия эффективно снижает АД лишь у ограниченного числа пациентов АГ, большинству пациентов для контроля АД требуется комбинация как минимум из двух препаратов. Комбинация двух препаратов из любых двух классов антигипертензивных средств усиливает степень снижения АД намного сильнее, чем повышение дозы одного препарата. Еще одно преимущество комбинированной терапии — возможность физиологического и фармакологического синергизма между препаратами разных классов, что может не только лежать в основе более выраженного снижения АД и лучшей переносимости. Все преимущества комбинированной терапии присущи только *рациональным комбинациям АГП. К ним относятся:*

1. ИАПФ + диуретик;
2. БРА + диуретик;
3. ИАПФ + АК;
4. БРА + АК,
5. дигидропиридиновый АК + ББ;
6. АК + диуретик;
7. ББ + диуретик.

Предпочтительные комбинации должны включать блокатор ренинангиотензиновой системы (РААС) (ингибитор АПФ или БРА) и дигидропиридиновый АК или диуретик.

Противопоказания для назначения ИАПФ: беременность, высокая гиперкалиемия ($\geq 5,5$ ммоль/л), двухсторонний стеноз почечных артерий, стенозе почечной артерии единственной почки, ангионевротический отек в анамнезе.

IX. Место проведения самоподготовки

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

X. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме

1.	Составить реферативное сообщение о современных классах анти-гипертензивных препаратов для лечения ГБ.
2.	Составить реферативное сообщение по неотложной помощи при различных формах гипертонического криза.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ «ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ
БОЛЕЗНЬ» С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом:

1. УРОВЕНЬ АД, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ ОБ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) 140/90 мм рт. ст. и выше
- 2) 140-159/90-94 мм рт. ст.
- 3) 160/95 мм рт. ст. и выше
- 4) 130/80 мм рт. ст.
- 5) 160/80 мм рт. ст. и выше

2. ПРИЗНАК, ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ТОЛЬКО С НАСТУПЛЕНИЕМ 2-Й СТАДИИ ГБ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) гипертонические кризы
- 2) дилатация сердечных полостей
- 3) стабилизация АД в форме систоло — диастолической гипертензии
- 4) гипертрофия левого желудочка
- 5) появление приступов стенокардии

3. ПРЕПАРАТ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЙ БОЛЬНОМУ ГБ С АВ БЛОКАДОЙ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) клонидин
- 2) каптоприл
- 3) гидрохлортиазид
- 4) нифедипин

- 5) метопролол

4. ВЕДУЩЕЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ГБ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение сердечного выброса вследствие повышения активности симпатoadреналовой системы
- 2) повышение общего периферического сопротивления
- 3) гиперпродукция ренина ангиотензина II альдостерона
- 4) повышение выделения вазопрессина
- 5) задержка натрия в стенках артериол

5. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) кратковременные эпизоды потери сознания
- 2) нарушения сердечного ритма и проводимости
- 3) наличие периферических отеков
- 4) боли в теменной и затылочной области
- 5) нарушение ритма дыхания

6. ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) ишемии внутренних органов ниже места сужения
- 2) тромбоза вен нижних конечностей
- 3) недостаточности мозгового кровообращения
- 4) присоединения атеросклероза магистральных артерий
- 5) нарушения микроциркуляции в коронарных артериях

7. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ГБ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) систолический шум на верхушке сердца

- 2) приглушенность тонов сердца
- 3) акцент II тона над аортой
- 4) ритм галопа
- 5) систолический шум над аортой

8. КРИТЕРИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АГ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) геморрагии или экссудаты на глазном дне
- 2) быстро прогрессирующее ухудшение функции почек
- 3) отек соска зрительного нерва
- 4) сочетание трех названных критериев
- 5) резистентность к лечению В-адреноблокаторами

9. ГОРМОН С ВЫСОКОЙ ПРЕССОРНОЙ АКТИВНОСТЬЮ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) кальцитонин
- 2) адреналин
- 3) инсулин
- 4) альдостерон
- 5) пролактин

10. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ГБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) токсические влияния на производстве
- 2) бытовые интоксикации
- 3) алиментарные
- 4) психо-эмоциональные
- 5) травматические

11. ЭКГ ПРИЗНАКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГБ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) остроконечный зубец Р в отведениях II, III

- 2) отклонение ЭОС влево
- 3) блокада правой ножки пучка Гиса
- 4) экстрасистолия
- 5) уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II

12. У БОЛЬНОГО УРОВЕНЬ АД БЕЗ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕ СНИЖАЕТСЯ НИЖЕ 180/100 ММ РТ.СТ. ИМЕЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА ТИПА САЛЮС II. ИНДЕКС СОКОЛОВА (ГЛЖ) СОСТАВЛЯЕТ 48 ММ. КАКОЙ СТАДИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) I стадии
- 2) II стадии
- 3) III стадии
- 4) Высокое нормальное АД

13. АД У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПОВЫШАЕТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) при физической нагрузке
- 2) при лихорадочных состояниях
- 3) при переедании
- 4) при гиподинамии
- 5) при аллергии

14. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВАЗО-РЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) внутривенная пиелография
- 2) определение ренина плазмы
- 3) изотопная ренография
- 4) дуплексное сканирование артерий почек

15. КРИЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ АГ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) врожденном адреногенитальном синдроме
- 2) синдроме Иценго-Кушинга
- 3) первичном гиперальдостеронизме
- 4) гипертиреозе
- 5) феохромоцитоме

16. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПОВЫШЕНИЮ АД (ОПК–5, ПК–6)

- 1) воспаление
- 2) повышенная проницаемость
- 3) атеросклероз
- 4) кровоизлияние
- 5) тромбоз

17. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В РОССИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) 12–15 %
- 2) 5–11 %
- 3) 16–25 %
- 4) 25–60%
- 5) 30–45 %

18. ОСНОВНЫМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК КОАРКТАЦИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение АД на конечностях
- 2) гипотензия при измерении АД на верхних конечностях
- 3) брадикардия высоких градаций
- 4) гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты
- 5) увеличение объема циркулирующей крови

19. ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД В КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЕТСЯ ГБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) пубертатный
- 2) дошкольный
- 3) юношеский
- 4) молодой
- 5) зрелый

20. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА НЕФРОГЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) уменьшение размеров почек
- 2) дистопия почки
- 3) нарушение функций почек
- 4) сужение почечной артерии на 20 %
- 5) наличие признаков конкрементов в лоханке

21. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ МОГУТ ОСЛОЖНЯТЬ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) только при I стадии
- 2) только при II стадии
- 3) только при III стадии
- 4) при любой стадии
- 5) только при злокачественной гипертензии

22. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ГБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) токсические влияния на производстве
- 2) бытовые интоксикации
- 3) алиментарные
- 4) психо-эмоциональные
- 5) травматические

23. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ АГ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ТИПА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) альдостерома
- 2) узелковый периартериит
- 3) феохромоцитома
- 4) синдром Иценко-Кушинга
- 5) акромегалия

24. ПРИЗНАК, ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ТОЛЬКО С НАСТУПЛЕНИЕМ 2-Й СТАДИИ ГБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гипертонические кризы
- 2) дилатация сердечных полостей
- 3) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии
- 4) гипертрофия левого желудочка
- 5) появление приступов стенокардии

Тестовые задания на установление соответствия:

1. ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГБ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ОПК–5, ПК–6)

1) Сердцебиение, ощущение пульсации в голове, покраснение лица, потливость	А) Повышение ударного и минутного объемов крови
2) Стойкое повышение АД	Б) Развитие артериолосклероза головного мозга
3) Повышение систолического артериального давления	В) Гиперсекреция ренина, альдостерона, задержка натрия в стенках артериол, повышение периферического сосудистого сопротивления
4) Феномен перекреста-симптом Салюса-Гунна	Г) Гипертрофия левого желудочка
5) Расширение границ сердечной тупости влево	Д) Развитие относительной недостаточности митрального клапана
6) Тахикардия, усиление тонов сердца	
7) Акцент II тона над аортой	
8) Систолический шум на верхушке сердца	

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ОСНОВНЫХ КЛАССОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК–7, ПК–8)

1) Эналаприл. 2) Нифедипин. 3) Гидрохлортиазид, хлорталидон. 4) Лозартан. 5) Метопролол, атенолол.	А) Тахикардии, ХСН в стадии декомпенсации. Б) АВ-блокада II-III степени, бронхиальная астма, выраженная брадикардия, ССУ. В) Гиперкалиемия, беременность, двусторонний стеноз почечных артерий. Г) Подагра.
--	--

3. МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ АД ПРИ ГБ (ОПК–5, ПК–6)

1) Симпатико-адреналовая система 2) Гипоталамо-гипофизарная система 3) Почки 4) Надпочечники 5) Сердце	А) Гиперсекреция альдостерона Б) Повышение ударного и минутного выброса крови В) Гиперсекреция катехоламинов Г) Повышение выделения вазопрессина Д) Активация выработки ренина
--	--

4. КАКИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ (ОПК–5, ПК–6)

1) Коарктация аорты 2) Окклюзия почечных артерий 3) Феохромоцитома 4) Заболевания почек 5) Синдром Кона 6) Недостаточность аортального клапана (как следствие ревматизма)	А) Врожденные аномалии сосудов Б) Опухоль мозгового слоя надпочечников В) Приобретенный порок сердца Г) Снижение депрессорных и повышение прессорных веществ ренального генеза Д) Первичный альдостеронизм
--	--

5. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АГ (ОПК–5, ПК–6)

1) Психо-эмоциональные и невротические реакции 2) Недостаточность аортального клапана (ревматической этиологии) 3) Нефроангиосклероз 4) Феохромоцитома 5) Заболевания почек 6) Синдром Кона	А) Гиперадреналинемия Б) Опухоль мозгового слоя надпочечников В) Приобретенный порок сердца Г) Снижение депрессорных и повышение прессорных веществ ренального генеза Д) Первичный альдостеронизм
--	---

6. ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГБ СИМПТОМОВ (ОПК–5, ПК–6)

1) Систолический шум на верхушке сердца 2) Стойкое повышение АД 3) Повышение систолического АД 4) Расширение границ сердечной тупости влево	А) Повышение ударного объема крови Б) Гипертрофия левого желудочка В) Гиперсекреция ренина, альдостерона, задержка натрия в стенках артериол — повышение периферического сосудистого сопротивления Г) Развитие относительной недостаточности митрального клапана
--	---

7. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК–7, ПК–8)

1) Метопролол, бисопролол 2) Эналаприл, периндоприл 3) Лозартан, валсартан 4) Гипотиазид, индапамид 5) Амлодипин, Нормодипин	А) Блокаторы кальциевых каналов Б) Ингибиторы АПФ В) Диуретики Г) В-адреноблокаторы Д) Блокаторы рецепторов ангиотензина 2
--	--

8. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК–7, ПК–8)

1) Ингибиторы АПФ 2) В-адреноблокаторы 3) Тиазидные диуретики	А) Брадикардия Б) Гипокалиемия В) Мышечная слабость, судороги Г) Сухой кашель, Д) Отек Квинке Е) Бронхоспазм
---	---

9. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ДИУРЕТИКОВ (ОПК–7, ПК–8)

1) Тиазиды и тиазидоподобные 2) Петлевые 3) Калийсберегающие	А) Фуросемид Б) Гипотиазид В) Спиронолактон Г) Триамтерен Д) Индапамид Е) Торасемид
--	--

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАДРЕНЕРГИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ГБ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) *b*-адреноблокаторы
- 2) салуретики
- 3) симпатолитики
- 4) периферические вазодилататоры

2. В ПОВЫШЕНИИ АД УЧАСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение сердечного выброса
- 2) задержка натрия
- 3) увеличение активности ренина
- 4) повышение венозного давления

3. ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) суточная экскреция альдостерона с мочой
- 2) определение ванилилминдальной кислоты в моче
- 3) активность ренина в плазме
- 4) УЗИ поджелудочной железы

4. ОСНОВНЫЕ ОРГАНЫ–МИШЕНИ ПРИ ГБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) печень
- 2) сердце
- 3) почки
- 4) головной мозг
- 5) сосуды

5. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОГУТ БЫТЬ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) инсульт
- 2) инфаркт кишечника из-за фибриноидного некроза
- 3) почечная недостаточность
- 4) инфаркт миокарда

6. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ II СТАДИИ ГБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гипертрофия левого желудочка
- 2) изменения артериальной стенки
- 3) диастолическое давление 105 мм рт.ст. и выше
- 4) хроническая коронарная недостаточность

7. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ, КРОМЕ ГИПОТЕНЗИВНОГО (ОПК–7, ПК–8)

- 1) коронаролитический
- 2) антиаритмический

- 3) бронхолитический
- 4) снижение уровня мочевой кислоты в крови

8. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АГ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) наследственная предрасположенность
- 2) избыточная масса тела
- 3) потребление алкогольных напитков
- 4) избыточное потребление белка

9. ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗАХ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГБ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) снижение удельного веса
- 2) лейкоцитурия
- 3) микрогематурия
- 4) протеинурия

10. ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГБ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) сужение артерий сетчатки
- 2) расширение вен
- 3) извитость сосудов
- 4) кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии

11. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРОВ АПФ, КАК ПРАВИЛО, ТРЕБУЮЩИЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) панцитопения лейкопения
- 2) ангионевротический отек, кожные реакции в виде эритемы
- 3) кашель
- 4) потеря вкусовых ощущений

12. ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГБ СИМПТОМЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) головная боль, головокружение, нарушения сна
- 2) миалгия, артралгия
- 3) нарушения зрения, мелькание "мушек"
- 4) судороги в конечностях

13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) заболевания почек
- 2) заболевания эндокринной системы
- 3) врожденные пороки сердца
- 4) коллагенозы
- 5) прием медикаментов

14. ПОВЫШЕННОЕ АД НА РУКАХ И ПОНИЖЕННОЕ НА НОГАХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) болезни Такаясу
- 2) коарктации аорты
- 3) синдрома Кона
- 4) болезни Иценко-Кушинга

15. ГИПОТИАЗИД ОКАЗЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) увеличивает диурез
- 2) увеличивает натрийурез
- 3) увеличивает калийурез
- 4) увеличивает кальцийурез
- 5) повышает уровень мочевой кислоты в крови

16. ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГБ
(ОПК–5, ПК–6)

- 1) сужение артерий сетчатки
- 2) расширение вен
- 3) расширение артерий сетчатки
- 4) кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии

17. ОСЛОЖНЕНИЯ ГБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) мозговой инсульт
- 2) расслаивающая аневризма аорты
- 3) сердечная астма
- 4) нефроангиосклероз

18. ПРИЧИНЫ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ГИПЕРТОНИЙ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) заболевания почек
- 2) пороки сердца
- 3) сахарный диабет
- 4) опухоли головного мозга

19. ПРИЗНАКИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ДИАГНОЗУ ГБ I СТАДИИ
(ОПК–5, ПК–6)

- 1) отсутствие изменений глазного дна
- 2) клубочковая фильтрация 80 мл/мин
- 3) зубец R в V_5 V_6 равен 32 мм
- 4) быстрая нормализация АД

20. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНО ОБУСЛОВЛЕНО (ОПК–5,
ПК–6)

- 1) эластичностью сосудов
- 2) периферическим сопротивлением кровотоку
- 3) шунтированием крови в легких

- 4) силой сокращения сердца и ударным выбросом

21. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОГУТ БЫТЬ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) инсульт
- 2) инфаркт кишечника из-за фибриноидного некроза
- 3) почечная недостаточность
- 4) инфаркт миокарда
- 5) застойная недостаточность кровообращения

22. ОСНОВНЫЕ КЛАССЫ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) диуретики
- 2) блокаторы медленных кальциевых каналов
- 3) глюкокортикоиды
- 4) в-блокаторы
- 5) и-АПФ

23. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АГ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) наследственная предрасположенность
- 2) избыточная масса тела
- 3) потребление алкогольных напитков
- 4) избыточное потребление белка

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «гипертоническая болезнь»

Тестовые задания с одним правильным ответом:

1) 1	6) 1	11) 2	16) 3	21) 4
2) 4	7) 3	12) 2	17) 5	22) 4
3) 5	8) 4	13) 1	18) 4	23) 3
4) 1	9) 2	14) 4	19) 5	24) 4
5) 4	10) 4	15) 5	20) 3	

Тестовые задания на установление соответствия:

1) 1А, 2В, 3А, 4Б, 5Г, 6А, 7В, 8Д	6) 1Г, 2В, 3А, 4Б
2) 1В, 2А, 3Г, 4В, 5Б	7) 1Г, 2Б, 3Д, 4В, 5А
3) 1В, 2Г, 3Д, 4А, 5Б	8) 1ГД, 2АЕ, 3БВ
4) 1А, 2А, 3Б, 4Г, 5Д, 6В	9) 1БД, 2АЕ, 3ВГ
5) 1А, 2В, 3Г, 4Б, 5Г, 6Д	

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1) 13	6) 123	11) 23	16) 124	21) 1345
2) 123	7) 123	12) 123	17) 1234	22) 1245
3) 2	8) 123	13) 1235	18) 1234	23) 123
4) 1234	9) 34	14) 2	19) 124	
5) 124	10) 1234	15) 1235	20) 4	

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

I. Тема и ее актуальность

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, протекающий в условиях дисбаланса между вазоконстрикторными и вазодилатирующими нейрогормональными системами; сопровождающийся неадекватной перфузией органов и тканей организма и сопровождающийся комплексом симптомов: одышкой, слабостью, сердцебиением, повышенной утомляемостью и задержкой жидкости в организме (отечным синдромом).

Причины развития ХСН в Российской Федерации:

1. ИБС, включая ПИКС (60% всех случаев).
2. Артериальная гипертензия (88%).
3. Пороки сердца (врожденные и приобретенные) (4,3%).
4. Миокардиты (3,6%).
5. Кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая).
6. Алкогольная интоксикация.
7. ХОБЛ (13%).
8. Анемии (12,3%).
9. Хроническая фибрилляция предсердий (10,3%).
10. Эндокринные заболевания (сахарный диабет (15,9%), тиреотоксикоз и др.), болезни перикарда, СЗСТ, инфильтративные поражения миокарда (амилоидоз и др.)
11. Перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (10,3%) и другие причины.

Наиболее частыми причинами ХСН у мужчин является ИБС, постинфарктный кардиосклероз, у женщин — АГ и СД. Но, как правило, эти три заболевания дополняют и потенцируют друг друга.

По статистическим данным, ХСН — единственная патология сердечно — сосудистой системы, распространенность которой в большинстве стран мира постоянно увеличивается. В общей популяции взрослого населения ХСН выявляется ежегодно у 1–2% населения. В России число больных ХСН, предположительно, не менее 12–14 млн. человек. Показатели заболеваемости ХСН выявляют ее многократное увеличение в каждой последующей возрастной группе: в 25–34 лет — 0,02 на 1000 населения, в 55–64 — 3,0–4,0 на 1000, 75–84 лет — 13,0–14,0 на 1000 населения. ХСН — одна из причин самой высокой летальности среди всех сердечно-сосудистых заболеваний. Выживаемость больных с тяжелой ХСН составляет чуть более 50% в год. 92% умерших от застойной СН составляют пациенты старше 65 лет. Важной является тенденция к росту числа госпитализаций, обусловленных ХСН. Она составляет, в среднем, 1,32–2,12 на 1000 населения (16,8%), ХСН фигурирует в диагнозе у 92% больных.

II. Цель занятия

- изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХСН;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики и лечения ХСН;
- диагностики и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях ХСН;
- проведение дифференцированного лечения сердечной недостаточности с учётом её этиологии и выраженности;
- формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций (ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7, ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11).

II.1 Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен знать

- анатомио–физиологические особенности строения сердечно-сосудистой системы (ОПК–5, ПК–6);
- гемодинамику малого и большого кругов кровообращения (ОПК–5, ПК–6);
- методику исследования клапанного аппарата сердца (ОПК–5, ПК–6);
- этиологию и патогенез хронической сердечной недостаточности (ОПК–5, ПК–6);
- классификацию ХСН по стадиям и ФК (ОПК–5, ПК–6);
- клинические признаки ХСН по стадиям (ОПК–5, ПК–6);
- показатели лабораторно-инструментальных методов исследований (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови (натрийуретические пептиды (BNP, pro-BNP), креатинин, калий, СКФ и пр.), ЭКГ, ЭХО-КГ, доплер-Эхо-КГ, рентгенография органов грудной клетки, чреспищеводная ЭХО-КГ, стресс-ЭХО-КГ, МРТ, мультиспиральная КТ сердца, позитронно-эмиссионная томография сердца, однофотонная эмиссионная КТ сердца, КАГ, КТ сердца, катетеризация сердца и биопсия миокарда, ЭКГ тесты с физической нагрузкой) (ОПК–4, ПК–5);
- критерии диагностики ХСН (ОПК–5, ПК–6);
- принципы рационального лечения и профилактики ХСН (ОПК–7, ПК–8);
- классификацию острой сердечной недостаточности (ОПК–7, ПК–10);
- неотложные и реанимационные мероприятия при осложнениях ХСН (ОПК–7, ПК–11).

II.2. Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен уметь

- собрать анамнез у больного ХСН, определить основное заболевание, приведшее к её развитию (ОПК–4, ПК–5);
- провести физикальное обследование органов сердечно–сосудистой системы (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), выявить клинические признаки ХСН (ОПК–4, ПК–5);
- сформулировать диагноз основного заболевания по современной классификации по стадии и ФК (ОПК–5, ПК–6);
- назначить лабораторно–инструментальные и функциональные методы исследования и дать оценку их результатам (ОПК–4, ПК–5);
- назначить адекватное медикаментозное лечение ХСН (ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов к ангиотензину II, β -блокаторы, ивабрадин, антагонисты минералкортикоидных рецепторов, антагонисты неприлизина, диуретики, сердечные гликозиды, статины, антикоагулянты, периферические вазодилататоры, антиаритмики, дезагреганты, корректоры метаболических нарушений), санаторное лечение, ЛФК (ОПК–7, ПК–8);
- назначить рациональный режим и лечебное питание (модификация образа жизни), дозировать водную нагрузку для больного, определив тем самым меры профилактики декомпенсации сердечной деятельности (ОПК–7, ПК–8);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии сердечной астмы, отёка лёгкого, нарушений ритма сердца (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- определить меры профилактики.

II.3. Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования больных ХСН (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ХСН (ОПК–4, ПК–5);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современной классификации (ОПК–5, ПК–6);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХСН (ОПК–7, ПК–8);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (сердечная астма, отек легких, острая левожелудочковая недостаточность, тромбоэмболии, нарушения ритма сердца) (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии.

III. Материалы для самоподготовки к усвоению темы ХСН

III.1. Необходимые базисные знания и умения

Дисциплины	Содержание знаний
Анатомия	Анатомические особенности строения сердца. Круги кровообращения.
Патанатомия:	Ревматические пороки сердца. Гипертоническая болезнь и ИБС — как причины хронической сердечной недостаточности. Рабочая гипертрофия и миогенная дилатация сердца. Изменения внутренних органов при хроническом венозном застое. Морфологическая характеристика отёка лёгких. Морфология кардиального цирроза печени. Механизмы тромбоэмболических осложнений. Причины смерти.
Патофизиология	Этиология и патогенез ХСН по левожелудочковому типу; по правожелудочковому типу. Механизмы ком-

	пенсации кровообращения при хронической сердечной недостаточности. Патогенез «сердечных» отёков, асцита, гидроторакса, застойных явлений во внутренних органах.
Пропедевтика внутренних болезней	Семиотика заболеваний органов кровообращения. Методы физикального и инструментального исследования больных с патологией сердца. Умения: провести осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию больного, интерпретировать данные дополнительных исследований.
Фармакология	Механизм действия препаратов (ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов к ангиотензину II, β -блокаторы, ивабрадин, антагонисты минералкортикоидных рецепторов, антагонисты неприлизина, диуретики, сердечные гликозиды, статины, антикоагулянты, периферические вазодилататоры, антиаритмики, аспирин, корректоры метаболических нарушений)

III.2. Вопросы для самоподготовки

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1.Этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности.	1. Опишите схему гемодинамических изменений при ХСН.
2.Классификация ХСН.	2. Напишите современную классификацию ХСН по стадиям и ФК.
3.Клиническая картина ХСН.	3. Сгруппируйте симптомы хронической левожелудочковой и правожелудочковой недостаточности.
4.Лабораторные, рентгенологические, электрокардиографические, эхокардиографические изменения при ХСН.	4. Нарисуйте ЭКГ изменения и напишите примерное заключение ЭхоКГ при хронической левожелудочковой недостаточности.
5.Осложнения ХСН: сердечная астма, отёк лёгкого, тромбоэмболии, гидроторакс, гидроторакс, асцит, анасарка.	5. Перечислите осложнения ХСН.

6. Лечение ХСН	6. Напишите в виде рецептов препараты для лечения ХСН: эналаприл, периндоприл, лизиноприл, рамиприл, фозиноприл, кандесартан, валсартан, лозартан, метопролола сукцинат, бисопролол, карведилол, небивалол, ивабрадин, спиронолактон, эплеренон, сакубитрил/валсартан, верошпирон, арифон ретард, гипотиазид, фуросемид, торасемид, триамтерен, ацетазоламид, дигоксин, гепарин, клексан, варфарин, дабигатран, ривароксабан, амиодарон, соталол, амлодипин, фелодипин, железа (III) гидроксид, железа (III) карбоксимальтозат, аторвастатин, розувастатин, симвастатин, триметазидин
7. Лечебное питание	7. Назовите показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения ХСН
8. Санаторно-курортное лечение	

III. 3. Дополнительный учебный материал

Различают:

- систолическую СН (нарушение сократительной функции миокарда — выявляется при ЭХО-КГ);
- диастолическую СН (нарушение расслабления миокарда в диастолу) — выявляется при доплер-ЭхоКГ;
- сочетанную СН.

ФВ является одним из ключевых показателей гемодинамики при СН и имеет большое прогностическое значение. *Поэтому выделяют:*

- СН со сниженной фракцией выброса ЛЖ (ФВ<40%);
- СН с промежуточной фракцией выброса (ФВ 40–49%);
- СН с сохраненной ФВ ЛЖ (ФВ≥50%);
- СН с высоким сердечным выбросом (при анемии, тиреотоксикозе, беременности — в связи с повышенными метаболическими потребностями организма).

Классификация ХСН (Клинические рекомендации, 2020г.)

В 2002 году Российским обществом специалистов по сердечной недостаточности была разработана классификация, соединившая морфологический и функциональный принципы оценки выраженности ХСН путем определения ее стадий, которые могут только прогрессировать, несмотря на лечение, и функциональных классов, которые могут изменяться на фоне лечения как в одну, так и другую сторону.

В основе этой классификации лежат модифицированная классификация недостаточности кровообращения Н.Д.Стражеско, В.Х.Василенко (1935) и классификация ХСН Нью-Йоркской кардиологической ассоциации по 4 функциональным классам (NYHA, 1964).

Современная классификация ХСН выделяет 3 стадии:

Стадия	Клинико-морфологическая характеристика
I	Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая СН. Бессимптомная дисфункция левого желудочка (по данным Эхо КГ).
IIА	Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов (по данным Эхо КГ).
IIБ	Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные нарушения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Деадаптивное ремоделирование сердца и сосудов (по данным Эхо КГ).
III	Конечная стадия поражения сердца. Выраженные нарушения гемодинамики в обоих кругах кровообращения и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, печени, почек). Финальная стадия ремоделирования органов.

и 4 функциональных класса ХСН:

Функциональный класс (ФК)	Ограничение физической активности и клинические проявления
I ФК	Имеется заболевание сердца, но ограничения физической активности отсутствуют, привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку больной переносит

	сит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.
II ФК	Заболевание сердца приводит к незначительному ограничению физической активности, в покое симптомы ХСН отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.
III ФК	Заболевание сердца приводит к значительному ограничению физической активности, в покое симптомы ХСН отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов ХСН.
IV ФК	Заболевание сердца приводит к тяжелому ограничению любой физической активности, вызывает чувство дискомфорта, симптомы ХСН наблюдаются в покое и усиливаются при минимальной физической активности

При постановке диагноза указываются стадия и ФК ХСН. Для уточнения ФК рекомендуется провести *тест 6-минутной ходьбы*. Измеряют, какое расстояние (дистанцию) в состоянии пройти больной в течение 6 минут. Рекомендуется заранее разметить коридор больницы или поликлиники и попросить пациента двигаться по нему в течение 6 минут с максимально возможной скоростью. Если пациент начнет ходьбу слишком быстро и будет вынужден остановиться, пауза включается в 6 минут. Каждому ФК соответствует определенная дистанция 6-минутной ходьбы. В процессе лечения отмечают ее динамику:

Выраженность ХСН	Дистанция 6-минутной ходьбы
Нет ХСН	> 551 м
I ФК ХСН	426 — 550 м
II ФК ХСН	301 — 425 м
III ФК ХСН	151 — 300 м
IV ФК ХСН	< 150 м

Критерии, используемые при определении диагноза ХСН (Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН, 2020)

1. Симптомы (жалобы):

- Одышка (от незначительной до удушья).

- Быстрая утомляемость.
- Сердцебиение.
- Кашель.
- Ортопноэ.

2. Клинические признаки:

- Застой в легких (хрипы, рентгенологическая картина).
- Периферические отеки.
- Тахикардия (>90 – 100 уд/мин).
- Набухшие яремные вены.
- Гепатомегалия.
- Ритм галопа.
- Кардиомегалия.

3. Объективные признаки дисфункции сердца

- ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки.
- Систолическая дисфункция по данным Эхо-КГ (снижение сократимости миокарда (фракции выброса менее 40%)).
- Диастолическая дисфункция (доплер — ЭхоКГ, повышение давления заклинивания левого желудочка).
- Гиперактивность мозгового натрий — уретического пептида (BNP) (>100 pg/ml, в Н $0,5$ – 30 pg/ml), N-концевой предшественник мозгового натрий — уретического пептида (NT-proBNP) — >300 pg/ml.

Примеры формулировки диагноза.

- Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения. ФК III. Постинфарктный (2008, 2015 гг) кардиосклероз. Осл.: ХСН со сниженной ФВ (32%), стадия II Б, VI ФК (ТШМХ 130м).
- Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, достигнутая степень АГ 2, риск 4 (гиперлипидемия, гипертрофия левого желудочка). Осл.: ХСН с сохраненной ФВ (58%), стадия I, II ФК (ТШМХ 360м).

- Диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза. Осл.: ХСН с промежуточной ФВ (48%) IIА ст, III ФК (ТШМХ 180м).

Для оценки тяжести состояния больного, определения прогноза декомпенсированных больных, количественного определения выраженности симптомов, возможности динамической характеристики ХСН в процессе лечения была предложена следующая балльная шкала (в модификации Мареева В.Ю.). Однако при формулировке диагноза результаты шкалы не пишутся.

Шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС):

1. Одышка: 0 — нет, 1 — при нагрузке, 2 — в покое.
2. Изменился ли за последнюю неделю вес: 0 — нет, 1 — увеличился.
3. Жалобы на перебои в работе сердца: 0 — нет, 1 — есть.
2. В каком положении находится в постели: 0 — горизонтально, 1 — с приподнятым головным концом (+2 подушки), 2 — 1+ночные удушья, 3 — сидя.
3. Набухшие шейные вены: 0 — нет, 1 — лежа, 2 — стоя.
4. Хрипы в легких: 0 — нет, 1 — нижние отделы (до 1/3), 2 — до лопаток (до 2/3), 3 — над всей поверхностью легких.
5. Наличие ритма галопа: 0 — нет, 1 — есть.
6. Печень: 0 — не увеличена, 1 — до 5 см, 2 — более 5 см.
7. Отеки: 0 — нет, 1 — пастозность, 2 — отеки, 3 — анасарка.
8. Уровень АДС: 0 — >120, 1 — (100-120), 2 — <100 мм рт. ст.

Оценка ШОКС:

1. Во время осмотра больного врач задает вопросы соответственно пунктам от 1 до 10.
2. В карте отмечается число баллов, соответственно ответу, которое в итоге суммируется.
3. Всего максимально больной может набрать 20 очков (критическая ХСН).

4. 0 очков — полное отсутствие признаков ХСН.

По ШОКС баллы соответствуют:

1. I ФК — до 3,5 баллов.
2. II ФК — 3,5–5,5 баллов.
3. III ФК — 5,5–8,5 баллов.
4. IV ФК — более 8,5 баллов.

IV. Вид занятия: практическое занятие.

V. Продолжительность занятия: 8 часов (2 занятия по 4 часа)

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал: таблицы, схемы, наборы R-грамм, электрокардиограммы, эхограммы, доплеркардиограммы, результаты КТ, МРТ, анализы крови, анализы мочи, учебно–методическое пособие к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов по теме, ситуационных задач.

VI.2. ТСО: негатоскоп, электрокардиограф, эхокардиограф, ПК, CD — плеер, мультимедийные проекторы и др.

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Ниже даны образцы типовых тестовых заданий по теме занятия с инструкцией к выполнению и эталонами ответов. Весь набор тестов приводится в приложении.

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ):

1. СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) одышка
- 2) ритм галопа
- 3) набухание шейных вен
- 4) застойные хрипы в легких
- 5) сердечная астма

Эталон ответа: 3

VII.2. Разбор узловых вопросов темы

1. Современная концепция этиологии и патогенеза ХСН.
2. Современная классификация.
3. Клинические особенности различных стадий ХСН.
4. Современные методы диагностики и лечения.

Примерный перечень вопросов для собеседования:

1. Дайте определение ХСН.
2. Факторы риска развития ХСН.
3. Патогенез ХСН.
2. Классификация ХСН.
3. Клинические проявления ХСН.
4. Диагностические критерии ХСН.
5. Методы лабораторно-инструментальной диагностики ХСН.
6. Дифференциальная диагностика ХСН.
7. Охарактеризуйте осложнения ХСН.

8. Принципы лечения ХСН (характеристика немедикаментозных и медикаментозных методов лечения, показания и противопоказания).
9. Неотложная и экстренная помощь при осложнениях ХСН.
10. Профилактика ХСН.

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических навыков по данной теме

Методы физикального обследования больного ХСН по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и серологического анализов крови, ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки, ЭхоКГ при ХСН.

VII.4. Содержание самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Вр.в мин.	Цель и характер деятельности обучающихся
1	2	3	4
1.	Курация тематических больных с ХСН	40	Умение собрать анамнез, провести физикальное обследование
2.	Посещение с больными рентгенкабинета, кабинетов функциональной диагностики и лабораторий.	30	Участие в обследовании и лечении курируемых больных
3.	Анализ результатов дополнительных исследований больных. Оформление истории болезни курируемого больного	20	Установить по данным ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ, КТ, МРТ, Р-граммам диагноз ХСН Умение сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение
4.	Работа с компьютерными тренинговыми программами, мультимедийным атласом, аудио- и видеоматериалами	20	Закрепление знаний по теме, самопроверка уровня усвоения материала.

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХСН.

VIII.1. Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ХАРАКТЕРИСТИКА ХСН ПО СТАДИЯМ (ОПК–5, ПК–6)

1. I стадия	А. Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Умеренно выраженные нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения. Адаптивное remodelирование сердца и сосудов. Б. Выраженные признаки сердечной недостаточности в покое, тяжелые гемодинамические нарушения и в большом и в малом круге кровообращения. Деадаптивное remodelирование сердца и сосудов. В. Дистрофическая стадия с выраженными нарушениями гемодинамики, нарушением обмена веществ и необратимыми изменениями в структуре органов и тканей. Г. Скрытая сердечная недостаточность, проявляющаяся появлением одышки, сердцебиения и утомляемости только при физической нагрузке, в покое эти явления исчезают. Гемодинамика в покое не нарушена. Бессимптомная дисфункция левого желудочка (по данным Эхо КГ).
2. IIА стадия	
3. IIБ стадия	
4. III стадия	

Эталон ответа: 1Г, 2А, 3Б, 4В

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СВЯЗАННЫЕ С ПОЯВЛЕНИЕМ ЗАСТОЙНЫХ ЯВЛЕНИЙ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) олигурия

- 2) никтурия
- 3) тяжесть в области правого подреберья
- 4) отеки

Эталон ответа: 1,2,3,4

Образец типовой ситуационной задачи (ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7, ПК–5, ПК–6, ПК–8)

Больной К., 38 лет, инвалид II группы поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38–39⁰, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам.

В анамнезе — ревматическая лихорадка с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние 4 года усилилась одышка, появились отеки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Прием аспирина, бисептола, зинацефа был неэффективным.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отеки голеней. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На вершущке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на вершущке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба. ЧСС — 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный. ЧП — 80 в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Данные дополнительных исследований:

Общий анализ крови: RBC — $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb — 92 г/л, WBC — $15 \times 10^9/\text{л}$, э. — 2%, п. — 12%, с. — 64%, л. — 16%, м. — 6%, СОЭ — 54 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес — 1013, белок — 1,65%, Эр. — 25–40 в п/зр., цил. Гиалиновые — 6–7 в п/зр.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (ОПК–5, ПК–6).
2. Назовите возможные причины развития заболевания больного (ОПК–5, ПК–6).
3. Объясните причину появления у больного удушья по ночам (ОПК–5, ПК–6).
2. Назовите сосудистые признаки выявленного у больного аортального порока сердца (ОПК–5, ПК–6).
3. Физикальные данные, подтверждающие наличие у больного митрального порока сердца (ОПК–4, ПК–5).
4. Определите вид аритмии, имеющийся у больного (ОПК–4, ПК–5). Нарисуйте ЭКГ.
5. Охарактеризуйте термины deficit пульса и пульс differens (ОПК–5, ПК–6).
6. Неотложная помощь при сердечной астме (выписать рецепты) (ОПК–7, ПК–8).

Эталоны ответов:

1. Инфекционный эндокардит, III ст. активности, острое течение, вторичный (на фоне ревматического порока сердца). Недостаточность аортального клапана, диффузный нефрит, васкулит. Осл. Фибрилляция предсердий, тахисистолический вариант.
2. *Соп:* Ревматическая лихорадка, акт. фаза, акт. I, рецидивирующее течение, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза. ХСН II Б, ФК III. Анемия.

3. Инвазивные вмешательства, врожденные и ревматические пороки сердца, инфекционная флора, снижение реактивности организма.
4. Сердечная астма. Вследствие переполнения левого желудочка при ослаблении сократительной способности миокарда.
5. Бледность кожи, «пляска каротид», капиллярный пульс, характерное АД, двойной тон Траубе, шум Дюрозье.
6. Расширение границ сердца влево, вверх и вправо, диастолическое дрожание, систолический и диастолический шумы на верхушке.
7. Мерцательная аритмия.
8. Разность ЧСС и частоты пульса при мерцательной аритмии, ослабление пульса на левой руке при митральном стенозе (симптом Попова).
9. Сердечные гликозиды, мочегонные.

IX. Место проведения самоподготовки

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

X. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ХСН.
2. Составить реферативное сообщение по неотложной помощи при острой левожелудочковой недостаточности.
3. Составить реферативное сообщение о современных методах диагностики ХСН.
4. Анализ историй болезни больных ХСН в терапевтических отделениях клинической базы кафедры.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ «ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом (выбрать один наиболее правильный ответ):

1. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ВЕДЕТ К ПЕРЕГРУЗКЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) эмфиземе легких
- 2) поражении миокарда левого предсердия
- 3) легочной гипертензии «активного» типа
- 4) легочная гипертензии «пассивного» типа
- 5) сопутствующем поражении трехстворчатого клапана

2. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) ведение прессорных аминов
- 2) лазикс в/в
- 3) эуфиллин внутрь
- 4) анаприлин внутрь
- 5) ингаляция симпатомиметика

3. ДЛЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) бледность кожных покровов
- 2) ритм галопа
- 3) набухание шейных вен

- 4) застойные хрипы в легких
- 5) сердечная астма

4. В ОСНОВЕ ХСН ЛЕЖИТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) нарушение насосной функции сердца
- 2) гипертрофия левого желудочка
- 3) снижение АД
- 4) понижение давления в малом круге
- 5) снижение функции автоматизма сердца

5. ВЕДУЩИЕ ЭКСТРАКАДИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХСН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) почечный
- 2) симпатико–адреналовый ренин–ангиотензин–альдостероновый
- 3) кардиальный
- 4) «пассивной» легочной гипертензии
- 5) повышение выработки гормонов гипофиза

6. ОДИН ИЗ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) слабость в ногах отеки
- 2) желтуха
- 3) увеличение печени
- 4) цианоз
- 5) застойные явления в легких

7. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ СДВИГОВ ПРИ ХСН (ОПК–4, ПК–5)

- 1) электрокардиография
- 2) эхокардиография

- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) фонокардиография
- 5) зондирование полостей сердца

8. ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ПРИЗНАК ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) набухание шейных вен
- 2) асцит
- 3) увеличение печени
- 4) ортопноэ
- 5) отеки на ногах

9. ПРЕПАРАТ, НЕ ВЛИЯЮЩИЙ НА СНИЖЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) нитроглицерин
- 2) пентамин
- 3) дигоксин
- 4) лазикс
- 5) эуфиллин

10. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) ревматические пороки сердца
- 2) миокардиодистрофии
- 3) артериальная гипертензия
- 4) дилатационная кардиомиопатия
- 5) миокардиты

11. НАИБОЛЕЕ РАННИЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЗАСТОЯ ПРИ ХСН (ОПК–4, ПК–5)

- 1) перераспределение кровотока в пользу верхних долей и увеличе-

ние диаметра сосуда

- 2) интерстициальный отек легких с образованием линий Керли
- 3) альвеолярный отек в виде затемнения распространяющегося от корней легких
- 4) плевральный выпот, чаще справа
- 5) усиление сосудистого легочного рисунка

12. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН (ОПК–4, ПК–5)

- 1) электрокардиография
- 2) рентгеноскопия грудной клетки
- 3) фонокардиография
- 4) радиоизотопная кардиография
- 5) эхокардиография

13. ПРИ ОЦЕНКЕ ТИПА ИЛИ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИМЕНЕЕ НАДЕЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) боль в области сердца
- 2) цианоз
- 3) отеки
- 4) кровохарканье
- 5) увеличение печени

14. ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ХСН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) нарушение насосной функции сердца
- 2) гипертрофия левого желудочка
- 3) снижение АД
- 4) понижение давления в малом круге
- 5) снижение функции автоматизма сердца

15. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЕДЕТ К ПЕРЕГРУЗКЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) снижения коронарной перфузии
- 2) спазма легочных артериол
- 3) ретроградной передачи повышенного давления на сосуды малого круга
- 4) снижения периферического сопротивления
- 5) повышения легочного сопротивления

16. ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) отеки нижних конечностей
- 2) гипертензия в малом круге кровообращения
- 3) набухание шейных вен
- 4) незначительное повышение давления в легочных капиллярах
- 5) повышение конечного диастолического давления в правом желудочке

17. ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ В РАЗВИТИИ ХСН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) почечный
- 2) симпатико-адреналовый
- 3) кардиальный
- 4) «пассивной» легочной гипертензии
- 5) повышение выработки гормонов гипофиза

18. НАЗОВИТЕ ОДИН ИЗ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) одышка
- 2) отеки
- 3) увеличение печени

- 4) снижение диуреза
- 5) кашель с отделением мокроты

19. ОСНОВНОЙ ПУСКОВОЙ МЕХАНИЗМ ХСН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) тканевая гипоксия
- 2) снижение сократительной способности миокарда
- 3) гиперактивация симпато-адреналовой системы
- 4) спазм артериол
- 5) активация местных тканевых РАС

20. ПОД РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОНИМАЮТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) уменьшение полости левого желудочка.
- 2) изменение структуры и функции пораженного отдела сердца в результате фиброза
- 3) гипертрофия миокарда левого желудочка
- 4) усиление сократительной функции сердца
- 5) развитие некроза в сердечной мышце

21. МЕСТО ВЫРАБОТКИ ЭНДОТЕЛИНА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) почки
- 2) надпочечники
- 3) легкие
- 4) сосуды
- 5) сердце

22. ПРЕПАРАТ КОТОРЫЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К СЕРДЕЧНЫМ ГЛИКОЗИДАМ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) дигоксин
- 2) строфантин
- 3) изоланид

- 4) коргликон
- 5) альдактон

23. ГРУППА ПРЕПАРАТОВ КОТОРАЯ ВЫЗЫВАЕТ РАЗГРУЗКУ СЕРДЦА ЧЕРЕЗ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА ХСН (ОПК–7, ПК–8)

- 1) антагонисты кальция
- 2) диуретики
- 3) бета — блокаторы
- 4) ингибиторы АПФ
- 5) сердечные гликозиды

24. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КРОВИ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ХСН (ОПК–4, ПК–5)

- 1) тропонины
- 2) щелочная фосфатаза
- 3) мозговой натрийуретический пептид
- 4) креатинин
- 5) содержание калия

25. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ОПК–4, ПК–5)

- 1) стресс-эхокардиография
- 2) доплеровское исследование трансмитрального кровотока
- 3) электрокардиография
- 4) зондирование полостей сердца
- 5) коронароангиография

Тестовые задания на установление соответствия:

1. НАПРАВЛЕННОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ХСН (ОПК–7, ПК–8)

1. Удаление из организма избыточного количества воды и натрия	А. Строфантин, дигоксин Б. Гипотиазид, фуросемид В. Амiodарон Г. Триметазидин, панангин Д. Нитропруссид натрия
2. Увеличение сердечного выброса	
3. Снижение периферического сосудистого сопротивления	
4. Коррекция метаболических нарушений	
5. Лечение симптомных и жизнеугрожающих нарушений ритма	

2. ХАРАКТЕРИСТИКА ХСН ПО СТАДИЯМ (ОПК–5, ПК–6)

1. I стадия 2. ПА стадия 3. ПБ стадия 4. III стадия	А. Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Умеренно выраженные нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
	Б. Выраженные признаки сердечной недостаточности в покое, тяжелые гемодинамические нарушения и в большом и в малом круге кровообращения. Дезадаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
	В. Дистрофическая стадия с выраженными нарушениями гемодинамики, нарушением обмена веществ и необратимыми изменениями в структуре органов и тканей
	Г. Скрытая сердечная недостаточность, проявляющаяся появлением одышки, сердцебиения и утомляемости только при физической нагрузке, в покое эти явления исчезают. Гемодинамика в покое не нарушена. Бессимптомная дисфункция левого желудочка (по данным Эхо КГ).

3. ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА (ОПК–5, ПК–6)

1. Первичное поражение мышцы сердца	А. Слипчивый перикардит, рестриктивная кардиомиопатия
2. Вторичное поражение мышцы сердца	Б. Стенозы митрального, трехстворчатого клапанов, устья аорты и легочной артерии, гипертония малого или большого круга

	кровообращения
3. Перегрузка сердечной мышцы давлением	В. Недостаточность клапанов сердца, наличие внутрисердечных шунтов
4. Перегрузка сердечной мышцы объемом	Г. Миокардиты, дилатационная кардиомиопатия
5. Нарушение диастолического наполнения желудочка	Д. Кардиосклероз, гипо — или гипертензия, поражение сердца при системных заболеваниях соединительной ткани, токсико-аллергические поражения миокарда

4. ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ОПК–5, ПК–6)

1. Одышка	А. Застойные явления в почках
2. Кашель	Б. Застойные явления в печени
3. Тяжесть в правом подреберье	В. Нарушение кровообращения в малом круге
4. Артериальная гипертензия	Г. Замедление кровотока и усиление утилизации кислорода тканями
5. Цианоз	Д. Снижение сократительной функции миокарда

5. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАПРАВЛЕНА НА (ОПК–7, ПК–8)

1. Увеличение сердечного выброса	А. Строфантин, коргликон, дигоксин
2. Удаление из организма избыточного количества воды и натрия	Б. Гепарин, дабигатран, ривароксабан, апиксабан
3. Профилактика тромбоэмболических осложнений	В. Гидрохлортиазид, фуросемид, торасемид, этакриновая кислота, ацетазоламид
4. Ингибирование гиперактивности РААС	Г. Каптоприл, эналаприл, лизиноприл, валсартан, кандесартан
5. Улучшение процессов метаболизма и коррекция электролитных нарушений	Д. Триметазидин, панангин, аспаркам, хлорид калия

6. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИЖЕУКАЗАННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК–7, ПК–8)

1. Спиронолактон	А. Усиление систолы, удлинение диастолы, увеличение ударного объема, замедление ритма сердца
2. Каптоприл	

3. Гипотиазид	Б. Уменьшение реабсорбции ионов Na и Cl в проксимальной части извитых канальцев почек, в меньшей степени ионов K
4. Метопролол	
5. Дигоксин	В. Нивелирование гиперактивности симпатoadренальной системы, снижение ЧСС, уменьшение потребности миокарда в кислороде
	Г. Ингибирование фермента, превращающего ангиотензин I в прессорный ангиотензин II
	Д. Антагонист минералкортикоидных рецепторов

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЗАСТОЙНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ В МАЛОМ КРУГЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) одышка
- 2) кашель
- 3) цианоз
- 4) боли в области грудной клетки
- 5) отеки на ногах

2. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ВАЗОДИЛЯТАТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ НА ТОНУС АРТЕРИОЛ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) пролонгированные нитраты
- 2) корватон
- 3) каптоприл
- 4) апрессин
- 5) амлодипин

3. ПОКАЗАНИЕ К НАЗНАЧЕНИЮ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВАЗОДИЛЯТАТОРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ НА ТОНУС ВЕН И, СЛЕДОВАТЕЛЬНО, ОГРАНИЧИВАЮЩИХ ВЕНОЗНЫЙ ВОЗВРАТ КРОВИ К СЕРДЦУ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) артериальная гипертензия

- 2) перегрузка малого круга и низкий сердечный индекс (дилатационная, кардиомиопатия поздние стадии недостаточности митрального и аортального клапана)
- 3) резко выраженный митральный или аортальный стеноз
- 4) перегрузка малого круга кровообращения (при митральном стенозе), и сохраненная функция левого желудочка

4. ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ СН (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) нарушения электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния
- 2) тромбозы и эмболии, синдром диссеминированной внутрисосудистой коагуляции
- 3) расстройства ритма и проводимости
- 4) кардиальный цирроз печени с возможным развитием печеночной недостаточности

5. ПРИЧИНЫ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХСН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение остаточного систолического объема в левом желудочке
- 2) переполнение сосудов малого круга кровообращения
- 3) механизм Франка-Старлинга
- 4) недостаточность кровоснабжения почек с активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
- 5) нарушение диастолической функции левого желудочка

6. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЯВЛЕНИЕМ ЗАСТОЙНЫХ ЯВЛЕНИЙ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) олигурия
- 2) никтурия

- 3) тяжесть в области правого подреберья
- 4) отеки
- 5) приступы сердечной астмы

7. ПРЕПАРАТЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС (ОПК–7, ПК–8)

- 1) коринфар
- 2) строфантин
- 3) триампур
- 4) дигоксин
- 5) кандесартан

8. ОСНОВНЫЕ НАЧАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ХСН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) одышка
- 2) сердцебиение
- 3) повышенная утомляемость
- 4) боли в области сердца
- 5) тяжесть в ногах

9. ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение размеров сердца
- 2) ритм галопа
- 3) ритм перепела
- 4) маятникообразный ритм
- 5) снижение сердечного выброса

10. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРИ ХСН (ОПК–7, ПК–8)

- 1) ХСН на фоне синусовой брадикардии
- 2) ХСН III-IV ФК с ФВ<40%

- 3) ХСН с сохраненной ФВ
- 4) ХСН с частой желудочковой экстрасистолой
- 5) ХСН III-IV ФК в сочетании с фибрилляцией предсердий тахисистолической формы

11. ПРИЗНАКИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение печени
- 2) снижение венозного давления
- 3) замедление скорости кровотока
- 4) цианоз
- 5) отеки

12. Фуросемид оказывает следующие эффекты (ОПК–7, ПК–8)

- 1) обладает венодилатирующим свойством
- 2) увеличивает диурез
- 3) увеличивает калийурез
- 4) увеличивает натрийурез
- 5) уменьшает кальцийурез

13. Основные методы диагностики ХСН (ОПК–4, ПК–5)

- 1) электрокардиография
- 2) эхокардиография
- 3) исследование сосудов глазного дна
- 4) исследование уровня натрийуретических пептидов
- 5) доплеровское исследование сосудов шеи

14. Для хронической застойной СН характерны (ОПК–5, ПК–6)

- 1) постельный режим способствует увеличению диуреза
- 2) всегда сопровождается дилатацией желудочков сердца

- 3) в оценке легочного застоя рентгенологические признаки более чувствительны, чем физикальные
- 4) может протекать с высоким сердечным выбросом

15. КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИЕ ДИУРЕТИКИ ОКАЗЫВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) увеличивают диурез
- 2) увеличивают натрийурез
- 3) увеличивают уровень мочевой кислоты
- 4) вызывают метаболический алкалоз

16. ОСЛОЖНЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ИАПФ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) головная боль
- 2) артериальная гипертензия
- 3) расстройства ритма и проводимости
- 4) сухой кашель
- 5) артериальная гипотензия

17. ТРИАМТЕРЕН, КАК И ВЕРОШПИРОН, ОКАЗЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) повышает натрийурез
- 2) повышает диурез
- 3) уменьшает калийурез
- 4) увеличивает калийурез

18. ПО НЬЮ-ЙОРКСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО КЛАССА ХСН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) I класс
- 2) II класс

- 3) III класс
- 4) IV класс

19. ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) миокардит
- 2) инфаркт миокарда
- 3) системная красная волчанка
- 4) нейроциркуляторная дистония

20. ПУЛЬСУРЕЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХСН (ОПК–7, ПК–8)

- 1) лозартан
- 2) ивабрадин
- 3) дигоксин
- 4) спиронолактон
- 5) метопролол ЗОК

21. ПРЕПАРАТЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ СЕРДЦА (ОПК–7, ПК–8)

- 1) эналаприл
- 2) валсартан
- 3) гипотиазид
- 4) коргликон
- 5) дигоксин

22. СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У БОЛЬНЫХ С ХСН (ОПК–5, ПК–6)

- 1) быстрая умственная утомляемость
- 2) повышенная раздражительность
- 3) расстройство сна
- 4) судороги

23. ПРИЗНАКИ СКРЫТОЙ ЗАДЕРЖКИ ЖИДКОСТИ В ОРГАНИЗМЕ
(ОПК–5, ПК–6)

- 1) снижение диуреза
- 2) появление влажных хрипов в легких
- 3) быстрое увеличение массы тела
- 4) малая экскурсия грудной клетки

24. ПРИЗНАКИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) снижение фракции выброса левого желудочка
- 2) гипертрофия левого желудочка
- 3) увеличение конечного диастолического размера левого желудочка
- 4) увеличение размеров левого предсердия
- 5) увеличение ударного объема крови

25. ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХСН НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) очаговые и инфильтративные изменения в легких
- 2) увеличение размеров сердца
- 3) застойные явления в легких
- 4) выпот в плевральную полость
- 5) увеличение тени средостения

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Хроническая сердечная недостаточность»

Тестовые задания с одним правильным ответом

1) 5	6) 5	11) 5	16) 2	21) 4
2) 2	7) 2	12) 5	17) 3	22) 5
3) 3	8) 4	13) 1	18) 1	23) 4
4) 1	9) 3	14) 1	19) 2	24) 3
5) 2	10) 4	15) 3	20) 2	25) 2

Тестовые задания на установление соответствия

- | |
|--|
| 1) 1Б, 2А, 3Д, 4Г, 5В
2) 1Г, 2А, 3Б, 4В
3) 1Г, 2Д, 3Б, 4В, 5А
4) 1Д, 2В, 3Б, 4А, 5Г
5) 1А, 2В, 3Б, 4Г, 5Д
6) 1Д, 2Г, 3Б, 4В, 5А |
|--|

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами

1) 123	6) 1234	11) 145	16) 45	21) 45
2) 24	7) 24	12) 234	17) 123	22) 123
3) 24	8) 1235	13) 124	18) 3	23) 123
4) 1234	9) 125	14) 123	19) 12	24) 13
5) 134	10) 25	15) 12	20) 235	25) 234

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

I. Тема и ее актуальность

Хронический гастрит (ХГ) — хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка. ХГ — широко распространенное заболевание среди хронических болезней органов пищеварения. Примерно 50% трудоспособного населения развитых стран страдает ХГ.

II. Учебные цели

- изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХГ, овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения ХГ, проведения дифференциального диагноза между различными вариантами ХГ;
- оказание неотложной и экстренной медицинской помощи при urgentных состояниях у больных ХГ;
- формирование общепрофессиональных ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7 и профессиональных компетенций ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11.

II.1 Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать

- современную этиологию и патогенез ХГ;
- классификацию ХГ Сиднейская система (1990, 1994);
- клинические симптомы ХГ;
- показатели дополнительных методов исследований (фиброгастродуоденоскопии внутрижелудочной РН–метрии,

морфологической диагностики, рентгенологического исследования желудка, исследование НР-инфекции);

- принципы лечения и профилактики ХГ, терапевтические дозы препаратов.

II.2. Обучающийся должен уметь

- собрать анамнез у больного ХГ, выявить характерные жалобы, указывающие на поражение желудочно-кишечного тракта (болевой синдром, синдром желудочной диспепсии);
- провести общий осмотр больного и физикальное обследование органов желудочно-кишечного тракта (пальпацию, перкуссию, аускультацию);
- определить изменения состояния других внутренних органов и систем организма (наличие анемии, гиповитаминозов, кишечной диспепсии и др.);
- сформулировать диагноз в соответствии с Сиднейской системой (1990, 1994) и МКБ-10;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз различных форм ХГ с другими заболеваниями желудка (язвенная болезнь, рак желудка);
- назначить лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при urgentных состояниях у больных ХГ;
- назначить санаторно-курортное лечение;
- определить меры первичной и вторичной профилактики.

II.3. Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования больных ХГ (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ХГ (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современной классификации (ОПК–5, ПК–6);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХГ (ОПК–7, ПК–8);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК–4, ПК–5).

III. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

III.1. Исходные базисные знания и умения

Дисциплины	Содержание знаний
Патофизиология	Механизм регуляции желудочной секреции и моторной функции желудка, виды их нарушений при ХГ.
Патанатомия	Морфологические особенности гастритов разных типов. Роль ХГ в развитии рака желудка
Пропедевтика внутренних болезней	Симптомы ХГ. Методы физикального и лабораторно-инструментального исследования больных ХГ.
Фармакология	Механизм действия холинолитиков, спазмолитиков, антацидов, противомикробных (НР) средств

III.2. Вопросы для самоподготовки:

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Как определить понятие «хронический гастрит»?	1. Написать схему патогенеза ХГ
2. Какова современная классификация ХГ?	2. Написать нормальные показатели секреторной и кислотообразующей функции желудка.
3. Какие типы ХГ выделяют?	3. Написать классификацию ХГ.
4. Чем характеризуется ХГ атрофический аутоиммунный?	4. Написать в виде рецептов следующие группы лекарственных препаратов для лечения ХГ: омепразол, ранитидин, фамотидин, сукральфат, ацидин-пепсин, натуральный желудочный сок, плантаглоцид, никотинамид, витамин В ₁₂ , ретаболил, де-нол, трихопол, кларитромицин, амоксициллин, алмагель, церукал, домперидон.
5. Какова характеристика ХГ, ассоциированного с НР?	
6. Что характеризует ХГ химикотоксический индуцированный?	
7. Какие основные клинические синдромы наблюдаются при ХГ?	
8. Чем характеризуется болевой синдром при разных типах ХГ?	
9. Что понимают под желудочной диспепсией. Каковы её особенности при разных типах ХГ?	
10. Какие изменения общего состояния и со стороны других внутренних органов наблюдаются при ХГ?	
11. Каковы объективные симптомы ХГ?	
12. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования используются при диагностике ХГ?	
13. Что входит в понятие «эрозия слизистой желудка» и «эрозивный гастрит»?	
14. Каковы основные принципы терапии ХГ?	
15. Какие особенности терапии эрозивного гастрита?	

III. 3. Дополнительный учебный материал

Классификация хронического гастрита «Сиднейская система»

(IX Международный конгресс гастроэнтерологов, Австралия, 1990)

По этиологии:

- Ассоциированный с НР-инфекцией (ХГ типа В).
- Аутоиммунный (ХГ типа А).
- Химически обусловленный, в том числе приемом лекарственных средств или дуоденогастральным рефлюксом желчи (реактивный рефлюкс — гастрит) (ХГ типа С).
- Идиопатический (неустановленной этиологии).
- Особые формы гастрита (гранулематозный, эозинофильный, лимфоцитарный, гиперпластический).

По топографии:

- Пангастрит (распространенный).
- Гастрит антрума (антральный).
- Гастрит тела желудка (фундальный).

По выраженности морфологических изменений и обсемененности НР:

- Легкой степени
- Умеренной
- Тяжелой

Примечание:

1. При эндоскопии и изучении биопсийного материала слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка (не менее 5 биоптатов) выявляются наличие и степень выраженности воспаления, активности, атрофии, кишечной метаплазии, обсемененности НР. Для унификации гистологических заключений предложена визуально-аналоговая шкала, применение которой значительно снижает субъективность оценки морфологических изменений. Отмечают наличие гиперплазии, эрозий, геморрагии, дуоденогастрального рефлюкса и др.

2. При цитологическом и гистологическом исследовании обсемененности слизистой оболочки желудка НР выявляется до 20 микробных тел в поле зрения при слабой обсемененности, до 50 — при средней и более 50 — при высокой.
3. По морфологическим признакам выделяют эндоскопические категории гастритов: эритематозный/экссудативный (поверхностный), с эрозиями, атрофический, геморрагический, гиперпластический, рефлюкс-гастрит.
4. Буквенные обозначения основных форм хронического гастрита (типы А, В, С) содержит уже устаревшая классификация ХГ рабочей группы немецкого общества патологов (1989), предшествующая Сиднейской системе.

Хьюстонская модификация «Сиднейской системы» (США, Хьюстон, 1994)

По этиологии:

ХГ микробный: *H. pylori* и др.

ХГ немикробный:

- Аутоиммунный.
- Алкогольный.
- Пострезекционный.
- Обусловленный воздействием НПВС.
- Обусловленный воздействием химических факторов.

ХГ идиопатический (обусловленный неизвестными факторами).

По морфологическому типу:

Неатрофический (гиперсекреторный, тип В, поверхностный, диффузный, антральный, фолликулярный)

Атрофический (тип А, диффузный тела желудка, ассоциированный с В₁₂ — дефицитной анемией и мультифокальный — с множественными очагами атрофии)

Особые формы:

- Химический (реактивный) гастрит, тип С.
- Радиационный (при лучевых поражениях).
- Лимфоцитарный (ассоциированный с целиакией и др.).
- Гигантский, гипертрофический, болезнь Менетрие.
- Гранулематозный (болезнь Крона, саркоидоз и др.).
- Эозинофильный (при пищевой и другой аллергии).

По локализации:

- Антральный гастрит.
- Гастрит тела желудка.
- Пангастрит.

Примечание: в Сиднейской и Хьюстонской классификациях ХГ отсутствует практически важный раздел о состоянии секреторной функции желудка, традиционно входивший во все отечественные классификации ХГ (С.М. Рысс, 1975). Зондовое «слепое» желудочное зондирование в настоящее время не входит в стандарт обследования при гастритах. О секреторной функции желудка судят по результатам интрагастральной *pH*-метрии, которую проводят при ФГС.

Эрадикационная терапия при ХГ, ассоциированном с *H. pylori* С целью эрадикации НР согласно консенсусу «Маастрихт-3» используются тройные и квадрo-схемы, включающие антисекреторные препараты, антибактериальные средства, препараты растворимого висмута (де-нол), рассчитанные на 7–14 дневный курс приема.

Эрадикационная терапия назначается при подтверждении *НР* инфекции двумя методами, например:

- гистологический + уреазный;
- гистологический + ИФА.

Схемы эрадикации.

Терапия I линии (от 10 до 14 дней):

- **Омепразол** по 20 мг 2 р/сутки + **амоксциллин** по 1 г 2р/сутки +
- **Кларитромицин** по 500 мг 2 р /сутки.
- **Эффективность эрадикации в 70–80%.**

Контроль эффективности эрадикации проводят через 4–6 недели двумя методами.

При сохранении *НР* назначается квадро-схема.

Терапия II линии (квадро-схема) (от 10 до 14 дней):

- **Омепразол** по 20 мг 2 р/сутки + **де-нол** по 120 мг 4 р /сутки + **метронидазол** по 500 мг 3 р /сутки + **тетрациклин** 500 мг 4 р/сутки **или**
- **Омепразол** по 20 мг 2 р/сутки + **де-нол** по 120 мг 4 р /сутки + **амоксциллин** по 1 г 2р/сутки + **кларитромицин** по 500 мг 2 р /сутки.
- **Эффективность эрадикации в 98%.**

IV. Вид занятия: практическое занятие.

V. Продолжительность занятия: 4 часа

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал таблицы, схемы, анализы крови, учебно–методическое пособие к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов по теме, ситуационных задач.

VI.2. ТСО (компьютер, негатоскоп, мультимедийный проектор).

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Ниже даны образцы тестовых заданий по теме занятия с инструкцией к выполнению и эталонами ответов. Весь набор тестов приводится в приложении.

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ):

1. ДЛЯ ПРЕПАРАТА АЛЬМАГЕЛЬ ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) блокатор H_2 — гистаминорецепторов
- 2) холинолитик общего действия
- 3) холинолитик местного действия
- 4) антацид
- 5) миотоник

Эталон ответа: 4

VII.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов темы занятия

Собеседование по актуальным вопросам этиологии, патогенеза ХГ, современной классификации, роли НР, клинических проявлений заболевания, лабораторно-инструментальных методов исследований при ХГ, современного лечения.

Примерный перечень вопросов для собеседования:

1. Дайте определение ХГ.
2. Факторы риска развития ХГ.
3. Патогенез ХГ.
4. Классификация ХГ.
5. Патоморфологические изменения желудка при ХГ.
6. Клинические проявления ХГ с учетом формы, степени тяжести и этиологии болезни.
7. Методы лабораторно-инструментальной диагностики ХГ.

8. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику ХГ?
9. Охарактеризуйте осложнения ХГ.
10. Принципы лечения ХГ (характеристика основных групп лекарственных препаратов, показания и противопоказания).
11. Неотложная и экстренная помощь при осложнениях ХГ.
12. Профилактика ХГ.

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного ХГ по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего и биохимического анализов крови, желудочной РН—метрии, рентгеноскопии желудка, ФГДС при ХГ.

VII.4. Самостоятельная аудиторная работа обучающихся под контролем преподавателя

№ п/п	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Вр. в мин.	Цель и характер деятельности обучающихся
1	2	3	4
1	Курация тематических больных с ХГ	40	Умение собрать анамнез, провести физикальное обследование
2	Посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов и лабораторий.	30	Участие в обследовании и лечении курируемых больных
3	Анализ результатов дополнительных исследований больных	20	Умение интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований (анализов крови, желудочной РН—метрии, рентгеноскопии желудка, ФГДС)
4	Оформление карты курации больного	20	Умение сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

VIII.1. Контроль уровня освоения практических навыков по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХГ.

VIII.2. Контроль конечного уровня знаний по учебной теме путем решения тестовых заданий и ситуационных задач

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ ОСОБЫЕ РЕДКИЕ ФОРМЫ ХГ (ОПК–5, ПК–6)

1. Ригидный	А. Гипертрофия и гиперплазия слизистой и ее железистого аппарата с увеличением слизиобразующих и уменьшением числа пищеварительных клеток
2. Гипертрофический гигантский (болезнь Менетрие)	Б. Ригидность стенки желудка, деформация антрального отдела, перигастрит, частая малигнизация.
3. Полипозный	В. Клиника ХГ с секреторной недостаточностью. R–логические дефекты наполнения в антральном отделе желудка.
4. Геморрагический	Г. Непереносимость ряда пищевых и лекарственных веществ
5. Эозинофильный	Д. Склонность к желудочным кровотечениям вследствие развития эрозий или повышения проницаемости сосудов слизистой

Эталон ответа: 1Б, 2А, 3В, 4Д, 5Г

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) исследование желудочной секреции
- 2) гастроскопия
- 3) выявление антител к обкладочным клеткам
- 4) выявление хеликобактерий

Эталон ответа: 1, 2, 3

Ситуационная задача.

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40–50 минут после еды, тошноту.

В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1–2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение — в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 70 уд. в мин., АД — 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилорoduоденальной зоне. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

При фиброгастродуоденоскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный от-

дел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы к задаче:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз (ОПК–5, ПК–6).
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз (ОПК–5, ПК–6).
3. Составьте план дополнительного обследования пациента (ОПК–5, ПК–6)
4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор (ОПК–7, ПК–8)
5. Дайте рекомендации по санаторно–курортному лечению (ОПК–7, ПК–8)
6. Определите прогноз (ОПК–5, ПК–6)

Эталоны ответов к задаче:

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, средней степени тяжести, фаза обострения. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.
2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтвержденных гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, *pH*-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.
4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.
5. Санаторно-курортное лечение «Красноусольский», «Ессентуки», «Железноводск».
6. При нечастых обострениях прогноз удовлетворительный. Он значительно ухудшается при частых обострениях с признаками активности воспалительного процесса, выраженном болевом синдроме.

IX. Место проведения самоподготовки

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, компьютерный класс.

X. Учебно-исследовательская работа

обучающихся по данной теме

1. Составить реферативное сообщение о международной классификации гастритов «Сиднейская система» (1990, 1994).
2. Составить реферативное сообщение о лечении различных типов хронических гастритов.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ»
С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один правильный ответ):

**1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЕТ H-2
ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ (ОПК–7, ПК–8)**

- 1) димедрол
- 2) метацин
- 3) альмагель
- 4) атропин
- 5) фамотидин

**2. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ГЛАВНЫХ КЛЕТОК ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА
КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА (ОПК–5, ПК–6)**

- 1) не изменяется
- 2) увеличивается на высоте секреции
- 3) увеличена постоянно
- 4) снижена постоянно
- 5) в некоторых случаях — увеличивается, в некоторых — снижается

**3. ПОЛНОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ЖЕЛУДКА ПРИ ХГ МОЖНО ДОСТИЧЬ (ОПК–7, ПК–8)**

- 1) лечением антацидными препаратами
- 2) соблюдением соответствующей диеты
- 3) приемом соляной кислоты во время еды
- 4) приемом холинолитических препаратов

5) ни одним из перечисленных средств

4. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) синдром кишечной диспепсии
- 2) повышение содержания амилазы в крови
- 3) развитие язвенной болезни 12 — перстной кишки
- 4) синдром ацидизма
- 5) все перечисленное верно

5. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) атропин
- 2) натуральный желудочный сок
- 3) альмагель
- 4) фамотидин
- 5) гистамин

6. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА СПРАВЕДЛИВЫ СЛЕДУЮЩИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) необходима коррекция желудочной секреции
- 2) диагноз будет достоверен после проведения рентгенологического исследования
- 3) хронический панкреатит развивается в 90% случаев
- 4) отмечается сезонность обострений
- 5) в качестве стимуляции секреции используется бензогексоний

7. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СНИЖЕНИИ СЕКРЕТОРНО-КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) хронический антрум — гастрит
- 2) хронический гипертрофический гастрит
- 3) синдром Золлингера — Эллисона
- 4) хронический атрофический гастрит

8. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ НАЗНАЧАЮТ БОЛЬНОМУ ХГ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) бетацид
- 2) панзинорм
- 3) ранитидин
- 4) преднизолон
- 5) натуральный желудочный сок

9. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ГЛАВНЫХ КЛЕТОК ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) не изменяется
- 2) увеличивается на высоте секреции
- 3) просто увеличивается
- 4) снижается

10. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХГ ТИПА А ДЛЯ УСИЛЕНИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) эглонил
- 2) солкосерил
- 3) пепсидил
- 4) эуфиллин

- 5) плантаглоцид

11. БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА ОЩУЩЕНИЕ ТЯЖЕСТИ В ЭПИГАТРИИ ПОСЛЕ ЕДЫ, НЕУСТОЙЧИВЫЙ СТУЛ, ОТРЫЖКУ ВОЗДУХОМ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ВЫЯВЛЕНА ГИСТАМИНРЕФРАКТЕРНАЯ АХИЛИЯ. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) общий клинический анализ крови
- 2) исследование внешней секреции поджелудочной железы
- 3) микроскопия кала
- 4) гастродуоденоскопия с последующей биопсией
- 5) рентгенологическое исследование желудка

12. ПРИ ХГ С РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В БИОПТАТЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБНАРУЖИВАЮТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) дистрофические изменения поверхностного эпителия
- 2) поражение желудочных желез без атрофии
- 3) атрофию желез желудка с явлениями кишечной метаплазии
- 4) все перечисленное верно
- 5) все перечисленное неверно

13. ПРИ ХГ СО СНИЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) блокаторы Н — 2 рецепторов гистамина
- 2) спазмолитические препараты
- 3) ферментные препараты
- 4) обволакивающие и вяжущие препараты
- 5) все перечисленное верно

14. ДЛЯ ХГ, АССОЦИИРОВАННОГО С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, СПРАВЕДЛИВЫ СЛЕДУЮЩИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) появление антител к обкладочным клеткам
- 2) появление антител к главным клеткам
- 3) появление антител к гастромукопротеину
- 4) появление антител к *Helicobacter pylori*
- 5) развитие В — 12 дефицитной анемии

15. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЕТ Н–2 ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) димедрол
- 2) метацин
- 3) альмагель
- 4) атропин
- 5) ранитидин

16. ДЛЯ ХГ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) синдром кишечной диспепсии
- 2) повышение содержания амилазы в крови
- 3) развитие язвенной болезни 12 — перстной кишки
- 4) синдром ацидизма
- 5) все перечисленное верно

17. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АУТОИММУННОМ ГАСТРИТЕ С ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) плантаглоцид
- 2) пентагастрин
- 3) панзинорм
- 4) трихопол

5) де – нол

18. К МИКРОБНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) *helicobacter pylori*
- 2) *gastrospillum hominis*
- 3) цитомегаловирус
- 4) вирус герпеса
- 5) все перечисленные

19. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) микробные
- 2) химические (желчь)
- 3) алкоголь
- 4) лекарственные препараты
- 5) все перечисленное

20. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) с язвенной болезнью желудка
- 2) с раком желудка
- 3) с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки
- 4) с хроническим холециститом
- 5) со всем перечисленным

21. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) анализ желудочного сока
- 2) рентгеноскопия желудка
- 3) гастроскопия

- 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка
- 5) 3 и 4

22. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ ПОКАЗАНЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) омепразол + ампициллин + кларитромицин
- 2) омепразол + тетрациклин + метронидазол + де-нол
- 3) ранитидин + ампициллин + метронидазол
- 4) альмагель + де-нол
- 5) верно 1 и 2

23. ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРИТОВ ПРОТИВОПОКАЗАНА (ОПК–7, ПК–8)

- 1) при ригидном антральном гастрите
- 2) при полипозе желудка
- 3) при геморрагическом гастрите
- 4) при эозинофильном гастрите
- 5) при всем перечисленном

24. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КРОМЕ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) хронического аутоиммунного атрофического гастрита
- 2) полипов желудка на широком основании
- 3) полипозного гастрита
- 4) эрозивного гастрита
- 5) ригидного антрального гастрита

25. К ОСОБЫМ ФОРМАМ ГАСТРИТОВ ОТНОСЯТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гранулематозные
- 2) эозинофильные
- 3) лимфоцитарные
- 4) реактивные
- 5) все перечисленные

Тестовые задания на установление соответствия:

1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИ ХГ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) боли в эпигастрии 2) изжога 3) отрыжка тухлым 4) анорексия 5) демпинг — синдром 6) запоры 7) в — 12 дефицитная анемия 8) отрыжка горечью	А) нарушение моторно — эвакуаторной функции желудка Б) гиперсекреция соляной кислоты В) секреторная недостаточность желудка Г) рефлюкс желчи Д) образование антител к внутреннему фактору Кастла
--	--

2. МЕХАНИЗМ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИ ХГ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) запоры с «овечьим» калом 2) горечь во рту 3) резкая слабость после приема богатой углеводами пищи 4) гастрогенная диарея 5) голодные, ночные, поздние после приема пищи боли в желудке 6) вздутие живота, урчание 7) неустойчивый стул	А) рефлюкс желчи Б) быстрая эвакуация пищи из желудка в связи с нарушением замыкательного рефлекса привратника В) гиперацидное состояние желудка Г) вторичная ферментативная недостаточность поджелудочной железы Д) воздействие кислотного содержимого на моторную функцию кишечника, гипертонус блуждающего нерва
---	---

3. ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛЬ НАЗНАЧЕНИЯ ПРИ ХГ ТИПА В СЛЕДУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ (ОПК–7, ПК–8)

1) трихопол 2) де-нол 3) платифиллин 4) алмагель 5) сукральфат 6) гастроцепин 7) солкосерил	А) антихолинергический эффект Б) обволакивающее действие В) антибактериальное действие на НР Г) антацидное средство Д) цитопротективное действие Е) улучшение репаративных процессов
---	---

4. ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛЬ НАЗНАЧЕНИЯ НИЖЕУКАЗАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХГ (ОПК–7, ПК–8)

1) пепсидил 2) вентер 3) мезим – форте 4) домперидон 5) метоклопрамид 6) витамин В–12 7) плантаглюцид	А) коррекция моторных нарушений желудка Б) коррекция нарушений обмена веществ В) заместительная терапия Г) коррекция нарушений пищеварения Д) противовоспалительная терапия
---	---

5. ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ ФОРМЫ ХГ (ОПК–5, ПК–6)

1) хронический гастрит А 2) хронический гастрит В 3) хронический рефлюкс-гастрит	А) высокая гастринемия Б) диффузная атрофия слизистой оболочки В) поражение антрального отдела желудка Г) обусловлен дуоденогастральным рефлюксом Д) развитие В–12 дефицитной анемии Е) очаговая атрофия слизистой
--	---

6. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИ ХГ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ (ОПК–5, ПК–6)

1) изжога 2) поздние, голодные боли в эпигастрии 3) В–12 дефицитная анемия. 4) ранние боли в эпигастрии после еды 5) анорексия 6) метеоризм, неустойчивость стула	А) образование антител к внутреннему фактору Кастла Б) раздражение пилородуоденальной зоны кислым желудочным содержимым В) регургитация кислого желудочного содержимого в пищевод Г) секреторная недостаточность желудка Д) растяжение измененной слизистой оболочки желудка
--	--

7. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ (ОПК–4, ПК–5)

1) антральный гастрит, антродуоденит 2) фундальный гастрит	А) боли возникают натощак или спустя 0,5–1,0 ч после еды, иногда ночью, уменьшаются после приема пищи Б) боли возникают после еды, локализованы в эпигастрии и области пупка, сопровождающиеся чувством тяжести, переполнения в эпигастрии, отрыжкой воздухом В) пальпаторно: болезненность в эпигастрии, пилоро-
---	---

	дуоденальной зоне Г) пальпаторно: разлитая болезненность в эпигастрии Д) связан с формированием аутоантител против париетальных клеток желудка. Е) характерна ассоциация с НР
--	--

8. КАКОМУ ТИПУ ГАСТРИТА СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ (ОПК–5, ПК–6)

1) гастрит А 2) гастрит В 3) гастрит С	А) экзогенноинфекционный (НР ассоциированный) Б) эндогенноаутоиммунный (образование АТ к обкладочным клеткам желудка) В) эндогенный (связанный с раздражением слизистой желудка содержимым из двенадцатиперстной кишки при его рефлюксе)
--	--

9. СОПОСТАВЬТЕ ФАКТОРЫ АГРЕССИИ И ЗАЩИТЫ ЖЕЛУДКА (ОПК–5, ПК–6)

1) факторы агрессии желудка 2) факторы защиты желудка	А) соляная кислота Б) пепсин В) дуоденально-гастральный рефлюкс Г) желудочное слизеобразование Д) адекватная продукция бикарбонатов Е) активная регенерация поверхностного эпителия слизистой оболочки Ж) хорошее кровоснабжение слизистой оболочки желудка З) выработка простагландинов И) иммунная защита
--	---

10. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСВИЕ (ОПК–5, ПК–6)

1) неатрофический, НР ассоциированный 2) атрофический, аутоиммунный 3) особые формы	А) тип А Б) тип В В) тип С Г) лимфоцитарный Е) гранулематозный Ж) эозинофильный
---	--

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. ИССЛЕДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) исследования желудочной секреции
- 2) рентгенологические исследование
- 3) фиброгастроскопия
- 4) антитела к обкладочным клеткам
- 5) выявление хеликобактерий

2. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХГ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) лейкоцитоз
- 2) лихорадка
- 3) тошнота, рвота съеденным
- 4) «голодные» боли
- 5) изжога

3. ПРИ ХГ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) отрыжка тухлым
- 2) склонность к запорам
- 3) тошнота
- 4) кислый вкус во рту

4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ПАНГАСТРИТА ПОКАЗАНЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) H₂-гистаминоблокаторы
- 2) рациональная диета — легко перевариваемые и усваиваемые продукты
- 3) заместительная терапия соляной кислотой
- 4) антибактериальные препараты

- 5) плантаглюцид

5. ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ РАЗВИТИЕ ЭРОЗИВНОГО ГАСТРИТА (ОПК–7, ПК–8)

- 1) индометацин
- 2) гастрोцепин
- 3) преднизолон
- 4) метопролол

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) в — 12 — дефицитная анемия
- 2) рак желудка
- 3) полная ахлоргидрия
- 4) язвенная болезнь желудка и 12 – перстной кишки

7. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИНФИЦИРОВАНИЕМ НР (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гастрит типа А
- 2) гастрит типа В
- 3) язвенная болезнь желудка
- 4) язвенная болезнь 12-ти перстной кишки
- 5) рефлюкс — эзофагит

8. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) тошнота рвота съеденным
- 2) «голодные» боли
- 3) изжога
- 4) лихорадка
- 5) лейкоцитоз

9. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ХГ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) рентгеноскопия
- 2) фиброгастроскопия с биопсией
- 3) интрагастральная РН — метрия
- 4) компьютерная томография

10. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АУТОИМУННОМ ГАСТРИТЕ А НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гипoaцидность
- 2) в — 12 дефицитная анемия
- 3) рак желудка
- 4) поражение преимущественно фундального отдела желудка

11. В ЭТИОЛОГИИ ХГ ТИПА В ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) аутоиммунные процессы
- 2) рефлюкс дуоденального содержимого
- 3) употребление острой пищи алкоголя профессиональные вредности
- 4) *helicobacter Pylori*

12. ХРОНИЧЕСКИЙ ХЕЛИКОБАКТЕРНЫЙ ГАСТРИТ В ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) очаговой атрофией слизистой оболочки желудка
- 2) в — 12 дефицитной анемией
- 3) специфическими антителами к *Helicobacter Pylori*
- 4) отсутствием антител к париетальным клеткам желудка

13. ФАКТОРЫ, СНИЖАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) неполное выполнение больными предписаний врача

- 2) большая тяжесть воспалительного процесса в гастродуоденальной слизистой оболочке
- 3) пожилой возраст больного
- 4) курение

14. ТЕСТЫ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) цитологический
- 2) иммунологический
- 3) уреазный
- 4) микробиологический

15. ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) платифилин
- 2) ранитидин
- 3) альмагель
- 4) церукал

16. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) лейкоцитоз
- 2) лихорадка
- 3) тошнота рвота съеденной пищей
- 4) «голодные» боли
- 5) изжога

17. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКИЙ АТОИММУННЫЙ ГАСТРИТ А (ОПК–5, ПК–6)

- 1) поражение фундального отдела желудка
- 2) ахлоргидрия

- 3) гипергастринемия
- 4) обсеменение слизистой оболочки желудка хеликобактериями
- 5) антитела к париетальным клеткам

18. В КАКОЕ ВРЕМЯ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ БЛОКАТОРЫ H-2 РЕЦЕПТОРОВ ГИСТАМИНА (ОПК–7, ПК–8)

- 1) через 1–2 часа после еды
- 2) во время еды
- 3) преимущественно на ночь
- 4) за 1 час до еды
- 5) все перечисленное неверно

19. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, НЕ ОТНОСИТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) анализ желудочного сока
- 2) рентгенография желудка
- 3) гастроскопия
- 4) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка
- 5) дуоденальное зондирование

20. О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) лимфоцитами
- 2) плазматическими клетками
- 3) лейкоцитами
- 4) эозинофилами
- 5) макрофагами

21. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СТИМУЛИРУЕТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гастрин

- 2) секретин
- 3) холецистокинин
- 4) соматостатин
- 5) серотонин

22. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РЕКОМЕНДУЮТ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) фестал
- 2) баралгин
- 3) бисептол
- 4) викалин
- 5) омепразол

23. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А ПОКАЗАНЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) антациды
- 2) м-холинолитики
- 3) заместительная терапия соляной кислотой ферментами
- 4) антибактериальная терапия
- 5) диетическое питание

24. ДЛЯ ГАСТРИТА ТИПА А ХАРАКТЕРНО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) преимущественное поражение антрального отдела желудка
- 2) преимущественное поражение тела желудка
- 3) клиническая картина аналогична язвенной болезни
- 4) гиперпродукция соляной кислоты
- 5) нормо- или гипоацидность

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Хронический гастрит»

Тестовые задания с одним правильным ответом:

1) 5	6) 1	11) 4	16) 4	21) 5
2) 1	7) 4	12) 3	17) 4	22) 5
3) 5	8) 3	13) 1	18) 1	23) 5
4) 4	9) 1	14) 4	19) 5	24) 1
5) 2	10) 2	15) 5	20) 5	25) 5

Тестовые задания на установление соответствия:

1) 1А, 2Б, 3В, 4В, 5АВ, 6Б, 7ВД, 8Г	6) 1В, 2Б, 3А, 4Д, 5Г, 6Г
2) 1Д, 2А, 3Б, 4Б, 5В, 6Г	7) 1А,В,Е, 2Б,Г,Д
3) 1В, 2ВД, 3А, 4Б, 5Д, 6А, 7Е	8) 1Б, 2А, 3В
4) 1В, 2Д, 3Г, 4Б, 5А, 6Б, 7Д	9) 1А,Б,В, 2Г,Д,Е,Ж,З,И
5) 1АБД, 2ВЕ, 3Г	10) 1Б, 2А, 3В,Г,Е,Ж

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами

1) 123	6) 13	11) 4	16) 345	21) 1
2) 345	7) 234	12) 134	17) 1235	22) 1
3) 13	8) 123	13) 1234	18) 3	23) 35
4) 2345	9) 123	14) 13	19) 5	24) 25
5) 13	10) 124	15) 12	20) 3	

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

I. Тема и ее актуальность

Язвенная болезнь (ЯБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушения регулирующих нервных и гормональных механизмов и расстройств желудочного пищеварения образуется пептическая язва в желудке или 12-ти перстной кишке. ЯБ желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки (12ПК) является одной из центральных проблем современной гастроэнтерологии. Это обусловлено широким распространением ЯБ, не проявляющим тенденции к снижению, хроническим рецидивирующим течением заболевания с длительной потерей трудоспособности, склонностью к развитию тяжёлых осложнений, нередко угрожающих жизни больного.

II. Учебные цели

- изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ЯБ;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики и лечения ЯБ;
- оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях ЯБ, формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7, ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11.

II.1 Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать

- анатомо–физиологические особенности строения желудка и 12ПК;
- этиологию, патогенез и меры профилактики ЯБЖ и 12ПК;
- современную классификацию ЯБЖ и 12ПК;

- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения ЯБЖ и 12ПК у различных возрастных групп;
- современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных;
- критерии диагноза ЯБЖ и 12ПК;
- методы лечения ЯБЖ и 12ПК, рациональный выбор конкретных лекарственных средств;
- неотложная и экстренная медицинская помощь при осложнениях ЯБЖ и 12ПК.

II.2. Обучающийся должен уметь

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация), провести первичное обследование органов и систем у больного ЯБ;
- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата у больного с ЯБ;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления ЯБ;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;
- обосновать клинический диагноз по данным анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального исследований;
- составить алгоритм дифференциальной диагностики ЯБ;
- разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее лечения;

- сформулировать показания к избранному методу лечения, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений ЯБ;
- использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики.

II.3. Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования больных с ЯБ (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современной классификации (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК–5, ПК–6);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ЯБ (ОПК–7, ПК–8);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях при ЯБ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК–4, ПК–5).

III. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

III.1. Исходные базисные знания и умения:

Дисциплины	Содержание знаний
Патофизиология:	Патогенетическое обоснование роли эмоционального стресса в формировании ЯБ желудка и 12-ти перстной кишки.
Патанатомия	Патологоанатомическая картина ЯБ. Стадии морфогенеза.
Микробиология	Роль НР в этиопатогенезе ЯБ.
Пропедевтика внутренних болезней	Семиотика поражения желудка и 12-ти перстной кишки, лабораторно-инструментальные исследования. Умения собрать анамнез у больного ЯБ, выявить болезненные точки, оценить результаты лабораторных исследований, фиброгастродуоденоскопии, рентгенографии, исследования желудочного содержимого.
Фармакология:	Знание механизма действия препаратов, применяемых для лечения ЯБ. Умение выписывать рецепты на препараты для лечения ЯБ, патогенетически обоснованные с учётом показаний и противопоказаний.

III.2. Вопросы для самоподготовки:

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Этиология и патогенез развития ЯБ.	1. Нарисовать строение стенки желудка и 12ПК.
2. Факторы риска развития ЯБ и рака желудка.	
3. Классификация ЯБ	
4 Клиническая картина ЯБ	
5. Лабораторные данные, показатели анализа крови и мочи, копроцитограмм, рентгеноскопии желудка и 12ПК, УЗИ органов брюшной полости, гистологических исследований желудка, фракционного зондирования, РН-метрии желудка.	2. Написать патогенез ЯБ.
6. Дифференциальный диагноз.	

7. Принципы лечения ЯБ.	3. Написать в виде рецептов основные препараты для антисекреторной и эрадикационной терапии.
8. Санаторно–курортное лечение пациентов после перенесенной ЯБ желудка и ДПК	Назвать основные республиканские и российские санатории и курорты для лечения больных с ЯБ желудка и 12ПК
9. Профилактика ЯБ.	4. Написать схемы эрадикационной терапии ЯБ.

III. 3 Дополнительный учебный материал

Классификация язвенной болезни (Ф. И. Комаров, 1992)

Общая характеристика болезни:

- Язвенная болезнь желудка.
- Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- Язвенная болезнь неуточненной локализации.
- Пептическая гастроэюнальная язва после резекции желудка.

Клиническая форма:

- Острая или впервые выявленная.
- Хроническая.

Течение:

- Латентное.
- Легкое или редко рецидивирующее.
- Средней тяжести.

Фаза:

- Обострение.
- Затухающее обострение.

Морфологическая характеристика:

- Виды язвы: острая, хроническая.
- Размеры: небольшая (менее 0,5 см); средняя (0,5–1 см); крупная (1,1–3 см); гигантская (более 3 см).

Стадии развития язвы:

- активная;
- рубцующаяся;
- стадия «красного» рубца;
- стадия «белого» рубца;
- длительно не рубцующаяся.

Локализация язвы:

- желудок (кардия, субкардиальный отдел, тело желудка, антральный отдел;
- пилорический канал, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна;
- большая кривизна) двенадцатиперстная кишка (луковица, постбульбарная;
- часть, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна).

Наличие осложнений:

- Осложненная.
- Неосложненная.

Осложнения:

- Кровотечения
- Перфорация
- Пенетрация
- Стеноз привратника
- Малигнизация
- Перивисцериты

IV. Вид занятия: практическое занятие

V. Продолжительность занятия: 8 часов (2 занятия по часа)

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал видеофильмы, учебно–методическое пособие к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов по теме, ситуационных задач).

VI.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Ниже даны образцы тестовых заданий по теме занятия с инструкцией к выполнению и эталонами ответов. Весь набор тестов приводится в приложении.

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ):

1. К ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) группа крови 0
- 2) патологическая наследственность
- 3) курение
- 4) нервное перенапряжение в сочетании с дефектами питания
- 5) все перечисленные факторы

Эталон ответа: 5

**2. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ГЛАВНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА
КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА (ОПК–5, ПК–6)**

- 1) не изменяется
- 2) увеличивается на высоте секреции

- 3) увеличивается
- 4) снижается
- 5) в некоторых случаях увеличивается, в некоторых уменьшается

Эталон ответа: 1

3. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯБ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) рвота кофейной гущей
- 2) рвота к вечеру утренней пищей
- 3) похудание, нарастание анемии
- 4) интенсивные боли опоясывающего характера
- 5) мелена

Эталон ответа: 1

4. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ФАКТОРАМ ПРИ ЯБ ОТНОСЯТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) 0 группа крови
- 2) *BLA* — В-5 антиген
- 3) снижение активности α -1 антитрипсина
- 4) увеличение количества обкладочных клеток
- 5) все верно

Эталон ответа: 5

5. К ЭНДОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАКУ ЖЕЛУДКА ОТНОСИТСЯ ВСЕ КРОМЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) язва желудка
- 2) дисплазия эпителия
- 3) болезнь Менетрие
- 4) хронический аутоиммунный гастрит
- 5) хеликобактерная инфекция

Эталон ответа: 4

VII.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов темы занятия

Современные концепции этиологии, патогенеза ЯБ желудка и 12ПК, современная классификация, клинические особенности ЯБ желудка и 12ПК различной этиологии, современные методы диагностики и лечения.

Примерный перечень вопросов для собеседования:

1. Дайте определение ЯБ?
2. Каковы факторы риска развития ЯБ?
3. Патогенез ЯБ?
4. Что лежит в основе классификации ЯБ?
5. Каковы основные клинические проявления ЯБ?
6. Какова клиника сходных с ЯБ болезней?
7. Принципы лечения и профилактики, терапевтические дозы препаратов?
8. Меры первичной и вторичной профилактики ЯБ?

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного ЯБ по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и анализов крови, показатели копроцитограмм, дуоденограмм, рентгеноскопия желудка и ДПК УЗИ органов брюшной полости, гистологических исследований желудка, pH-метрии.

VII.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя

№	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Вр.в мин.	Цель и характер деятельности обучающихся
1.	Курация тематических больных с ЯБ	40	Умение собрать анамнез, провести физикальное обследование

2.	Посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов и лабораторий	30	Участие в обследовании и лечении курируемых больных
3.	Анализ результатов дополнительных исследований больных	20	Умение интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований (анализов крови, мочи, ФГДС)
4.	Оформление карты курации больного	20	Умение сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

VIII.1. Контроль уровня освоения практических навыков по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ЯБ.

VIII.2. Контроль конечного уровня знаний по учебной теме путем решения тестовых заданий и ситуационных задач

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ОПРЕДЕЛИТЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯБ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–5, ПК–6)

1. Повышенный аппетит.	А. Моторные расстройства желудка.
2. Рвота, приносящая облегчение больному.	Б. Регургитация желудочного содержимого в пищевод.
3. Изжога и кислая отрыжка.	В. Спастическая дискинезия толстой кишки на фоне ваготонии.
4. Боли в эпигастрии (голодные, ночные, поздние после еды).	Г. Нарушение эвакуаторной функции желудка из-за длительного спазма или воспалительного отека привратника.
	Д. Гиперацидное состояние.

5. Запоры.	
------------	--

Эталоны ответов: 1Д, 2Г, БД, 4АД, 5В.

2. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СЛЕДУЮЩИХ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК-5, ПК-6)

1. Солкосерил	А. Образует на поверхности язвенного дефекта защитную белково-висмутовую пленку
2. Фамотидин	Б. Обладает антибактериальной активностью в отношении НР
3. Де-нол	В. Блокатор H ₂ — рецепторов гистамина
4. Ранитидин	Г. Репарант
5. Трихопол	Д. Периферический М–холинолитик
6. Гастроцепин	
7. Гастрофарм	

Эталон ответа: 1Г, 2В, 3А, 4В, 5Б, 6Д, 7Г

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЯБ ЖЕЛУДКА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) симптом «ниши»
- 2) «Пальцевое» втяжение
- 3) задержка бария в желудке более 6 ч после приема
- 4) расширение полости желудка при пилоростенозе

Эталон ответа: 1,2,3,4

2. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ (ОПК-5, ПК-6)

- 1) симптом «ниши»
- 2) симптом «указующего перста»
- 3) конвергенция складок слизистой
- 4) наличие дефектов наполнения

Эталон ответа: 1,2,3

Ситуационная задача.

Больной К., студент, жалуется на боли в эпигастрии голодные и через 1,5–2 часа после приема пищи, иногда боли по ночам, тошноту, изжогу, купируемую приемом молока, повышенную утомляемость, раздражительность. Болен в течение 2 лет. В прошлом году дважды находился на стационарном лечении по поводу обострения данного заболевания. В последнее время боли усилились.

В анамнезе частые нарушения пищевого режима. *Объективно:* общее состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД — 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС — 72 в минуту, АД — 115/70 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен налетом белого цвета. При пальпации живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень не увеличена.

ФГДС — в антральном отделе желудка наблюдается отек слизистой оболочки, очаги гиперемии, единичные эрозии. Просвет луковицы двенадцатиперстной кишки деформирован за счет отечных, ригидных складок. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, с множеством белесоватых эрозий. По медиальной стенке луковицы двенадцатиперстной кишки определяется язва средней глубины, размерами 0,8х0,7 см. Края язвы отечны, подрывы. Дно язвы покрыто белым фибрином. Слизистая постбульбарного отдела очагово гиперемирована. БДС не увеличен.

Заключение: Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии. Поверхностный гастродуоденит.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз (ОПК–5, ПК–6).
2. Перечислите основные синдромы, имеющиеся у данного больного (ОПК–4, ПК–5).

3. Для какого типа желудочной секреции характерны подобные симптомы.
2. Как это подтвердить (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6):
 - Назовите основные этиологические факторы данного заболевания (ОПК–5, ПК–6).
 - Назовите методы исследования для определения *Helicobacter pylori* (ОПК–5, ПК–6).
 - Какие изменения на ФГДС характеризуют данное заболевание у пациента (ОПК–5, ПК–6).
 - Какой прогноз при данном заболевании (ОПК–5, ПК–6).
 - Напишите одну из схем эрадикационной терапии (ОПК–7, ПК–8).
 - Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению и профилактике обострений (ОПК–7, ПК–8)

Эталоны ответов к задаче:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки хроническая форма, рецидивирующее течение, обострение.
2. Болевой, диспептический, астеновегетативный, синдром вегетативной дисфункции.
3. Гиперсекреция. ФГС с рН-метрией.
4. Наследственная предрасположенность, психоэмоциональные и алиментарные факторы, хеликобактерная инфекция, вредные привычки, неконтролируемый прием НПВС, ГКС.
5. Инвазивные: быстрый уреазный тест (КЛО-тест), гистологическое исследование — «золотой стандарт»); неинвазивные: дыхательный, иммунологическое исследование (ИФА); иммуногистохимический-определение моноклональных антител к *H.pylori* в биоптате; молекулярно-генетический (ПЦР).
6. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, с множеством белесоватых эрозий. По медиальной стенке луковицы двенадцатиперстной кишки определяется язва средней глубины, раз-

мерами 0,8x0,7 см. Края язвы отечны, подрыты. Дно язвы покрыто белым фибрином.

7. Прогноз при условии своевременной диагностики и правильного лечения, соблюдения больным мер профилактики благоприятный.
8. Тройная стандартная-терапия первой линии: 1) ингибитор протонной помпы в стандартной дозе (омепразол 0,02 г или лансопразол 0,03г или рабепразол 0,02) 2 раза в день, 2) + клатитромицин 500мг 2 раза в день, 3) + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. Курс 7-10 дней.
9. При заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта — санатории: Арзни, Моршин, Пятигорск, Старая Русса, Кисловодск, Ижевские минводы, Красноусольск.

IX. Место проведения самоподготовки

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, компьютерный класс.

X. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ЯБ.
2. Составить реферативное сообщение по неотложной помощи при осложнениях ЯБ.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ
ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ «ЯЗВЕННАЯ
БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12–ПЕРСТНОЙ КИШКИ»
С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один правильный ответ):

**1. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯБ ЖЕЛУДКА И
РАКОМ ЖЕЛУДКА ЗНАЧИМА (ОПК–5, ПК–6)**

- 1) рентгеноскопия желудка
- 2) исследование желудочной секреции с гистамином
- 3) фиброгастроскопия с прицельной биопсией
- 4) реакция Грегерсена
- 5) цитологическое исследование промывных вод желудка.

**2. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ БЫВАЕТ В ПЕРИОДЕ
(ОПК–4, ПК–5)**

- 1) между 10 и 20 годами
- 2) между 20 и 30 годами
- 3) до 10-го года жизни
- 4) после 40 лет
- 5) во все периоды жизни

**3. КОГДА СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ ХОЛИНОЛИТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–7, ПК–8)**

- 1) через 30 минут после еды
- 2) через 1–2 часа после еды
- 3) за 30 мин. до еды

- 4) только на ночь
- 5) во время приема пищи

4. ПРОТИВОЯЗВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, БЛОКИРУЮЩИМ H-2 РЕЦЕПТОРЫ ГИСТАМИНА, ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) энпростил
- 2) даларгин
- 3) сукральфат
- 4) ранисан
- 5) гастрал

5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) рвота кофейной гущей
- 2) мелена
- 3) рвота к вечеру утренней пищей
- 4) похудание нарастание анемии
- 5) интенсивные боли опоясывающего характера

6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАКИХ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НИЖЕ В НЕСКОЛЬКО РАЗ У КУРЯЩИХ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) де-нол и сукральфат
- 2) блокаторы H-2 рецепторов гистамина
- 3) гастроцепин и другие м-холиноблокаторы
- 4) нерастворимые антациды
- 5) перитол

7. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯБ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) рвота кофейной гущей
- 2) рвота к вечеру утренней пищей

- 3) похудание, нарастание анемии
- 4) интенсивные боли опоясывающего характера
- 5) мелена

8. К ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) группа крови 0
- 2) патологическая наследственность
- 3) курение
- 4) нервное перенапряжение в сочетании с дефектами питания
- 5) все перечисленные факторы

9. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ГЛАВНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА КИСЛОТНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) не изменяется
- 2) увеличивается на высоте секреции
- 3) увеличивается
- 4) снижается
- 5) в некоторых случаях увеличивается, в некоторых уменьшается

10. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЕТ H₂-ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ (ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) димедрол
- 2) метацин
- 3) альмагель
- 4) атропин
- 5) фамотидин

11. ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ СОСТОЯНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЯБ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) повышение базальной и стимулированной секреции
- 2) снижение секреторной функции

- 3) секреция не изменяется
- 4) развивается полная ахлоргидрия
- 5) секреция снижается незначительно

12. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА ПЛЕСКА СПУСТЯ 5–6 Ч ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖИДКОСТИ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) о развитии перфорации желудка
- 2) о развитии желудочного кровотечения
- 3) об обострении хронического гастрита
- 4) о развитии стеноза привратника

13. КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) боли натощак
- 2) боли через 30 минут после еды
- 3) боли через 2,5 часа после еды
- 4) боли справа в эпигастрии
- 5) изжога кислая отрыжка

14. ДЛЯ ПРЕПАРАТА РАНИТИДИН ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) блокатор H₂-гистаминорецепторов
- 2) холинолитик общего действия
- 3) холинолитик местного действия
- 4) антацид
- 5) миотоник

15. САМЫМ НАДЕЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ЯБ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) рентгенологическое

- 2) кала на скрытую кровь
- 3) желудочной секреции
- 4) физикальное (перкуссия, пальпация)
- 5) эндоскопическое

16. ДЛЯ ПРЕПАРАТА АЛМАГЕЛЬ ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) блокатор H₂-гистаминорецепторов
- 2) холинолитик общего действия
- 3) антацид
- 4) холинолитик местного действия
- 5) миотоник

17. У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ПОЯВИЛИСЬ ПОЧТИ ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) стеноз привратника
- 2) пенетрация
- 3) малигнизация
- 4) перфорация
- 5) демпинг–синдром

18. КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ НАДЕЖЕН ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) рентгенологический
- 2) эндоскопический
- 3) кал на скрытую кровь
- 4) желудочный сок с гистамином
- 5) эндоскопия с биопсией

19. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯБ ЖЕЛУДКА, В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ, КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОГО (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) пенетрация
- 2) перфорация
- 3) кровотечение
- 4) стеноз привратника
- 5) малигнизация

20. К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ 1,5–2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НАТОЩАК, НА НАЛИЧИЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО УКАЗЫВАЕТ ЭТОТ СИМПТОМ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) хронический гастрит типа А
- 2) язвенная болезнь желудка
- 3) язвенная болезнь 12-перстной кишки
- 4) холецистит
- 5) панкреатит

21. ПРИ ЯБ12ПК, ОСЛОЖНЁННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ПРИМЕНЯЕТСЯ ДИЕТА (ОПК–7, ПК–8)

- 1) стол № 1а
- 2) стол № 4
- 3) стол № 5
- 4) стол № 8
- 5) Мейленграхта

22. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-ДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием

- 2) обзорный снимок брюшной полости
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) эзофагогастродуоденоскопия
- 5) колоноскопия

23. МЕТОД, НЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 2) рентгенологическое исследование желудка
- 3) пальпация
- 4) эндоскопическое исследование

24. ЭКСТРЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ТРЕБУЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) кровотечении из язвы
- 2) малигнизации
- 3) стенозе привратника
- 4) пенетрации язвы

25. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) повышение уровня диастазы
- 2) газ в виде серпа в правом подреберье
- 3) дегтеобразный стул
- 4) симптом Ортнера

Тестовые задания на установление соответствия:

1. ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

1) пенетрация в поджелудочную железу	А) мелена или рвота кофейной гущей
2) малигнизация	В) похудание, анемия, отвращение к мясной пище
3) перфорация	С) кинжальная боль в подложечной области, исчезновение печеночной тупости, доскообразное напряжение мышц живота
4) язвенное кровотечение	Д) упорные боли в спине или опоясывающиеся, не купирующиеся антацидами и спазмолитиками
5) перивисцериты	Е) постоянный, нарастающий характер боли, отсутствие зависимости от приема пищи и антацидов, связь болей с движением, переменой положения тела, субфебрильная температура, повышение СОЭ, СРБ

2. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–4, ПК–5)

1) медикаментозные гастродуодональные язвы	А) характеризуется кровотечением, вызванным разрывами слизистой оболочки кардиального отдела желудка
2) стрессовые эрозии и язвы	В) ulcerогенные аденомы (гастриномы) в различных отделах поджелудочной железы. Наблюдается резкая гиперплазия обкладочных клеток желудка, одиночные и множественные язвы желудка и 12-перстной кишки
3) синдром Золлинге-Элисона	С) возникают остро на фоне приема преднизолона, аспирина, индометацина
4) синдром Маллори-Вейса	Д) возникают остро, на фоне травмы ЦНС, инфаркта миокарда, перитонита. В основе — ишемия слизистой оболочки вследствие коллапса, шока, спазма сосудов
5) «гепатогенные» язвы	Е. Отличаются хроническим вялым течением на фоне пониженной кислотообразующей функции желудка, венозного полнокровия слизистой из-за портальной гипертензии, рефлюкса желчи при ДЖВП

4. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ БОЛЕВЫЕ СИМПТОМЫ (ОПК–4, ПК–5)

1) симптом Василенко 2) симптом Менделя 3) болевые точки Боаса 4) болевые точки Опенховского 5) болевая точка Гербста	А) локальная перкуторная болезненность передней брюшной стенки В) болезненность при надавливании поперечных отростков X, X1, X11 грудных позвонков (слева — при локализации язвы на малой кривизне, справа — в привратнике или 12-перстной кишке) С) шум плеска при толчковой перкуссии справа от средней линии живота. Отражает расширение препилорического отдела желудка (при пилоростенозе) Д) болезненность в области поперечных отростков III поясничного позвонка — при язве желудка Е) болезненность при надавливании или покачивании по остистым отросткам VI–XII — грудных позвонков (VI–VII — язва кардии, VI–X — тело желудка, X–XII — привратника или 12-перстной кишки)
---	---

5. МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА СЛЕДУЮЩИХ КУРОРТАХ (ОПК–7, ПК–8)

1) Железноводск 2) Боржоми 3) Ессентуки 4) Пятигорск 5) Джермук	А) терминальная кремнисто-гидрокарбонатно — сульфатно-натриевая вода В) углекислые гидрокарбонатно-натриево-кальциевые (Славяновские и Смирновские источники) С) углекислая гидрокарбонатно-натриевая вода Д) углекислая гидрокарбонатно-хлоридно-натриевая (источник N 4) Е) углекислые гидрокарбонатно-натриево-кальциевые (типа «Нарзан»)
---	--

6. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–4, ПК–5)

1) повышенный аппетит	А) моторные расстройства желудка
-----------------------	----------------------------------

2) рвота, приносящая облегчение больному	В) регургитация желудочного содержимого в пищевод
3) изжога и кислая отрыжка	С) спастическая дискинезия толстой кишки
4) боли в эпигастрии (голодные, ночные, поздние после еды)	Д) нарушение эвакуаторной функции желудка вследствие длительного спазма или воспалительного отека привратника
5) запоры	Е) гиперацидное состояние желудка

7. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СЛЕДУЮЩИХ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК–7, ПК–8)

1) метилурацил	А) образует на поверхности язвенного дефекта защитную белково-висмутовую пленку
2) гастросидин	В) обладает антибактериальной активностью в отношении НР
3) де-нол	С) блокатор Н-2 рецепторов гистамина (антисекреторное действие)
4) зантак	Д) репарат
5) трихопол	Е) периферический М-холиноблокатор (антисекреторное действие)
6) гастроцепин	
7) облепиховое масло	

8. УКАЖИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ СООТВЕТСТВИЯ (ОПК–5, ПК–6)

1) факторы «агрессии», нарушающие целостность оболочки желудка	А) соляная кислота
2) факторы, «защищающие» слизистую оболочку желудка от пептического повреждения	В) выделение бикорбанатов
	С) рефлюкс желчи
	Д) <i>Helicobacter pylori</i>
	Е) секреция гастрина

9. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–4, ПК–5)

1) язвы кардиального и субкардиального отделов желудка	А) поздние боли (через 2–3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли
2) язвы тела желудка	В) через 0,5–1 часа после еды
3) язвы пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки	С) сразу после приема пищи

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. КАКИЕ МЕТОДЫ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЯБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) лапароскопия
- 2) рентгенологическое исследование желудка
- 3) выявление положительной реакции кала на скрытую кровь
- 4) фиброгастродуоденоскопия

2. ПРИ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) разлитая болезненность в эпигастрии
- 2) рвота "кофейной" гущей
- 3) бледность и влажность кожных покровов
- 4) шум «плеска» при пальпации спустя 5–6 часов после приема жидкости

3. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) симптом «ниши»
- 2) симптом «указующего перста»
- 3) конвергенция складок слизистой
- 4) наличие дефектов наполнения

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯЗВЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) из варикозных вен пищевода при портальном циррозе печени
- 2) легочными
- 3) желудочными при эрозивных гастритах
- 4) носовыми

5. ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ЭНДОСКОПИИ ПРИ ЯБ СЧИТАЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) нарушения сердечного ритма
- 2) инфаркт миокарда
- 3) частые приступы сердечной и бронхиальной астмы, НК11Б — III ст.
- 4) острые и хронические инфекционные болезни

6. НАЗОВИТЕ МЕСТНЫЕ КУРОРТЫ, ПОКАЗАННЫЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) Юматово
- 2) Янган-Тау
- 3) Красноусольск
- 4) Якты-Куль

7. КАКИЕ ПРОТИВОЯЗВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ОБЛАДАЮТ АНТИ-БАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ НР (ОПК–7, ПК–8)

- 1) гастрофарм
- 2) де-нол
- 3) трихопол
- 4) вентер

8. ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЯБ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) Боли возникают через 1,5–2 часа после еды (поздние боли)
- 2) Беспокоят натощак, ночью (голодные и ночные боли)
- 3) Уменьшаются после приема пищи
- 4) Возникают через 15–30 минут после приема пищи (ранние боли)

9. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЯБ ЖЕЛУДКА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) симптом «ниши»
- 2) «пальцевое» втяжение
- 3) задержка бария в желудке более 6 ч после приема
- 4) расширение полости желудка

10. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТЫ, БЛОКИРУЮЩИЕ Н-2 РЕЦЕПТОРЫ ЖЕЛУДКА (ОПК–7, ПК–8)

- 1) гастросидин
- 2) гастроцепин
- 3) фамотидин
- 4) омепразол

11. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ЯБ ЖЕЛУДКА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) малая кривизна
- 2) кардиальный отдел
- 3) антральный отдел
- 4) пилорический отдел

12. НАЗОВИТЕ ФАКТОРЫ АГРЕССИИ ПРИ РАЗВИТИИ ЯБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) соляная кислота
- 2) пепсин
- 3) желчные кислоты
- 4) изолецитины

13. ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ОТМЕЧАЕТСЯ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) снижение гемоглобина

- 2) снижение гематокрита
- 3) снижение АД, повышение температуры
- 4) появление мелены
- 5) положительная реакция Грегерсена

14. НАЗОВИТЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИИ ЯБ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение количества обкладочных клеток
- 2) высокие показатели кислотообразующей функции
- 3) перестройка железистого аппарата
- 4) появление аутоантител к обкладочным клеткам

15. НАЗОВИТЕ МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) секреция слизи и панкреатического сока
- 2) быстрая регенерация покровного эпителия
- 3) хорошее кровоснабжение слизистой оболочки
- 4) локальный синтез простагландинов

16. КАКИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИМЕЮТ БОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) инфицированность НР
- 2) длительная гиперхлоргидрия
- 3) гастродуоденальная дисмоторика
- 4) снижение защитного слизистого барьера

17. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБУСЛОВЛИВАЕТ ВАГОТОНΙΑ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) нарушение моторики желудка и 12-перстной кишки
- 2) усиление секреции желудочного сока

- 3) повышение активности агрессивных факторов
- 4) отек поджелудочной железы

18. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ В ЛЕЧЕНИИ ЯБ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) омепразол
- 2) гистамин
- 3) ранитидин
- 4) амоксициллин

19) КАКИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИМЕЮТ БОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) инфицированность НР
- 2) длительная гиперхлоргидрия
- 3) гастродуоденальная дисмоторика
- 4) снижение защитного слизистого барьера

20. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ В ЛЕЧЕНИИ ЯБ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) рабепразол
- 2) гистамин
- 3) фамотидин
- 4) метронидазол

21. ПРИЗНАКИ РН-МЕТРИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) кислотообразование нормальное
- 2) кислотообразование снижено
- 3) кислотообразование повышено

22. КЛИНИКА ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) кинжальными болями в подложечной области
- 2) рвотой, не приносящей облегчения
- 3) опоясывающей болью
- 4) жидким стулом
- 5) доскообразным напряжением мышц передней брюшной стенки

23. «НЕПРЕРЫВНАЯ» ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОКАЗАНА ПРИ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) осложнения ЯБ (кровотечение)
- 2) неэффективность эрадикационной терапии
- 3) наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения НПВС
- 4) наличие сопутствующего эрозивно-язвенного эзофагита

24. ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ «ПО ТРЕБОВАНИЮ» ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОКАЗАНА ПРИ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) появление симптомов ЯБ после успешной эрадикации возбудителя
- 2) неэффективность эрадикационной терапии
- 3) прогрессирующее течение ЯБ
- 4) рецидив заболевания

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме

«Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки»

Тестовые задания с одним правильным ответом

1) 3	6) 2	11) 1	16) 3	21) 5
2) 4	7) 1	12) 4	17) 2	22) 4
3) 2	8) 5	13) 2	18) 5	23) 1
4) 4	9) 1	14) 1	19) 4	24) 1
5) 3	10) 5	15) 5	20) 3	25) 2

Тестовые задания на установление соответствия

1) 1Д, 2В, 3С, 4А, 5Е	6) 1Е, 2Д, 3ВЕ, 4АЕ, 5С
2) 1С, 2Д, 3В, 4А, 5Е	7) 1Д, 2С, 3АВ, 4С, 5В, 6Е, 7Д
3) 1В, 2А, 3Д, 4С, 5Е	8) 1А,С,Д, 2В
4) 1С, 2А, 3В, 4Е, 5Д	9) 1С, 2В, 3А
5) 1В, 2А, 3Д, 4С, 5Е	10) 1В, 2Д

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами

1) 24	6) 13	11) 134	16) 123	21) 3
2) 14	7) 23	12) 1234	17) 123	22) 125
3) 123	8) 123	13) 12345	18) 134	23) 1234
4) 125	9) 12	14) 12	19) 123	24) 134
5) 123	10) 13	15) 1234	20) 134	

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ. ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

I. Тема и ее актуальность

Хронический холецистит (ХХ) — полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с дисфункциями желчевыводящих путей (ДЖВП) и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи. Распространенность ХХ составляет 6–7 на 1000 населения, при этом женщины болеют в 3–4 раза чаще мужчин. Значительный удельный вес ХХ в структуре заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, постоянно прогрессирующее течение, сопровождающееся вовлечением в патологический процесс прочих внутренних органов и физиологических систем, значительный экономический и социальный ущерб для общественного здоровья определяют актуальность темы, практическую значимость своевременной диагностики, рационального лечения и профилактики.

Дисфункции желчевыводящих путей (ДЖВП) — расстройства тонуса и сократительной способности стенок желчного пузыря (ЖП) и желчных протоков с нарушением оттока желчи. Ведущим этиопатогенетическим механизмом заболевания считается дисбаланс вегетативной регуляции в сторону парасимпатикотонии. ДЖВП ухудшают качество жизни пациентов, способствуют развитию хронического холецистита и желчно-каменной болезни, что определяет их социальную и медицинскую значимость.

II. Учебные цели

- изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХХ и ДЖВП;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения ХХ и ДЖВП;

- умение оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь в периоде выраженного обострения заболевания;
- формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7, ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11.

II.1 Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать

- анатомо–физиологические особенности строения желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- этиологию, патогенез и меры профилактики ХХ и ДЖВП;
- современную классификацию ХХ и ДЖВП;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения ХХ и ДЖВП у различных возрастных групп;
- современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных;
- критерии диагноза ХХ и ДЖВП;
- методы лечения ХХ и ДЖВП, рациональный выбор конкретных лекарственных средств;
- неотложные и реанимационные мероприятия при осложнениях ХХ и ДЖВП.

II.2. Обучающийся должен уметь

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента с ХХ по органам и системам (осмотр, пальпация, аускультация);
- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза у больного с ХХ;

- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления ХХ;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ–10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;
- обосновать клинический диагноз по данным жалоб, анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального исследований;
- составить алгоритм дифференциальной диагностики ХХ с другими заболеваниями (ЖКБ, ДЖВП, хронический панкреатит);
- разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее осложнений;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных, патогенетических и симптоматических средств, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений ХХ использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики.

II.3. Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования пациентов с ХХ (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ХХ (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК–5, ПК–6);

- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХХ (ОПК–7, ПК–8);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при осложнениях ХХ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК–4, ПК–5).

III. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

III.1 Исходные базисные знания и умения

Дисциплины	Содержание знаний
Патофизиология	Патогенетические аспекты нарушения моторной и секреторной функции желчного пузыря; факторы, создающие условия для застоя желчи и её инфицирования. Роль коллоидноосмотических свойств желчи в формировании холелитиаза.
Патанатомия	Морфологическая характеристика ХХ. Осложнения. Исходы.
Микробиология	Грамположительные кокки. Грамотрицательная флора. Сальмонеллы, шигеллы, кишечная палочка. Вирусы гепатита. Их роль в этиопатогенезе ХХ.
Пропедевтика внутренних болезней	Семиотика заболеваний желчевыводящей системы. Методика физикального и лабораторно-инструментального исследования. Умение собрать анамнез у больного с ХХ, ДЖВП, провести общий осмотр, пальпацию органов брюшной полости, выявить болезненные точки желчного пузыря. Оценить результаты дуоденального зондирования, холецистографии, УЗИ печени и желчного пузыря.
Фармакология	Знание механизма действия препаратов, направленных на восстановление желчевыделения, ликвидацию воспалительных, дискинетических явлений желчевыводящих путей. Умения выписать рецепты на противовоспалительные средства, желчегонные, спазмолитики, ферментативные препараты.

III.2. Вопросы для самоподготовки: к освоению данной темы

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Этиология и патогенез развития ХХ, ДЖВП.	1. Нарисовать схему патогенеза ХХ.
2. Факторы риска развития ХХ и ДЖВП.	
3. Классификация ХХ и ДЖВП.	2. Написать классификацию ХХ и ДЖВП.
4 Клиническая картина ХХ и ДЖВП.	3. Написать главные диагностические симптомы ХХ и ДЖВП.
5. Лабораторные данные, показатели, УЗИ желчного пузыря, органов брюшной полости, фракционное функциональное зондирование, пероральная холецистография, ФГДС, эндоскопическая ультрасонография и сцинтиграфия желчного пузыря и желчевыводящих путей при ХХ и ДЖВП.	4. Перечислить основные осложнения ХХ и ДЖВП.
6. Дифференциальный диагноз ХХ и ДЖВП.	
7. Принципы лечения ХХ.	5. Написать в виде рецептов препараты для лечения ХХ и ДЖВП: амоксициллин, никодин, домперидон, олиметин, сорбит, фламин, холензим, аллохол, урсофальк, платифиллин, но-шпа, мебеверин, бускопан.
8. Профилактика ХХ и ДЖВП.	

III. 3. Дополнительный учебный материал

Классификация хронического холецистита (А.М. Ногаллер, В.А.

Галкин, Я. С. Циммерман, 1994)

По этиологии и патогенезу:

- бактериальный;
- вирусный (вирусы гепатита А, В, С, D);
- паразитарный (описторхоз);
- аллергический;

- ферментативный (при забросе ферментов поджелудочной железы);
- асептический (иммуногенный);
- невыясненной этиологии.

По клиническим формам:

1. Хронический бескаменный холецистит:
 - с преобладанием воспалительного процесса;
 - с преобладанием дискинетических расстройств.
2. Хронический калькулезный холецистит.

По типу дискинезий:

1. Нарушения сократительной функции желчного пузыря:
 - гиперкинез с гипертонусом;
 - гипокинез с нормотонусом или гипотонусом;
2. Нарушения тонуса сфинктерного аппарата желчевыводящих путей (сфинктера Люткенса, Одди, обоих).

По течению:

- редко рецидивирующий;
- часто рецидивирующий;
- постоянного (монотонного) течения;
- маркированный (атипичного течения).

По фазам заболевания:

- фаза обострения;
- фаза затухающего обострения;
- фаза ремиссии.

По степени тяжести:

- легкой степени;
- средней;
- тяжелой.

Основные клинические синдромы:

- болевой;

- диспептический;
- кардиалгический (холецисто-кардиальный);
- предменструального напряжения;
- солярный;
- правосторонний реактивный (ирритативный) вегетативный синдром;
- вегетативной дистонии;
- невротически-неврозоподобный;
- аллергический.

Осложнения:

- реактивный панкреатит (холепанкреатит);
- реактивный или холестатический гепатит;
- перихолецистит;
- холангит;
- хронический дуоденит и перидуоденит;
- дуоденальный стаз;
- рефлюкс-гастрит.

IV. Вид занятия: практическое занятие

V. Продолжительность занятия: 8 часов (2 занятия по 4 часа)

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал таблицы, схемы, холецистограммы, протоколы дуоденального зондирования, УЗИ, лабораторных анализов, учебно–методическое пособие к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болез-

ней», мультимедийный атлас, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов по теме, ситуационных задач. Аппаратура — негатоскоп, ЭВМ.

VI.2. ТСО (компьютер, негатоскоп, мультимедийный проектор).

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Задания для самоконтроля: (решение обучающимися индивидуальных наборов тестов по теме XX).

Ниже даны образцы типовых тестовых заданий по теме занятия с инструкцией к выполнению и эталонами ответов. Весь набор тестов приводится в приложении.

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ):

1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) протей
- 2) эшерихии
- 3) стафилококк
- 4) стрептококк
- 5) энтерококк

Эталон ответа: 2

2. КАКОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ИЗ НИЖЕУКАЗАННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) погрешности питания
- 2) болезни пищеварительной системы

- 3) бактериальный фактор
- 4) снижение иммунологической реактивности организма
- 5) токсический фактор

Эталон ответа: 3

3. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЮТСЯ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) после перенесённого вирусного гепатита
- 2) вторично присоединяются к хроническому холециститу и желчнокаменной болезни
- 3) при аномалиях развития желчных путей
- 4) как первичные дисфункции в результате расстройств нейрогуморальных регуляторных механизмов

Эталон ответа: 4

4. БОЛЬНОМУ С «ОТКЛЮЧЕННЫМ» ЖЕЛЧНЫМ ПУЗЫРЁМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) холецистографию
- 2) внутривенную холеграфию
- 3) лапароскопию
- 4) дуоденальное зондирование
- 5) всё перечисленное

Эталон ответа: 2

5. КАКУЮ ФОРМУ ИМЕЕТ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ПО ДАННЫМ УЗИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) небольшой, деформированный
- 2) растянутый
- 3) со значительно утолщенными стенками
- 4) небольшой округлый быстро сокращается

Эталон ответа: 4

VII.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Дайте определение ХХ и ДЖВП.
2. Каковы факторы риска развития ХХ и ДЖВП?
3. Механизмы патогенеза ХХ и ДЖВП.
4. Что лежит в основе классификации ХХ и ДЖВП?
5. Каковы основные клинические проявления ХХ и ДЖВП?
6. Методы диагностики ХХ и ДЖВП.
7. Какова дифференциальная диагностика ХХ и ДЖВП?
8. Охарактеризуйте осложнения ХХ и ДЖВП.
9. Принципы лечения ХХ и ДЖВП (характеристика основных групп препаратов, показания и противопоказания).
10. Дифференциальный диагноз ХХ и ДЖВП.
11. Профилактика ХХ и ДЖВП.

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических приёмов по теме: «Хронический холецистит. ДЖВП»

Методы физикального обследования больного ХХ и ДЖВП по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического анализов крови, УЗИ желчного пузыря, органов брюшной полости, фракционного функционального зондирования, пероральной холецистографии, ФГДС, эндоскопической ультрасонографии и сцинтиграфии желчного пузыря и желчевыводящих путей.

VII.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя

Курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований. Оформление историй болезни больного, работа с обучающимися

компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

№	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Вр.в мин.	Цель и характер деятельности обучающихся
1	2	3	4
1	Курация тематических больных с ХХ	40	Умение собрать анамнез, провести физикальное обследование
2	Посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов	30	Участие в обследовании и лечении курируемых больных
3	Анализ результатов дополнительных исследований больных	20	Умение интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований: копрограммы, ирриграммы
4	Оформление карты курации больного	20	Умение сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

VIII.1. Контроль уровня освоения практических навыков по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХХ, ДЖВП.

VIII.2. Контроль конечного уровня знаний по учебной теме путем решения тестовых заданий и ситуационных задач

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу).

Определите клинические признаки ХХ и сходных с ним заболеваний:

1. Выраженные боли в правом подреберье после употребления жирной или острой пищи, в сочетании с диспепсическим синдромом, повышением температуры тела, (+) симптомами Кера, Мерфи, Мюсси	А. Хронический холангит. Б. Желчнокаменная болезнь.
2. Приступообразные, интенсивные боли с транзиторной желтухой после употребления жирной или острой пищи, физической работы, (+) симптомами Кера, Мерфи, иногда Курвуазье	В. Дисфункция желчевыводящих путей по гипотоническому типу.
3. Схваткообразные кратковременные боли в правом подреберье после нарушения диеты, волнений. Непостоянные (+) симптомы Кера, Мерфи	Г. Дисфункция желчевыводящих путей по гипертоническому типу.
4. Постоянные распирающие боли в правом подреберье, (+) симптомы Кера, Мерфи, Ортнера	Д. Хронический холецистит.
5. Тупые стойкие боли в правом подреберье, иногда болевые приступы типа печеночной колики, периодический субфебрилитет, увеличение и уплотнение печени, нередко кожный зуд	

Эталон ответа: 1Д, 2Б, 3Г, 4В, 5А.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ ДИСКИНЕЗИЯХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОКАЗАНЫ (ОПК–7, ПК–8, ПК–10)

- 1) холинолитики
- 2) холеретики
- 3) спазмолитики
- 4) холекинетики
- 5) гепатотропные препараты

Эталон ответа: 4

Ситуационная задача.

Больная Д., 45 лет, жалуется на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту с наличием в желудочном содержимом желчи, повышение температуры до 37,5⁰С.

Из анамнеза: в течение 5 лет отмечает периодические боли в правом подреберье, связанные с погрешностями в диете, купирующиеся приемом но-шпы, аллохола. Ухудшение состояния наступило два дня назад после употребления копченой колбасы, сала.

Объективно: состояние средней тяжести. Эмоционально лабильна. Повышенного питания (ожирение 2 степени). Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД–20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС–88 в/мин. АД–115/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье, в проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Мюсси, Кера, Мерфи. Печень не увеличена.

ОАК–WBC 10,5x10⁹/л, RBC 4,3, Hb 122 г/л, TR 184г/л, СОЭ 20 мм/ч.

Б/Х–ALT 56, AST 36, GGT 100Ед/л, BilT 24 мкмоль/л.

УЗИ ОБП: осмотр затруднен из-за выраженной пневматизации кишечника.

Печень: увеличена Размеры: КВР 174 мм, ТЛД 76 мм, ТПД 135 мм
Эхогенность: умеренно повышена Звукопроводимость: снижена Сосудистый рисунок: сохранен Структура: однородная Воротная вена: 9 мм в диаметре.

Желчный пузырь: расположен обычно, форма грушевидная, толщина стенок 4-5 мм. Размеры: 70x40 мм. Форма: с изгибом в н/3. Содержимое полости: замазкообразная взвесь.

Общий желчный проток: не расширен

Поджелудочная железа: несколько увеличена. Размеры: головка 31 мм, тело 19 мм, хвост 31 мм. Контуры: неровные, нечеткие. Эхогенность: повышена. Структура: умеренно диффузно неоднородная.

В доступных визуализации отделах брюшной полости на момент осмотра свободная жидкость не определяется.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз (ОПК–4, ПК–5).
2. Назначьте план обследования (ОПК–4, ПК–5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6).
4. Какие факторы риска заболевания имеются у данной пациентки? (ОПК–4, ПК–5).
5. Назначьте лечение (группы препаратов) (ОПК–7, ПК–8).
6. Определите меры профилактики (ОПК–4, ПК–5).
7. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению (ОПК–7, ПК–8).
8. Определите прогноз (ОПК–5, ПК–6).

Эталоны ответов к задаче:

1. Хронический бактериальный, бескаменный холецистит, обострение.
2. ОАК–лейкоформула, ОАМ, ЭКГ, БАК (общий белок, альбумины, глобулины, прямой, связанный, холестерин, осадочные пробы, α -амилаза), фракционного функциональное зондирования, пероральной холецистографии, ФГДС, эндоскопической ультрасонографии и сцинтиграфии желчного пузыря и желчевыводящих путей.
3. ОАК–Умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Б/Х–гипербилирубинемия, повышение показателей ГГТ, повышение печеночных трансаминаз. УЗИ ОБП — Заключение: УЗ–признаки умеренных диффузных изменений печени, поджелудочной железы по типу хронического панкреатита, признаки хронического холецистита (обострение), сладж-синдром; деформации желчного пузыря.
4. Погрешности в диете, застой желчи, гиподинамия.
5. Противовоспалительная и антибактериальная терапия, желчегонные холеретики, спазмолитики и анальгетики.

6. Рациональное питание, активный образ жизни, физкультура, коррекция избыточного веса. Необходимо своевременное и рациональное лечение дискинезий, заболеваний других органов пищеварительного тракта, очаговой инфекции, невротических нарушений.
7. Санаторно-курортное лечение «Красноусольский», «Ессентуки», «Железноводск».
8. При нечастых обострениях прогноз удовлетворительный. Он значительно ухудшается при частых обострениях с признаками активности воспалительного процесса, выраженном болевом синдроме, реактивном панкреатите.

IX. Место проведения самоподготовки

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

X. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме

Составить реферативное сообщение или мультимедийной презентации по теме: «Современные миотропные спазмолитики в лечении ХХ и ДЖВП»

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ
ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ «ХРОНИЧЕСКИЙ
ХОЛЕЦИСТИТ. ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ
ПУТЕЙ» С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. ЗАСТОЮ ЖЕЛЧИ СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) нарушение режима питания
- 2) понос
- 3) беременность
- 4) малая физическая активность
- 5) психо-эмоциональные факторы

2. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) протей
- 2) эшерихии
- 3) стафилококк
- 4) стрептококк
- 5) энтерококк

3. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА, КРОМЕ ОДНОГО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) выраженность болевого синдрома
- 2) наличие и выраженность желудочной диспепсии

- 3) возникновение 1–2 раза в месяц продолжительных желчных колик.
- 4) нарушение функции кишечника
- 5) формирование холелитиаза

4. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) поносы
- 2) изжога
- 3) боли в левом подреберье
- 4) плохая переносимость жирной пищи
- 5) ничто из перечисленного

5. У ЖЕНЩИНЫ 51 ГОДА ОТМЕЧАЮТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛИ И ЧУВСТВО РАСПИРАНИЯ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕЛТУХИ НЕТ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КЕРА, ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, СОЭ 30 ММ/Ч. КАКОВ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) хронический холецистит в фазе обострения
- 2) хронический панкреатит в фазе ремиссии
- 3) язвенная болезнь желудка в фазе обострения
- 4) хронический гепатит
- 5) ничто из перечисленного

6. У БОЛЬНОЙ 41 ГОДА ОТМЕЧАЮТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛИ И ЧУВСТВО РАСПИРАНИЯ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕЛТУХИ НЕТ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НОРМАЛЬНАЯ УСИЛЕНИЕ БОЛЕЙ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПРАВОГО ПОДРЕБЕРЬЯ, В ТОЧКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) хронический холецистит в стадии обострения
- 2) гипертоническая дисфункция желчного пузыря

- 3) желчнокаменная болезнь в стадии обострения
- 4) гипотоническая дисфункция желчного пузыря
- 5) ничего из перечисленного

7. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) устранение инфекции
- 2) повышение защитных сил организма
- 3) улучшение нейрогуморальных регуляторных механизмов желче-выделения
- 4) регуляция обменных нарушений
- 5) проведение дезинтоксикации

8. ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХХ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) погрешности питания
- 2) болезни пищеварительной системы
- 3) бактериальный фактор
- 4) снижение иммунологической реактивности организма
- 5) токсический фактор

9. НАЗОВИТЕ ГЛАВНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХХ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) болевой
- 2) желудочной диспепсии
- 3) кишечной диспепсии
- 4) невротический
- 5) субфебрильный

10. БОЛЬНОМУ С «ОТКЛЮЧЕННЫМ» ЖЕЛЧНЫМ ПУЗЫРЁМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) холецистографию
- 2) внутривенную холеграфию
- 3) лапароскопию
- 4) дуоденальное зондирование
- 5) всё перечисленное

11. КУДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИРРАДИИРУЮТ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БЕСКАМЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) в левое плечо, лопатку, ключицу
- 2) в правую ногу
- 3) в область сердца
- 4) в правое плечо, лопатку, ключицу
- 5) в поясничную область

12. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) дуоденальное зондирование
- 2) клинический анализ крови
- 3) УЗИ желчного пузыря
- 4) холецистография
- 5) биохимический анализ крови

13. КАКОЙ ИЗ НИЖЕУКАЗАННЫХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХХ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) симптом Мюсси
- 2) симптом Мейо-Робсона
- 3) симптом Мерфи
- 4) симптом Образцова

- 5) симптом Кача

14. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ПРИ XX ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) постоянные тупые боли в правом подреберье, независимо от приёма пищи
- 2) механическая желтуха
- 3) длительное монотонное течение, с периодами обострения, с болевыми ощущениями в правом подреберье
- 4) тяжелое течение заболевания, лихорадка
- 5) гепато-лиенальный синдром

15. ФОРМА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ДАННЫМ УЗИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) небольшой, деформированный
- 2) растянутый
- 3) со значительно утолщенными стенками
- 4) с уменьшенными размерами стенок
- 5) небольшой, округлый, быстро сокращается

16. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЮТСЯ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) после перенесённого вирусного гепатита
- 2) вторичное присоединение к хроническому холециститу и желчнокаменной болезни
- 3) аномалии развития желчных путей
- 4) первичные дисфункции, в основе которых лежат расстройства нейрогуморальных регуляторных механизмов
- 5) эндокринно-гуморальные нарушения

Тестовые задания на установление соответствия:

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХХ И СХОДНЫХ С НИМ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1. Выраженные боли в правом подреберье после употребления жирной или острой пищи, в сочетании с диспепсическим синдромом, повышением температуры тела, (+) симптомами Кера, Мерфи, Мюсси	А. Хронический холангит Б. Желчнокаменная болезнь В. Дисфункция желчевыводящих путей по гипотоническому типу
2. Приступообразные, интенсивные боли с транзиторной желтухой после употребления жирной или острой пищи, физической работы, (+) симптомами Керра, Мерфи, иногда Курвуазье	Г. Дисфункция желчевыводящих путей по гипертоническому типу
3. Схваткообразные кратковременные боли в правом подреберье после нарушения диеты, волнений. Непостоянные (+) симптомы Керра, Мерфи	Д. Хронический холецистит
4. Постоянные распирающие боли в правом подреберье, (+) симптомы Кера, Мерфи, Ортнера	
5. Тупые стойкие боли в правом подреберье, иногда болевые приступы типа печеночной колики, периодический субфебрилитет, увеличение и уплотнение печени, нередко кожный зуд	

2. МЕХАНИЗМ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХХ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1. Субиктеричность склер, желтушность кожных покровов	А. Раздражение диафрагмального нерва Б. Присоединение холангита
2. Постоянные боли, которые сопровождаются чувством распиравания в правом подреберье	В. Нарушение желчеотделения в 12-перстную кишку Г. Гипотоническая дисфункция желчного пузыря
3. Увеличение печени	
4. Положительный симптом Мюсси–Георгиевского	Д. Воспалительный отёк общего желчного протока, скопление в нём слизи, эпителия, затрудняющие отток желчи
5. Неустойчивый стул	

3. ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХХ И СХОДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ДАННЫЕ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1. Постоянные боли, которые сопровождаются чувством распираания в правом подреберье 2. В дуоденальном содержимом большое количество кристаллов холестерина, билирубината Са., «песок», уменьшение холатохолестеринового коэффициента	А. Хронический холангит Б. Желчнокаменная болезнь В. Дисфункция желчевыводящих путей по гипотоническому типу
3. Увеличение времени выделения порции А, ускоренное выделение порции В при обычном объеме желчного пузыря. Воспалительные элементы в желчи отсутствуют	Г. Дисфункция желчевыводящих путей по гипертоническому типу Д. Хронический холецистит
4. В порции С — слизь, лейкоциты, десквамированный эпителий, нередко кристаллы холестерина, билирубината Са	
5. Порция В выделяется в большом количестве (более 70–100 мл) и долго, желчь темная	

4. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ХХ СЛЕДУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК–7, ПК–8, ПК–10)

1. Аллохол	А. Холеретическое
2. Урсодезоксихолевая кислота	Б. Холекинетическое
3. Фламин	В. Спазмолитическое
4. Фуразолидон	Г. Антибактериальное
5. Сернокислая магнезия	Д. Химическое растворение холестериновых камней
6. Но-шпа	
7. Амоксициллин	
8. Атропин	
9. Холосас	

5. ДАННЫЕ ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХХ И СХОДНЫХ С НИМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1. Нарушена концентрационная функция желчного пузыря, замедлено его опорожнение от контраста, расширен общий желчный проток	А. Хронический перихолецистит Б. Желчнока-
---	---

2. Тень пузыря округлая однородная, опорожнение ускорено	<p>мальная болезнь</p> <p>В. ДЖВП по гипотоническому типу</p> <p>Г. ДЖВП по гипертоническому типу</p> <p>Д. Хронический холецистит</p>
3. Увеличенный желчный пузырь продолговатой формы с замедленным опорожнением, несмотря на неоднократный приём холецистокинина	
4. Тень пузыря неоднородная, выявляются участки просветления, иногда «отключенный» желчный пузырь	
5. Форма желчного пузыря неправильная, контуры неровные, затруднена его смещаемость, изменено обычное расположение	

6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХХ БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ И СИНДРОМЫ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1. Симптом Керра	А. Болезненность между ножками <i>m. sternocleidomastoideus</i>
2. Симптом Мерфи	
3. Симптом Ортнера	Б. Болезненность в области угла правой лопатки
4. Типичные зоны кожной гиперестезии (зоны Захарьина-Геда)	В. Болезненность при поколачивании по правой рёберной дуге
5. Симптом Мюсси	Г. Болезненность при пальпации желчного пузыря при вдохе в положении лежа
	Д. Болезненность при пальпации желчного пузыря при глубоком вдохе в положении сидя

7. ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХХ И СХОДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ДАННЫЕ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1. Порция В мутная с хлопьями и слизью. При микроскопии — в большом количестве лейкоциты, эпителий, нередко кристаллы холестерина, билирубината Са. Иногда порция В отсутствует	<p>А. Хронический холангит</p> <p>Б. Желчнокаменная болезнь</p> <p>В. Дисфункция желчевыводящих путей по гипотоническому типу</p> <p>Г. Дисфункция желчевыводя-</p>
2. В дуоденальном содержимом большое количество кристаллов холестерина, билирубината Са. «песок», уменьшение холатохолестеринового коэффициента	
3. Увеличение времени выделения порции А, ускоренное выделение порции В при обычном объёме желчного пузыря. Воспалительные элементы в желчи отсутствуют.	

4. В порции С — слизь, лейкоциты, десквамированный эпителий, нередко кристаллы холестерина, билирубината Са	щих путей по гипертоническому типу Д. Хронический холецистит
5. Порция В выделяется в большом количестве (более 70–100 мл) и долго, желчь тёмная	

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами.

1. ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЯХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОКАЗАНЫ (ОПК–7, ПК–8, ПК–10)

- 1) холинолитики
- 2) холеретики
- 3) спазмолитики
- 4) холекинетики
- 5) гепатотропные препараты

2. ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) неспецифический реактивный гепатит
- 2) панкреатит
- 3) холангит
- 4) перихолецистит
- 5) печеночная недостаточность

3. ПРЕПАРАТЫ, ПОКАЗАННЫЕ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК–7, ПК–8, ПК–10)

- 1) нитрофурановые
- 2) антибиотики
- 3) спазмолитики, М-холинолитики
- 4) желчегонные
- 5) сульфаниламиды

4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) повышенная чувствительность к контрастным веществам
- 2) беременность
- 3) печёночная недостаточность
- 4) обструкция магистральных желчных путей или пузырного протока
- 5) холангит

5. ПРЕПАРАТЫ, ПОКАЗАННЫЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БЕСКАМЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ФАЗЕ РЕМИССИИ (ОПК–7, ПК—8, ПК—10)

- 1) диета стол № 5
- 2) желчегонные препараты
- 3) ферментные препараты
- 4) санаторно-курортное лечение
- 5) холинолитики

6. СИМПТОМЫ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) симптом Лепене
- 2) симптом Кера
- 3) симптом Мюсси-Георгиевского
- 4) симптом «поворота»
- 5) симптом Ортнера

7. ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЙ ПРИ ХХ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) локализуются преимущественно в правом подреберье
- 2) иррадиируют в правую лопатку
- 3) отличаются выраженностью, стойкостью в стадии обострения
- 4) приступообразные, с транзиторной желтухой
- 5) носят схваткообразный характер

8. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДУОДЕНАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) наличие лямблий
- 2) мутная, с хлопьями
- 3) эритроциты
- 4) лейкоциты
- 5) в дуоденальном содержимом билирубинат Са кристаллы холестерина

9. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХХ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) холецистография
- 2) дуоденальное зондирование
- 3) УЗИ
- 4) иридодиагностика
- 5) сканирование печени

10. ДЛЯ БОЛЬНОГО ХХ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) чередование поносов с запорами
- 2) боли в правом подреберье
- 3) плохая переносимость жирной пищи
- 4) изжога
- 5) ничего из перечисленного

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДИСФУНКЦИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) холецистография
- 2) биохимический анализ крови
- 3) УЗИ

- 4) фракционное дуоденальное зондирование
- 5) ФГС

12. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХХ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) повышение α -2 глобулинов, фибриногена, сиаловых кислот
- 2) увеличение холестерина, триглицеридов
- 3) повышение уровня щелочной фосфатазы
- 4) повышение уровня АСТ и АЛТ
- 5) повышение уровня билирубина

13. ПРЕПАРАТЫ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАНИЕ (ОПК–7, ПК–8, ПК–10)

- 1) холензим
- 2) аллохол
- 3) но-шпа
- 4) дюспаталин
- 5) амоксициллин

14. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХХ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) повышение температуры тела
- 2) выявление в желчи лямблий
- 3) лейкоцитоз
- 4) положительные симптомы Мерфи Кера Ортнера
- 5) диарея

15. ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХХ УЗИ ДАННЫЕ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) нарушение его сократительной способности
- 2) увеличение или уменьшение размеров пузыря
- 3) выявление пристеночных или «плавающих» конкрементов

- 4) утолщение и склерозирование стенок желчного пузыря
- 5) гепатомегалия

16. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ХХ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) застой желчи
- 2) нарушение режима питания
- 3) врождённая гемолитическая анемия
- 4) дисбактериоз кишечника
- 5) обтурация внутripеченочных протоков

17. ПРОФИЛАКТИКА ДИСФУНКЦИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЯХ (ОПК–4, ОПК–5,
ПК–5, ПК–6)

- 1) своевременное лечение воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта
- 2) своевременное лечение ранних невротических расстройств
- 3) коррекция избыточного веса
- 4) коррекция гормонального статуса
- 5) избегать переохлаждений

18. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ В ЖЕЛЧИ БОЛЬНЫХ ХХ ЛЯМБЛИЙ
НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ
ПРЕПАРАТЫ (ОПК–7, ПК–8, ПК–10)

- 1) фуразолидон
- 2) олететрин
- 3) трихопол
- 4) бисептол
- 5) левомицетин

19. У БОЛЬНОЙ 51 ГОДА ОТМЕЧАЮТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛИ И ЧУВСТВО РАСПИРАНИЯ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕЛТУХИ НЕТ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НОРМАЛЬНАЯ, УСИЛЕНИЕ БОЛЕЙ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПРАВОГО ПОДРЕБЕРЬЯ, В ТОЧКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) хронический холецистит в стадии обострения
- 2) гипертоническая дисфункция желчного пузыря
- 3) желчнокаменная болезнь в стадии обострения
- 4) гипотоническая дисфункция желчного пузыря
- 5) ничего из перечисленного

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме

«Хронический холецистит. Дисфункции желчевыводящих путей»

Тестовые задания с одним правильным ответом:

1) 2	6) 4	11) 4	16) 4
2) 2	7) 3	12) 3	
3) 4	8) 3	13) 3	
4) 4	9) 1	14) 3	
5) 1	10) 2	15) 5	

Тестовые задания на установление соответствия:

1) 1Д, 2А, 3Г, 4В, 5Б	6) 1Д, 2Г, 3В, 4Б, 5А
2) 1Б, 2Г, 3Д, 4А, 5В	7) 1Д, 2Б, 3Г, 4А, 5В
3) 1Д, 2Б, 3Г, 4А, 5В	
4) 1А, 2Д, 3А, 4Г, 5Б, 6В, 7Г, 8В, 9А	
5) 1Д, 2Г, 3В, 4Б, 5А	

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1) 45	6) 235	11) 234	16) 125
2) 124	7) 123	12) 1235	17) 134
3) 23	8) 245	13) 12	18) 13
4) 12	9) 123	14) 123	19) 4
5) 124	10) 3	15) 1234	

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

I. Тема и её актуальность

Хронический панкреатит (ХП) — длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции. Частота ХП в Европе составляет 25,0–26,4 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость ХП в развитых странах колеблется в пределах 5–10 случаев на 100 тыс. населения. Заболеваемость в мире в целом — 1,6–23 случаев на 100000 населения в год. Наблюдается мировая тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, за последние 30 лет — более чем в 2 раза. Обычно ХП развивается в зрелом возрасте (35–50 лет). В развитых странах средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 до 39 лет, среди заболевших на 30% увеличилась доля женщин; первичная инвалидизация больных достигает 15%. Летальность после первичного установления диагноза ХП составляет до 20% в течение первых 10 лет и более 50% — через 20 лет, составляя в среднем 11,9%. 15–20% больных ХП погибают от осложнений, возникающих во время обострений панкреатита, другие — вследствие вторичных нарушений пищеварения и инфекционных осложнений. Распространенность ХП в структуре заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста определяет актуальность своевременной диагностики, рационального лечения и профилактики.

II. Учебные цели

- овладение врачебными умениями и навыками диагностики, лечения и профилактики ХП;
- оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях болезни;

- проведения дифференциального диагноза;
- формирование общепрофессиональных компетенций ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7 и профессиональных компетенций ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11.

II.1. Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать

- определение понятия ХП;
- эпидемиологию ХП;
- современную этиологию, факторы риска и патогенез ХП;
- современную классификацию ХП;
- клинические проявления, осложнения и исходы ХП;
- диагностические критерии ХП: (показатели общего анализа крови, мочи, кала, копроцитограммы, определение ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови и моче, определение активности эластазы-1 в кале, определение эластазы в кале иммуноферментным методом (с помощью моноклональных антител), определение ферментов и бикарбонатной щелочности в дуоденальном соке до и после стимуляции панкреатической секреции), секретин-панкреозимин-тест (церулеиновый) тест, ПАБК-тест (бентираминовый), Лунд-тест, прозерин-тест; исследование эндокринной функции ПЖ — определения концентрации гликозилированного гемоглобина A_{1C} (Hb_{A1c}), уровня глюкозы крови натощак или проведения нагрузочной пробы с глюкозой, оценка нутритивного статуса (редукция массы тела-маркер риска развития трофологической недостаточности), рентгенологические методы исследования (обзорная рентгенография органов брюшной полости, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием, дуоденография в условиях гипотонии, метод рентгеновской

денситометрии, трансабдоминальное УЗИ (первичный скрининг), эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ), компьютерная томография органов брюшной полости: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография МРТ: магнитнорезонансная панкреатохолангиография (МРПХГ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), внутривенная холеграфия, радионуклидная холецистография, УЗИ с прицельной биопсией поджелудочной железы, ангиография сосудов поджелудочной железы;

- дифференциальную диагностику;
- фармакологические свойства основных лекарственных препаратов в лечении ХП;
- неотложную помощь в период выраженного обострения ХП;
- меры профилактики ХП.

II.2. Обучающийся должен уметь

- определить статус пациента: собрать анамнез заболевания и жизни у больного ХП, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента с ХП по органам и системам (осмотр, пальпация, аускультация), выявить факторы риска развития заболевания;
- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза у больного с ХП;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления ХП;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;

- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями поджелудочной железы и органов желудочно-кишечного тракта;
- назначить лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое);
- оказать неотложную помощь в период выраженного обострения ХП.

II.3. Для формирования общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования больных ХП (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту (ОПК–5, ПК–6);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХП (ОПК–7, ПК–8);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при неотложных и угрожающих жизни состояниях (гиповолемический шок, некрозы поджелудочной железы, ДВС-синдром, сепсис, желтуха, псевдокисты, секреторная недостаточность с синдромом мальабсорбции, выпот в плевральную, перикардальную, брюшную полость) (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК–4, ПК–5).

III. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

III. 1. Исходные базисные знания и умения

Дисциплины	Содержание знаний
Анатомия	Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы. Строение поджелудочной железы.
Патанатомия	Патоморфологические проявления ХП.
Патофизиология	Регуляция деятельности пищеварительной системы в норме и при ХП.
Пропедевтика внутренних болезней	Семиотика ХП. Методика физикального, лабораторно — инструментального исследования исследования органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы (ПЖ). Умение провести общий осмотр пациента, перкуссию, аускультацию перистальтики кишечника, пальпацию (ПЖ), оценить результаты общего и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, рентгенографии ОГК, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости (ОБП), копроцитограмму, МРТ и КТ ОБП Методы лабораторной и инструментальной диагностики секрети поджелудочной железы.
Фармакология	Фармакологическое действие лекарственных средств для лечения ХП. Умение выписать рецепты.

III. 2. Вопросы для самоподготовки

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Регуляция секреции поджелудочной железы в норме.	1 Нарисовать схематически строение пищеварительного тракта.
2. Определение, этиология и патогенез ХП.	Написать определение, этиологию ХП. Нарисовать схему патогенеза различных клинических форм ХП.
3. Классификация ХП.	Написать классификацию ХП. Написать алгоритм диагностики нарушений внешне и внутрисекреторной недостаточности при ХП
4.Патоморфологические проявления ХП.	Написать патоморфологические стадии ХП.
5. Фармакологические свойства основных лекарственных препаратов для лечения ХП.	Выписать группы препаратов для лечения ХП.

6. Лабораторные данные, показатели ЭКГ, Эхо-КГ, ФГС, УЗИ органов брюшной полости, копрограммы, современные рентгенологические и УЗИ методы диагностики.	Написать нормальные показатели дуоденального содержимого, копроцитограммы, активности эластазы-1 в кале иммуноферментным методом (с помощью моноклональных антител)
7. Современная классификация, клиническая картина, диагностика ХП.	Написать классификацию ХП
8. Тактика лечения ХП	Написать в виде рецептов основные группы препаратов для лечения ХП (ферментов, H ₂ -гистаминоблокаторов, ИПП, антацидов, антихолинергических препаратов, спазмолитиков, ингибиторов протеаз, НПВС, анальгетиков).
9. Профилактика развития осложнений ХП	

III. 3. Дополнительный учебный материал

Термины и определения.

Хронический панкреатит — длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции.

Функциональные пробы поджелудочной железы (ПЖ) — методы определения внешне или внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

Экзокринная панкреатическая недостаточность — клинический синдром, возникающий при разрушении более 90% активной паренхимы поджелудочной железы.

Этиология и патогенез ХП.

Современные представления об этиологии заболевания отражает классификация *TIGAR-O* (*Toxic-metabolic* (токсико-метаболический), *Idiopathic* (идиопатический), *Genetic* (наследственный), *Autoimmune*

(аутоиммунный), *Recurrent and severe acute pancreatitis* (рецидивирующий и тяжелый острый панкреатит), или *Obstructive* (обструктивный)), согласно которой выделяют:

- 1. Токсический/метаболический** (связанный со злоупотреблением алкоголем, табакокурением, гиперкальциемией, гиперпаратиреозом, хронической почечной недостаточностью, действием медикаментов и токсинов).
- 2. Идиопатический:**
 - раннее начало (боль);
 - позднее начало (боль отсутствует у 50% пациентов, быстрое развитие кальцификации, экзо- и эндокринной недостаточности);
 - тропический панкреатит (тропический кальцифицирующий, фибро-калькулезный панкреатический диабет).
- 3. Наследственный:**
 - аутосомно-доминантный;
 - катионический трипсиноген (мутации в кодонах 29 и 122);
 - аутосомно-рецессивный;
 - мутации *CFTR* (*cystic fibrosis transmembrane conductance regulator* — ген трансмембранного регулятора муковисцидоза);
 - мутации *SPINK1* (*serine protease inhibitor, Kazal type 1* — панкреатический секреторный ингибитор трипсина);
 - мутации катионического трипсиногена (кодоны 16, 22, 23);
 - $\alpha 1$ -антитрипсин.
- 4. Аутоиммунный:**
 - изолированный;
 - ассоциированный с другими аутоиммунными заболеваниями.
- 5. ХП как следствие рецидивирующего и тяжелого острого панкреатита:**
 - постнекротический (тяжелый острый панкреатит);

- рецидивирующий острый панкреатит;
- сосудистые заболевания/ишемический;
- лучевой.

6. Обструктивный:

- стеноз сфинктера Одди;
- обструкция протока, например, опухолью, периампулярными кистами двенадцатиперстной кишки (ДПК);
- посттравматические рубцы панкреатических протоков (осложнение эндоскопических процедур: папиллосфинктеротомии, экстракции конкрементов и т. д.);
- *pancreas divisum*.

Алкоголь является причиной 60–70% случаев ХП. Доза ежедневного употребления алкоголя, при которой ХП возникает в течение 10–15 лет, составляет примерно 60–80 мл/сут. Пол, наследственные и другие факторы могут играть базовую роль и вследствие этого термин «токсический панкреатит» не обязательно подразумевает хронический алкоголизм или последствия злоупотребления алкоголем. Курение существенно потенцирует действие алкоголя (мультипликативный эффект), повышая риск развития, а также прогрессирования ХП. Значение табакокурения в генезе ХП может быть даже более существенным, чем алкоголя. Существует несколько способов выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем. Тест на нарушения, связанные с употреблением алкоголя (AUDIT), позволяет провести достоверную оценку, но требует перевода традиционных величин в стандартные дозы приема. Паддингтонский алкогольный тест занимает мало времени и сопоставим по чувствительности с AUDIT. Достаточно простым и удобным является опросник CAGE. Таким образом, курение — независимый фактор риска развития ХП. Риск развития ХП повышается не только с увеличением числа выкуренных сигарет, но и с длительностью анамнеза курения.

Диета.

Зависимость между нутритивной недостаточностью, присутствием в диете каких-либо определенных продуктов, а также гипертриглицеридемией, другими гиперлипидемиями и развитием ХП не установлена.

Наследственные факторы.

Мутации гена катионического трипсиногена приводят к развитию наследственного панкреатита. У больных наследственным панкреатитом симптомы обычно возникают гораздо раньше (в возрасте до 20 лет), заболевание быстро прогрессирует, на этом фоне повышается риск развития аденокарциномы ПЖ.

У пациентов с идиопатическим ХП выявлены мутации гена регулятора трансмембранной проводимости муковисцидоза (CFTR) и ингибитора трипсина (*PSTI* или *SPINK1*).

К развитию *обструктивного* панкреатита могут предрасполагать: травма, наличие конкрементов, ложные кисты и опухоли.

Аутоиммунный панкреатит (АИП) может возникать изолированно или в сочетании с синдромом Шегрена, воспалительными заболеваниями кишечника и многими другими аутоиммунными заболеваниями. В последние годы выделяют два типа АИП — I и II. I тип АИП характеризуется манифестирующим IgG₄-ассоциированным поражением ПЖ с частым вовлечением других органов — мишеней, являясь, вероятно, системным аутоиммунным заболеванием со специфически измененным иммунным ответом. Напротив, II тип АИП, скорее всего, является самостоятельным (специфическим) заболеванием ПЖ, характеризующимся гранулоцитарным эпителиальным повреждением и случайным сосуществованием с язвенным колитом.

К доказанным причинам ХП относятся хроническая почечная недостаточность и гиперпаратиреоз, ишемическое поражение при атеросклерозе мезентериальных сосудов.

Морфология.

Для ХП характерны очаговый фиброз с разрушением паренхимы экзокринной части ПЖ, фиброз с неравномерным, очаговым распределением в междольковом пространстве, расширение панкреатических протоков, гиперплазия и метаплазия протокового эпителия и формирование кист. Изолированный внутридольковый фиброз не специфичен для ХП. При алкогольном ХП возникают белковые пробки, камни ПЖ. Кальцификация характерна также для тропического и наследственного ХП.

При аутоиммунной этиологии морфологически выявляются склерозирующий панкреатит с лимфоплазмоцитарной инфильтрацией; обильная (более 10 клеток в п/з) инфильтрация ткани ПЖ лимфоцитами с двумя или более из следующих признаков: перидуктальная лимфоплазмоцитарная инфильтрация, облитерирующий флебит, вихревидный фиброз [31, 39]. I тип АИП — панкреатит с преобладанием склерозирования при участии лимфоцитов и *IgG4*-позитивных плазматиков, тип II — с преобладанием идиопатической деструкции протоков. При I типе АИП (лимфоплазмоцитарный склерозирующий панкреатит) протоковый эпителий сохранен, выражен облитерирующий флебит. При II типе (идиопатический протоково-концентрический панкреатит) определяется гранулоцитарная деструкция протокового эпителия, характерны перидуктальная лимфоплазмоцитарная инфильтрация, а также инфильтрация стенки протоков нейтрофилами.

При длительном течении ХП возрастает риск развития аденокарциномы ПЖ. Предшественником озлокачествления железы может быть панкреатическая интраэпителиальная неоплазия (*Pancreatic intraepithelial neoplasms* — *PanIN*) — специфические морфологические изменения в стенках протоков. Различают три степени *PanIN*. При *PanIN-1* определяется плоский (*PanIN-1A*) или папиллярный (*PanIN1B*) слизистый эпителий без признаков клеточной атипии, при *PanIN-2* наблюдается атипия клеток с преобладанием папиллярного эпителия. При *PanIN-3* выявляются значи-

тельные аномалии в строении клеточных ядер, аномальные митозы и отшнуровывание клеток в просвет протоков (соответствует раку *in situ*).

Кодирование по МКБ — 10.

- Другие болезни поджелудочной железы (K86).
- K86.0 — Хронический панкреатит алкогольной этиологии.
- K86.1 — Другие хронические панкреатиты.
- K86.3 — Ложная киста поджелудочной железы.

Классификация:

1. По этиологии:

- билиарнозависимый;
- алкогольный;
- дисметаболический;
- инфекционный;
- лекарственный;
- аутоиммунный;
- идиопатический.

2. По клиническим проявлениям:

- болевой;
- диспептический;
- сочетанный;
- латентный.

3. По морфологическим признакам:

- интерстиционально-отечный;
- паренхиматозный;
- фиброзно-склеротический;
- гиперпластический;
- кистозный.

4. По характеру клинического течения:

- редко-рецидивирующий;

- часто-рецидивирующий;
- с постоянно присутствующей симптоматикой ХП.

5. Осложнения:

- нарушения оттока желчи;
- портальная гипертензия;
- эндокринные нарушения: панкреатогенный сахарный диабет; гипогликемические состояния и др.;
- воспалительные изменения: абсцесс, киста, парапанкреати, «ферментативный» холецистит, пневмония, экссудативный плеврит, паранефрит и пр.

Клинические проявления ХП.

Клинические признаки и симптомы. Наиболее типичные клинические проявления ХП — боль в животе и симптомы недостаточности функции ПЖ, однако в ряде случаев клиническая картина заболевания может манифестировать клинической картиной осложнений. Боль в животе — основной симптом ХП. Обычно боль локализуется в эпигастрии с иррадиацией в спину, усиливаясь после приема пищи и уменьшаясь в положении сидя или наклоне вперед. Наблюдается у 80–90% пациентов, в 10–20% случаев отмечается «безболевого панкреатит». Приступы боли могут рецидивировать (тип А: непродолжительные приступы в течение до 10 дней на фоне длительных безболевых периодов), иногда возможны постоянные боли (тип В: более тяжелые и продолжительные эпизоды с безболевыми периодами длительностью 1–2 мес, чаще наблюдаются при алкогольном ХП). Феномен «выгорания ПЖ», в основе которого лежит прогрессирующий фиброз как следствие множественных повторных приступов панкреатита, сопровождающихся постепенным спонтанным стиханием боли одновременно с развитием экзокринной недостаточности, пока не является доказанным. Недостаточность внешнесекреторной функции ПЖ, проявляющаяся клинически, возникает только при снижении функциональной ак-

тивности железы более чем на 90%. Клиническими проявлениями нарушения всасывания жиров являются стеаторея и метеоризм, потеря массы тела (у 30–52% пациентов). У больных алкогольным панкреатитом признаки мальдигестии возникают в среднем через 10 лет от появления первых клинических симптомов. Также может встречаться мальабсорбция жирорастворимых витаминов и витамина В12, но клинически гиповитаминозы проявляются редко. У 70% пациентов с ХП со временем нарушается толерантность к глюкозе. Вероятность возникновения эндокринной недостаточности начинает постепенно повышаться спустя 10 лет после начала заболевания.

Стадии ХП.

Клинические проявления заболевания, а также выбор лечебной тактики, прогноз, значительно различаются в зависимости от его стадии.

I стадия характеризуется отсутствием клинической симптоматики заболевания. При случайном обследовании выявляют характерные для ХП изменения данных КТ или ЭРХПГ.

II стадия — стадия начальных проявлений, которые характеризуются частыми эпизодами обострения ХП, которые могут быть ошибочно быть расценены как острый панкреатит. С течением времени рецидивы становятся менее тяжелыми, но симптоматика сохраняется в периоды между приступами. На этой стадии может существенно ухудшаться качество жизни. Продолжительность стадии 5–7 лет.

III стадия — характерна персистирующая симптоматика ХП, прежде всего — абдоминальная боль. Пациенты значительно сокращают объем принимаемой пищи из-за опасения усиления боли, ярко проявляются признаки экзокринной и эндокринной панкреатической недостаточности.

IV стадия — атрофия поджелудочной железы, развитие экзокринной и эндокринной недостаточности, что проявляется стеатореей, похуданием

и сахарным диабетом. У многих больных снижается интенсивность боли. Могут развиваться тяжелые системные осложнения ХП и рак ПЖ.

Диагностика.

Диагноз устанавливается на основании:

- характерных приступов абдоминальной боли;
- признаков недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы у пациента, регулярно принимающего алкоголь и/или курильщика.

В пользу диагноза ХП может быть факт семейного анамнеза заболевания.

Лабораторная диагностика.

Исследование экзокринной функции ПЖ.

Метод количественного определения содержания жира в кале: чувствителен для диагностики недостаточности функции ПЖ на поздних стадиях. Тест проводится на фоне соблюдения в течение 5 дней диеты с высоким содержанием жира в отсутствие заместительной ферментной терапии, сбор кала осуществляется в течение 72 часов. В норме коэффициент абсорбции жира составляет не менее 92%

Определение активности эластазы-1 в кале.

Эластаза-1 сохраняет относительную стабильность по сравнению с другими ферментами ПЖ при прохождении по желудочно-кишечному тракту.

Определение эластазы в кале иммуноферментным методом (с помощью моноклональных антител) — имеет наибольшие преимущества, т. к. данным способом определяется лишь эластаза человека, поэтому результаты теста не зависят от проведения заместительной терапии.

Степени снижения содержания эластазы в кале:

- средняя или легкая — 101–200 мкг/г;

- тяжелая — 0–100 мкг/г что является показанием для пожизненной, чаще всего для т.н. высокодозной заместительной ферментной терапии.

Определение эластазы в динамике не рекомендуется, т.к. количество оставшихся, функционально готовых клеток ПЖ к секреции не может увеличиться.

Оценка нутритивного статуса расчете индекса массы тела (ИМТ), констатации факта потери веса и ее выраженности, наличии косвенных признаков трофологической недостаточности при общем осмотре больного — (анемия, трофические расстройства кожи, признаки квашиоркора и т.п.). Даже у больных ХП с нормальным или повышенным ИМТ часто развивается трофологическая недостаточность, а редукция массы тела является наиболее значимым потенциальным маркером риска развития трофологической недостаточности.

У больных ХП рекомендуется выполнение однократной оценки минеральной плотности костной ткани (методом рентгеновской денситометрии), так как *остеопороз* является доказанным осложнением ХП, возникающим в результате панкреатогенной мальабсорбции.

Инструментальная диагностика.

Используемые методы лучевой диагностики: рентгенография области ПЖ.

Трансабдоминальное УЗИ, определяет:

- расширение протоков, псевдокисты, кальцификацию, расширение общего желчного протока, воротной, селезеночной вены, асцит;
- компьютерная томография (с в/в контрастированием);
- эндоскопическое УЗИ;
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография ЭРХПГ (изменение структуры протоков, псевдокисты).

Компьютерная томография.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ).

Эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ) — сопоставимо с КТ по чувствительности при определении локализации конкрементов ПЖ даже мелких размеров (<3 мм).

ЭУЗИ и магнитнорезонансная панкреатохолангиография (МРПХГ) с секретинным тестом являются наиболее надежными методами визуализации изменений паренхимы и протоков ПЖ на ранних стадиях ХП, а также протоковых аномалий.

МРТ, МРХПГ.

Комбинация МРТ и МРХПГ со стимуляцией секретинном является наиболее точным методом верификации панкреатита минимальных изменений. Использование контрастирования (гадолиний) существенно повышает чувствительность метода при дифференциальной диагностике ХП и опухолей ПЖ. При выполнении МРПХГ можно определить с высокой точностью заполненные жидкостью структуры: ГПП и псевдокисты.

Лечение ХП.

Консервативное лечение направлено на купирование симптомов и предотвращение развития осложнений, при этом выделяют 6 главных задач:

1. Прекращение употребления алкоголя и отказ от курения вне зависимости от предполагаемой этиологии заболевания, суточных доз алкоголя и количества выкуриваемых сигарет в сутки, стажа употребления алкоголя и табакокурения-модификация образа жизни.
2. Определение причины боли в животе и попытка снижения ее интенсивности.
3. Лечение недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ.
4. Выявление и лечение эндокринной недостаточности на ранних стадиях до развития осложнений.
5. Нутритивная поддержка.

6. Скрининг аденокарциномы ПЖ, особенно при наследственном (семейном) панкреатите, отягощенном наследственном анамнезе по раку ПЖ, длительном анамнезе доказанного ХП, возрасте старше 60 лет.

Примеры формулировки диагноза:

- 1) Основной диагноз: хронический кальцифицирующий панкреатит токсической этиологии (этанол, курение), персистирующая болевая форма с экзокринной и эндокринной недостаточностью поджелудочной железы, панкреатогенный сахарный диабет, легкое течение, субкомпенсация. Осложнения: нутритивная недостаточность.
- 2) Основной диагноз: хронический идиопатический панкреатит, редко рецидивирующая болевая форма с экзокринной панкреатической недостаточностью. Осложнения: панкреатогенный сахарный диабет средней степени тяжести, инсулинопотребный, мелкая псевдокиста головки поджелудочной железы, не требующая дренирования, трофологическая недостаточность (снижение ИМТ, гипопротеинемия, В12- дефицитная анемия легкой степени).

IV. Вид занятия — практическое занятие

V. Продолжительность — 8 часов (2 занятия по 4 часа)

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал: таблицы, схемы, наборы УЗИ и дуоденограмм, копроцитограмм, анализов крови, мочи, кала, КТ поджелудочной железы, заключения эндоскопической ретроградной холецистопанкреатографии, учебно–методическое пособие к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних

болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов по теме, ситуационных задач.

Аппаратура — негатоскоп, аппараты для лабораторного исследования крови, мочи, кала, аппарат УЗИ, ЭВМ.

VI.2. ТСО (компьютер, негатоскоп, мультимедийный проектор)

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Задания для самоконтроля: (решение обучающимися индивидуальных наборов тестов по теме ХП)

Ниже даны образцы типовых тестовых заданий по теме занятия с инструкцией к выполнению и эталонами ответов. Весь набор тестов приводится в приложении.

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один правильный ответ):

1. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ХП МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) МРХПГ
- 2) ЭУЗИ органов брюшной полости
- 3) МРХПГ со стимуляцией секретинном
- 4) ЭРХПГ

Эталон ответа: 3

VII.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Определение ХП.
2. Факторы риска развития ХП?

3. Патогенез ХП?
4. Что лежит в основе классификации ХП?
5. Какие патоморфологические изменения наблюдаются в поджелудочной железе при ХП?
6. Каковы основные клинические синдромы, стадии ХП?
7. При каких заболеваниях органов пищеварительного тракта развивается обострение ХП?
8. Методы диагностики ХП, секреторной функции поджелудочной железы.
9. Какова дифференциальная диагностика ХП?
10. Охарактеризуйте осложнения ХП.
11. Каковы исходы ХП?
12. Медикаментозная терапия ХП (характеристика основных групп лекарственных препаратов, показания и противопоказания).
13. Неотложная помощь в период выраженного обострения ХП, его осложнений.
14. Профилактика ХП.

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного ХП по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация данных УЗИ, ЭУЗИ, дуоденограмм, копроцитограмм, анализов крови, мочи, кала, КТ и МРТ (МСКТ) поджелудочной железы, заключений эндоскопической ретроградной холецистопанкреатографии при ХП.

VII.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя

Курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследо-

ваний, оформление истории болезни больного; работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

№	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Вр.в мин.	Цель и характер деятельности обучающихся
1	Курация тематических больных с ХП	40	Умение собрать анамнез, провести физикальное обследование, сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение
2	Посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов и лабораторий. Наблюдение больных в ОИТ	30	Участие в обследовании (ФГДС, УЗИ ОБП, ЭКГ) и лечении курируемых больных. Участие в оказании неотложной помощи при обострении ХП и развитии его осложнений.
3	Анализ результатов дополнительных исследований больных ХП. Оформление истории болезни курируемого больного	20	Умение интерпретировать анализы крови, мочи, кала, копроцитограммы, дуоденограммы, УЗИ органов брюшной полости, и др.
4	Работа с компьютерными тренинговыми программами, мультимедийным атласом, аудио– и видеоматериалами	20	Закрепление знаний по теме, самопроверка уровня усвоения материала.

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

VIII.1. Контроль уровня освоения практических навыков

по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХП.

VIII.2. Контроль конечного уровня знаний по учебной теме путем решения тестовых заданий и ситуационных задач

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу) (ОПК–4, ПК–5)

1. НАЗОВИТЕ БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ И СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХП

1. Симптом Мейо — Робсона	А. Уменьшение толщины подкожного жирового слоя слева от пупка в области проекции ПЖ на переднюю стенку
2. Точка Дежардена	Б. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу
3. Симптом Грота	В. Болезненность кожи слева от пупка в области иннервации VIII грудных сегментов
4. Симптом Кача	Г. Болезненная точка на расстоянии 6 см от пупка по условной прямой, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной
5. Симптом Воскресенского	Д. Исчезновение пульсации аорты в области увеличенной поджелудочной железы

Эталон ответа: 1Б, 2Г, 3А, 4В, 5Д

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов)

1. У 52-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ МЕТЕОРИЗМ. ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ПОХУДЕЛ НА 8 КГ В СВЯЗИ С ДИАРЕЕЙ. В КАЛЕ СОДЕРЖИТСЯ ДО 20 Г ЖИРА. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО УЛУЧШАЕТСЯ ПРИ СОБЛЮЖДЕНИИ ДИЕТЫ С ПОЛНЫМ ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЖИРА. КАКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРАВИЛЬНЫЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) можно ожидать развития железодефицитной анемии
- 2) можно выявить нарушение толерантности углеводов
- 3) имеется алкогольный панкреатит

- 4) нарушена экзокринная функция поджелудочной железы по крайней мере на 90%

Эталон ответа: 3,4

Образец типовой задачи к теме XII.

К участковому терапевту обратилась женщина в возрасте 57 лет с жалобами на постоянную давящую боль в области эпигастрия опоясывающего характера с иррадиацией в спину, левую лопатку, которые усиливались спустя 30–40 минут после приема жирной, острой пищи, а также алкоголя. Боль утихала, если пациентка находилась в сидячем или в наклонном положении. Пациентка отмечает похудение (мало ела, так как боялась болевых ощущений), сухость кожи, отрыжку воздухом, вздутие живота, метеоризм, часто стал беспокоить стул (кашицеобразный, «плохосмываемый» стул со зловонным запахом, диарея).

Пациентка считает себя больной на протяжении 5 лет, не обращалась к врачу, так как такие симптомы были эпизодическими, и не придавала этому большое значение, боль купировала анальгетиками (анальгин, кетонал), спазмолитиками (но-шпа).

Анамнез жизни: пациентка работает на заводе, злоупотребляет алкоголем на протяжении 10 лет, принимает ежедневно более 100 мл, питание нарушено, нерегулярное (часто пропускает приемы пищи). Часто принимала НПВС (кетонал, ибупрофен)

Анамнез заболевания: почувствовала ухудшение 1,5 месяца назад, стали беспокоить постоянные давящие боли в области эпигастрия опоясывающего характера с иррадиацией в спину, левую лопатку, которые усиливались через 30–40 мин после приема жирной, острой пищи и алкоголя, боль не купировалась анальгетиками и спазмолитиками, стали беспокоить похудение, сухость кожи, отрыжка воздухом, метеоризм, а также кашицеобразный «плохосмываемый» стул.

Объективный осмотр: пониженная масса тела (рост 175, вес 59 кг, ИМТ=19 кг/м²) Кожные покровы сухие, слабой эластичности, тургор сни-

жен. Кожные покровы живота усыпаны «рубиновыми» капельками (пятна Тужилина). Ногтевые пластинки не изменены. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Язык бардового цвета, суховат. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Отёков нет. Видимые слизистые бледно-розового цвета. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. ЧД 17 в минуту. При аускультации сердца: тоны сердца звучные, ритм тонов правильный. АД 125/85 мм.рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, не напряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках. Пальпация области сердца: верхушечный толчок не пальпируется. При осмотре живота: округлой формы, симметрично участвует в акте дыхания, присутствует атрофия подкожной жировой клетчатки в проекции поджелудочной железы (*симптом Грота*); при перкуссии живота- высокий тимпанит вследствие вздутия живота.

При пальпации живота: отмечается болезненность в зоне Губергрица-Скульского, точке Губергрица; симптом Мейо-Робсона (боль при надавливании в левом реберно-позвоночном углу), положительный симптом Кача (кожная гиперестезия в зоне иннервации VIII грудного сегмента слева), также отмечается болезненность в зоне Шоффара. При глубокой пальпации патологии со стороны толстой кишки, печени не выявлено. Щитовидная железа не увеличена, селезенка не пальпируется. Размеры печени по Курлову — 10 x 9 x 8 см. Нижний край печени мягкий, ровный, без болезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Диурез не нарушен, регулярный. Стул: диарея, кашицеобразный, обильный, 3–6 раз в сутки, зловонный, с жирным блеском, плохо смывается с унитаза, содержит непереваренные частицы пищи.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- *OAK:* *HGB* — 130 г/л, *PLT* — $300 \cdot 10^9$ /л, *СОЭ* — 23 мм/ч, *WBC* — $12 \cdot 10^9$ /л (палочкоядерные нейтрофилы — 8%, сегментоядерные

нейтрофилы — 68%, эозинофилы — 2%, лимфоциты — 20%, моноциты — 2%);

- *БАК*: α -амилазы — 420МЕ/л, липаза — 270 МЕ/л, трипсина — 120мкг/л(N=10-60), γ -глобулинов — 29%, серомукоид — 400 ЕД, глюкоза — 4,5 ммоль/л, СРБ повышен;
- *диастаза мочи* — 256 ед/л;
- *копроцитограмма*: мазеподобная консистенция, непереваренная клетчатка, креаторея, стеаторея, амилорея;
- *панкреозиминный тест*: уровень панкреатических ферментов в сыворотке крови по сравнению с исходным возрос на 50%;
- *УЗИ трансабдоминальное*: неоднородность структуры поджелудочной железы с участками повышенной эхогенности, наличие кальциевых конкрементов диаметром 5 см;
- *мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)*: атрофия железы, наличие конкрементов в протоках, дилатация ГПП, интра- и перипанкреатические кисты, утолщение перипанкреатической фасции;
- *эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУЗИ)*: Эхогенные структуры ≥ 2 мм в длину и ширину с тенью; эхогенные структуры в ГПП с акустической тенью, 3 аноэхогенные структуры цилиндрической формы, каждая ≥ 1 мм в ширину, идущих от ГПП (расширение боковых протоков), расширение ГПП: 4,0 мм в теле или 1,8 мм в хвосте, имеется неровность контуров ГПП и тенденция к его расширению;
- *МРТ (МРХПГ)* с высокой точностью определяет структуры, заполненные жидкостью: главный панкреатический проток и псевдокисты;
- *анализ на гликозилированный гемоглобин*: 6,4%;

- *-дуоденография в условиях гипотонии* — на обзорной рентгенограмме-обызвестление поджелудочной железы;
- *определение панкреатической эластазы кала* — 155мкг/г кала.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз по классификации ВОЗ. Какие факторы риска имеются у больного? (ОПК–5, ПК–6)
2. Перечислите клинические синдромы. (ОПК–5, ПК–6)
3. Каковы патогенетические механизмы заболевания у данной больной? (ОПК–4, ПК–5)
4. Определите степень тяжести экзокринной недостаточности (ОПК–4, ПК–5)
5. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию (ОПК–7, ПК–8)
6. Дайте рекомендации по образу жизни. (ОПК–5, ПК–6)

Эталоны ответов

1. Хронический кальцифицирующий панкреатит токсической формы (этанол), персистирующая болевая форма с выраженной экзокринной недостаточностью, стадия обострения.

Хронический кальцифицирующий панкреатит выставлен:

- на основании жалоб (постоянная давящая боль в области эпигастрия опоясывающего характера с иррадиацией в спину, левую лопатку, которые усиливались спустя 30–40 минут после приема жирной, острой пищи, а также алкоголя, отрыжка воздухом, похудание, кашицеобразный стул со зловонным запахом);
- на основании объективного обследования: характерные клинические положительные синдромы при пальпации (в зоне Губергрица-Скульского, точке Губергрица; симптом Мейо-Робсона (боль при надавливании в левом реберно-позвоночном углу). Положительный симптом Кача (кожная гиперестезия в зоне иннервации VIII грудного сегмента слева), также отмечается болезненность в зоне Шоффара);

- на основании лабораторных и инструментальных данных (отмечаются повышение содержания в крови амилазы, трипсина, липазы, серомукоидола, повышение содержание диастазы в моче; подтверждено ЭУЗИ, МСКТ наличие конкрементов, неравномерность и дилатация ГПП).

Копроцитограмма (стеаторея, амилорея, креаторея) и т.д.

Персистирующая болевая форма так как для пациента характерна боль типа В: более тяжелые и продолжительные эпизоды с безболевыми периодами длительностью 1–2 мес, чаще наблюдаются при алкогольном ХП, кроме этого присутствует экзокринная недостаточность (нарушения всасывания жиров являются стеаторея, амелорея, креаторея и метеоризм, потеря массы тела), стадия обострения так как повышен СРБ, СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево, выраженный болевой синдром и т.д.

Факторы риска: частое употребление алкоголя (более 10 лет, ежедневно более 100 мл), нерациональное питание (жирная, острая пища, нерегулярное питание), неконтролируемое употребление НПВС (Кетонал, Ибупрофен).

2. Болевой, диспепсический (похудание, поносы, отрыжка воздухом), синдром недостаточного пищеварения и всасывания (амилорея, стеаторея, креаторея- мальабсорбция), мальдигестии (кашицеобразный стул, похудание, сухая кожа (нарушение содержание нутриентов из-за плохого пищеварения)).
3. Исходя из того, что хронический кальцифицирующий панкреатит имеет алкогольную природу, можно предположить, что нарушаются процессы образования литостатина, который контролирует содержание кальция в растворимом состоянии и ингибирует нуклеацию, агрегацию и, следовательно, контроль образования солей кальция в белковые пробки. В результате образуются кальциевые конкременты. Так же этанол имеет токсическое действие в отношении самих

клеток поджелудочной железы, в результате чего в них нарушается кровообращение, они атрофируются и кальцифицируются.

4. Исходя из данных определения панкреатической эластазы кала 155 мкг/г кала — экзокринная недостаточность средней степени (0–100 мкг/г — тяжелая; 101–200 — средняя или легкая).

5. *Лечение исходя из патогенеза:*

- Голод в течение 1-3 дней.
- Придерживание Диеты №5.

- а) Средства, подавляющие панкреатическую и желудочную секрецию:

Октреатид (ингибирует желудочную секрецию и панкреатическую секрецию, оказывает цитопротективное действие)

Rp: Sol. Octreotidi 0.05 % — 1 ml

D.t.d: №5 in amp.

S: Подкожно 1–2 раза в день.

или подавление желудочной секреции (ингибитор протоновой помпы — омепразол)

Rp: Omeprazoli 0,02

D.t.d: №20 in caps.

S: Внутрь по 1 капсуле 1 раз в день до еды.

- б) Ингибиторы протеаз (антиферментные препараты) (для ингибирования циркулирующих в крови панкреатических ферментов, а также с противовоспалительной целью)

Rp: Sol. Aprotinini 10 ml (100 000 ED)

D.t.d.N. 25 in amp.

S. По схеме.

- с) Анальгизирующие средства (ненаркотические анальгетики):

Rp.: Sol. Analgini 50 % — 2,0

D. t. d. N 10 in ampull.

S. По 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки.

Инфузионная терапия (с целью дезинтоксикации, коррекции гемореологии, электролитного и кислотно-основного баланса)

Rp.: Solutionis Natrii chloridi isotonicae 0,9% — 400 ml

S. Для внутривенно капельно введения 1-2 раза в сутки.

d) Средства, улучшающие микроциркуляцию в поджелудочной железе

Rp.: Sol. "Actoveginum" 4% — 5 ml

D. №10 in amp.

S.: Вводить по 5 мл внутримышечно 1 раз в сутки ежедневно. Курс лечения 10–20 инъекций.

Модификация образа жизни: полный отказ от алкоголя, правильное питание (исключение тяжелых животных жиров, острых приправ, регулярное, дробное), адекватная поддерживающая терапия, активный образ жизни (оптимальные физические нагрузки), коррекция дефицита жирорастворимых витаминов (К,Е,Д,А)

IX. Место проведения самоподготовки

Читальный зал, учебная комната для самостоятельной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, лаборатории и кабинеты функциональной диагностики, учебная комната с ЭВМ, конференцзал клиники.

X. Учебно–исследовательская работа обучающихся по теме XII

1.	Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ХП.
2.	Составить реферативное сообщение по неотложной помощи в период выраженного обострения ХП и его осложнений.
3.	Анализ историй болезни, интерпретация лабораторных и инструментальных методов исследования поджелудочной железы по материалам клинической базы кафедры.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ
ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ «ХРОНИЧЕСКИЙ
ПАНКРЕАТИТ» С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом:

1. ИЗ КОЖНЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ ХП ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–4, ПК–5)
 - 1) сосудистые звездочки
 - 2) ксантомы
 - 3) «рубиновые капельки»
 - 4) следы расчесов
 - 5) желтушность

2. САМЫМ ЦЕННЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–4, ПК–5)
 - 1) лейкоцитоз
 - 2) уровень аминотрансфераз крови
 - 3) уровень амилазы крови и мочи
 - 4) уровень щелочной фосфатазы
 - 5) гипергликемия

3. КАКОЕ СРЕДСТВО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПК–7, ПК–8)
 - 1) антациды
 - 2) холинолитики
 - 3) циметидин
 - 4) трасилол
 - 5) тразикор

4. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ХП МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) МРХПГ
- 2) ЭУЗИ органов брюшной полости
- 3) МРХПГ со стимуляцией секретинном
- 4) ЭРХПГ

5. ПОД ВЛИЯНИЕМ КАКИХ ВЕЩЕСТВ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА УВЕЛИЧИВАЕТ СЕКРЕЦИЮ СОКА И БИКАРБОНАТОВ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) холецистокинина
- 2) секретина
- 3) атропина
- 4) молока
- 5) аскорбиновой кислоты

6. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) при язвенной болезни
- 2) при холелитиазе
- 3) при постгастрорезекционном синдроме
- 4) при хроническом колите
- 5) при лямблиозе

7. В БОРЬБЕ С БОЛЬЮ ПРИ ХП МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СРЕДСТВА ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) новокаина
- 2) фентанила
- 3) баралгина
- 4) морфина
- 5) НПВС

8. КАКОЙ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИЙ ФЕРМЕНТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОХРАНЯЕТ ОТНОСИТЕЛЬНУЮ СТАБИЛЬНОСТЬ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) амилаза
- 2) трипсин
- 3) эластаза 1
- 4) липаза

9. КАКОЙ СИМПТОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОПУХОЛИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) рвота
- 2) диарея
- 3) слабость
- 4) механическая желтуха
- 5) запоры

10. ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ХП ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) снижение секреции желудочного сока
- 2) повышение кислотности желудочного сока
- 3) активация ферментов в ткани поджелудочной железы
- 4) повышенная выработка желчи
- 5) повышение моторики желудочно-кишечного тракта

11. КАКАЯ ФОРМА ПАНКРЕАТИТА ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ КАЛЬЦИФИКАЦИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) после травмы живота
- 2) при хроническом алкоголизме
- 3) при желчнокаменной болезни
- 4) наследственный
- 5) при инфицировании вирусом эпидемического паротита

12. У 53-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ, С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩЕГО АЛКОГОЛЕМ РАЗВИЛАСЬ БЕЗБОЛЕВАЯ ЖЕЛТУХА. ПРИ ЭРХПГ ВЫЯВЛЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СУЖЕНИЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА. ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНОГО (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) перидуктальный фиброз общего желчного протока вследствие хронического панкреатита
- 2) компрессия общего желчного протока вследствие формирования псевдокистоза поджелудочной железы
- 3) опухоль поджелудочной железы с вовлечением общего желчного протока
- 4) опухоль общего желчного протока
- 5) стриктура общего желчного протока вследствие холелитиаза

13. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХП ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) рвота
- 2) изжога
- 3) отрыжка
- 4) боль в животе
- 5) метеоризм

14. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) язвенной болезни
- 2) холелитиазе
- 3) постгастрорезекционном синдроме
- 4) хроническом колите
- 5) лямблиозе

15. ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХП ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) сдавление общего желчного протока головкой поджелудочной железы
- 2) повышенный гемолиз
- 3) отрыжка
- 4) метеоризм

16. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО ФЕРМЕНТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ИФА ВОЗМОЖНО БЕЗ ОТМЕНЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) липаза
- 2) эластаза 1
- 3) химотрипсин
- 4) амилаза

17. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАРУШЕНИИ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) трипсин
- 2) глюкоза
- 3) липаза
- 4) амилаза
- 5) секретин

18. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХП (ОПК–7, ПК–8)

- 1) атропин
- 2) квамател
- 3) трамадол
- 4) морфин
- 5) новокаин

19. НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)
- 2) ЭУЗИ
- 3) компьютерная томография органов брюшной полости
- 4) обзорная рентенография органов брюшной полости

20. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ХП БОЛЬНОМУ ДАЖЕ С МИНИМАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) ЭРХПГ
- 2) МСКТ
- 3) ЭУЗИ органов брюшной полости
- 4) МРХПГ со стимуляцией секретинном
- 5) УЗИ органов брюшной полости

Тестовые задания на установление соответствия:

1. БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ И СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХП (ОПК–4, ПК–5)

1) точка Мейо-Робсона	А. Атрофия подкожной жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку
2) точка Дежардена	Б. Болезненность на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и середину реберной дуги
3) симптом Гротта 4) симптом Кача	В. Болезненность кожи слева от пупка в области иннервации VIII грудных сегментов
5) симптом Воскресенского	Г. Болезненная точка на расстоянии 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной
	Д. Исчезновение пульсации аорты в области увеличенной поджелудочной железы

2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХП СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СИНДРОМОВ (ОПК–5, ПК–6)

1) воспалительно-деструктивный 2) желтуха	А. Обменные нарушения, кишечная диспепсия, изменения кожи
3) симптом нарушения внешней секреции	Б. Утомляемость, раздражительность, слабость, нарушения сна В. Боль, симптомы интоксикации, увеличение железы
4) нарушения внутренней секреции 5) астенический	Г. Сахарный диабет, гипогликемические состояния Д. Кожный зуд, обесцвечивание кала, потемнение мочи

3. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХП НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ (ОПК–4, ПК–5)

1) симптом поворота	А. кожная гиперестезия по паравертебральной линии слева в зоне иннервации VII–VIII грудного сегмента.
2) симптом натяжения брызжейки	Б. Усиление болей при поколачивании сзади слева вдоль длинной оси ПЖ В. Болезненность при надавливании между ножками грудины — ключично — сосцевидной мышцы слева у прикрепления к медиальному концу ключицы
3) симптом хвоста	Г. При положении больного на спине пальпация в точке Мейо-Робсона болезненна, при повороте на левый бок болезненность при пальпации в этой точке уменьшается
4) френикус-симптом (Мюсси)	
5) симптом Кача	Д. В положении на левом боку усиление болей при отведении руки от передней брюшной стенки

4. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХП (ОПК–5, ПК–6)

1) кровотечение	А. Расширение протоков и аутолиз ткани железы
2) асцит	Б. Варикозное расширение вен пищевода, разрыв псевдокисты, эрозии слизистой ЖКТ, нарушение свертывающей системы крови
3) образование псевдокист	В. Изменение проницаемости сосудистой стенки, раздражающее действие на серозные оболочки

4) артрит	Г. Сдавление портальной вены
5) плеврит	Д. Развитие бактериального воспалительного процесса в серозных оболочках

5. О КАКИХ НАРУШЕНИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ УКАЗАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ (ОПК–4, ПК–5)

1) уровень глюкозы крови натощак 7,8 ммоль/л	А. Проявление воспалительного синдрома
2) стеаторея	Б. Синдром нарушения внутренней секреции ПЖ
3) гипокальциемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипомagneмия	В. Синдром нарушения внешней секреции ПЖ
4) прямой билирубин крови 22,8 ммоль/л	Г. Механическая желтуха
5) лейкоциты крови $12,3 \cdot 10^9$ /л	Д. Нарушение всасывания электролитов

6. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ УКАЗАННЫХ ПРЕПАРАТЫ (ОПК–7, ПК–8)

1) платифиллин	А. Снижение внутрипротокового давления, улучшение оттока
2) фамотидин	Б. Подавление активности фермента поджелудочной железы
3) трасилол	В. Подавление секреции поджелудочной железы
4) креон	Г. Возмещение внешнесекреторной недостаточности
5) ретаболил	Д. Повышение синтеза белка, улучшение белкового обмена

7. ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХП (ОПК–4, ПК–5)

1) трансабдоминальное УЗИ	А. Метод выбора для первичной диагностики ХП, определение локализации конкрементов и опухолей >5 мм, дилатации главного панкреатического протока (ГПП)
2) эндоскопическое УЗИ (ЭУЗИ)	Б. Определение расширения протоков, псевдокист, расширение общего желчного протока, воротной вены, атрофия паренхимы
3) мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)	В. Высокая точность определения заполненных жидкостью структур, визуализация псевдокист и ГПП, включая боковые ветви. Оценка

	секреторного резерва ПЖ
4) магнитнорезонансная панкреатохолангиография (МРХПГ) с секретинным тестом	Г. Снижение интенсивности сигнала на T1WI при подавлении сигнала от жировой ткани и снижение контрастности ПЖ
5) магнитнорезонансная томография (МРТ) органов брюшной полости	Д. Метод визуализации паренхимы и протоков ПЖ на ранних стадиях, а также протоковых аномалий

8. НАЗОВИТЕ БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ И СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХП (ОПК–4, ПК–5)

1) симптом Мейо-Робсона	А. Уменьшение толщины подкожного жирового слоя слева от пупка в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку
2) точка Дежардена	Б. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу
3) симптом Грота	В. кожная гиперестезия по паравертебральной линии слева в зоне иннервации VII-VIII грудного сегмента
4) симптом Кача	Г. Болезненная точка на расстоянии 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной
5) симптом Воскресенского	Д. Исчезновение пульсации аорты в области увеличенной поджелудочной железы

9. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХП (ОПК–5, ПК–6)

1) кровотечение	А. Расширение протоков и аутолиз ткани железы
2) асцит	Б. Варикозное расширение вен пищевода, разрыв псевдокисты, эрозии слизистой ЖКТ, нарушение свертывающей системы крови
3) образование псевдокист	В. Изменение проницаемости сосудистой стенки, раздражающее действие на серозные оболочки
4) артрит	Г. Сдавление портальной вены
5) плеврит	Д. Развитие бактериального воспалительного процесса в серозных оболочках

10. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХП, УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ (ОПК–7, ПК–8)

1) ферменты поджелудочной железы	А. Фамотидин, ранитидин
2) Н-2блокаторы гистаминовых рецепторов	Б. Октреотид В. Омепразол, рабепразол
3) ингибиторы протеаз	Г. Креон, микрозим
4) ингибиторы протонной помпы	
5) ингибитор синтеза гастрина и других стимуляторов секреции п/ж	Д. Гордокс, трасилол, контрикал

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) язвенной болезни
- 2) хроническом колите
- 3) постгастрорезекционном синдроме
- 4) холелитиазе

2. ЭРХПГ С СЕКРЕТИНОВЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) методом выбора для первичной диагностики ХП
- 2) методом визуализации протоковых аномалий на ранних стадиях
- 3) методом визуализации жидкостных структур, псевдокист
- 4) методом идентификации начальных морфологических изменений протоков ПЖ
- 5) методом оценки внешнесекреторного резерва ПЖ

3. ПРИЗНАКИ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХП (ОПК–4, ПК–5)

- 1) потеря в весе
- 2) гипотрофия мышц
- 3) остеопороз
- 4) признаки гиповитаминоза

4. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА (ОПК–4, ПК–5)

- 1) уровень ретинол-связывающего белка
- 2) уровень витамина В₁₂
- 3) уровень трансферрина
- 4) уровень магния, цинка
- 5) абсолютное число лимфоцитов в отсутствии других причин лимфоцитопении

5. МЕРЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ ХП, ОСЛОЖНЕННОГО ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (ОПК–7, ПК–10)

- 1) внутривенное вливание (в/в) раствора нитроглицерина
- 2) в/в свежзамороженная плазма с добавлением викасола
- 3) этамзилат
- 4) аскорбиновая кислота в больших дозах

6 ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) поступление ферментов из протоков железы в кровь при повышении внутрипротокового давления
- 2) некроз клеток железы
- 3) пропотевание ферментов при нарушении проницаемости оболочки клетки
- 4) повышение функциональной активности железы

7. ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ ПРИ ХП (ОПК–5, ПК–6)

- 1) сахарный диабет, нарушение толерантности к глюкозе
- 2) стеаторея
- 3) снижение секреции инсулина и глюкагона
- 4) желтуха

8. СИМПТОМЫ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) стеаторея
- 2) лейкоцитоз
- 3) нарушение толерантности углеводов
- 4) артериальная гипотония
- 5) гиперамилаземия

9. ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕЙ СЕКРЕЦИИ ПРИ ХП (ОПК–5, ПК–6)

- 1) слабость, похудание
- 2) обменные нарушения
- 3) симптомы кишечной диспепсии
- 4) уменьшение количества панкреатического сока и снижение его ферментативной активности

10. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БЕЛКОВО–ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) ограничение количества принимаемой пищи
- 2) мальабсорбция
- 3) сахарный диабет
- 4) нарушение перистальтики кишечника
- 5) сопутствующий хронический алкоголизм

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме

«Хронический панкреатит»

Тестовые задания с одним правильным ответом

1) 3	6) 2	11) 2	16) 2
2) 3	7) 4	12) 1	17) 2
3) 4	8) 3	13) 4	18) 3
4) 3	9) 4	14) 2	19) 4
5) 2	10) 3	15) 1	20) 4

Тестовые задания на установление соответствия

1) 1Б, 2Г, 3А, 4В, 5Д	7) 1Б, 2Д, 3А, 4В, 5Г
2) 1В, 2Д, 3А, 4Г, 5Б	8) 1Б, 2Г, 3А, 4В, 5Д
3) 1Г, 2Д, 3Б, 4В, 5А	9) 1Б, 2Г, 3А, 4В, 5Д
4) 1Б, 2Г, 3А, 4Д, 5Д	10) 1Г, 2А, 3Д, 4В, 5Б
5) 1Б, 2В, 3Д, 4Г, 5А	
6) 1А, 2В, 3Б, 4Г, 5Д	

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами

1) 4	6) 123
2) 345	7) 13
3) 1234	8) 13
4) 12345	9) 1234
5) 1234	10) 12345

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ

I. Тема и ее актуальность

Хронический гепатит (ХГ) — полиэтиологический диффузный воспалительный процесс в печени, продолжающийся более 6 месяцев, характеризующийся гистиолимфоцитарной инфильтрацией портальных полей, гиперплазией звездчатых ретикулоэндотелиоцитов, умеренным фиброзом в сочетании с дистрофией гепатоцитов при сохранении архитектоники печени. ХГ является распространенным заболеванием, им страдают люди обоего пола различного возраста. В последние годы в связи с распространением наркомании существенно возросла частота хронических вирусных гепатитов В, С, D. Значимым в структуре гепатитов является также лекарственное и аутоиммунное поражение печени. Исходом ХГ может быть цирроз и рак печени. Значительная распространенность ХГ, частая малосимптомность течения, определяющая проблемы своевременной лабораторной диагностики, недостаточная эффективность специфической, в том числе противовирусной терапии и серьезные последствия болезни определяют актуальность проблемы.

II. Учебные цели

- изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ХГ, овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения ХГ, диагностики и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при печеночной недостаточности, геморрагическом синдроме и других осложнениях;
- формирование общепрофессиональных — ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7 и профессиональных компетенций ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11.

II.1. Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать

- современную этиологию и патогенез ХГ;
- современную классификацию ХГ;
- клинические и лабораторные синдромы ХГ, маркеры хронических вирусных гепатитов;
- показатели дополнительных методов исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, данные ИФА и ПЦР (маркеры вирусных гепатитов), УЗИ, ФГДС, сканирование печени, КТ, МРТ, ЭРПХГ, пункционная биопсия печени, лапароскопия);
- осложнения ХГ;
- принципы лечения и профилактики различных вариантов ХГ, терапевтические дозы препаратов;
- осложнения ХГ.

II.2. Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен уметь

- собрать анамнез у больного ХГ, по характерным анамнестическим данным определить этиологическую форму гепатита (вирусный, аутоиммунный, лекарственный и др.);
- провести общий осмотр и физикальное обследование органов желудочно-кишечного тракта (пальпация, перкуссия, аускультация) у больного с ХГ;
- сформулировать клинический диагноз согласно классификации ХГ, принятой на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе (1994) и по МКБ 10- пересмотра;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;

- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями (цирроз печени, рак печени, функциональные гипербилирубинемии и др.);
- назначить медикаментозную терапию;
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при осложнениях ХГ;
- определить меры профилактики ХГ.

II.3. Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования больных с заболеваниями печени (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ХГ (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза ХГ по современной классификации (ОПК–5, ПК–6);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХГ (ОПК–7, ПК–8);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при печеночной энцефалопатии, геморрагическом синдроме (ОПК–4, ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК–5, ПК–6).

III. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

III.1. Исходные базисные знания и умения

Дисциплины	Содержание знаний
Анатомия	Анатомо-физиологические особенности печени
Патофизиология	Патогенез холестатического синдрома. Внепеченочный и внутрипеченочный холестаз.
Патанатомия	Типы желтух и механизм их развития. Морфологическая характеристика ХПГ, ХАГ, холестатической формы болезни. Морфологические особенности вирусного, аутоиммунного, лекарственного ХГ. Исходы заболевания. Причины смерти.
Пропедевтика внутренних болезней	Симптомы ХГ. Методы физикальной и лабораторной диагностики.
Фармакология	Механизм действия лекарств, применяемых при лечении ХГ

III.2. Вопросы для самоподготовки

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Как определить понятие «хронический гепатит»?	1. Написать классификации ХГ (Лос-Анжелес, 1994; МКБ–10, 1992).
2. Каковы современные представления об этиологии ХГ?	2. Нарисовать схему патогенеза ХГ.
3. Что известно о патогенезе ХГ?	3. Перечислить основные клинические и лабораторные синдромы ХГ.
4. Какова современная классификация ХГ?	4. Написать характерный биохимический анализ крови больного с ХГ.
5. Что такое ХГ персистирующий, лобулярный и активный (по МКБ-10 пересмотра)?	5. Составить таблицу дифференциально-диагностических критериев основных вариантов ХГ.
6. Основные клинические синдромы ХГ.	6. Написать в виде рецептов основные группы препаратов для лечения ХГ (преднизолон, азатиоприн, делагил, плаквенил, велферон, роферон А, пегасис, энтекавир эссенциале, липоевая кислота, липамид, холестирамин, фламин, креон,
7. Какая желтуха может развиваться при ХГ? Дифференциальная диагностика желтух.	
8. Какие клинико-лабораторные особенности имеют вирусные ХГ? Маркеры хронических вирусных гепатитов. Фазы болезни.	
9. Какими клиническими и лабораторными признаками характеризуется ХГ аутоиммунный?	

10. Чем характеризуется ХГ с холестатическим синдромом?	карсил, легалон, гептрал, энтеродез).
11. Какие инструментальные методы обследования применяются для диагностики ХГ?	
12. Каковы принципы лечения ХГ?	

III.3. Дополнительный учебный материал

Классификация хронических гепатитов (Всемирный конгресс гастроэнтерологов, Лос-Анджелес, США, 1994)

По этиологии и патогенезу:

- Хронический вирусный гепатит В.
- Хронический вирусный гепатит С.
- Хронический вирусный гепатит D (дельта).
- Хронический вирусный гепатит неидентифицированный (F, G).
- Аутоиммунный гепатит.
- Хронический лекарственный гепатит.
- Криптогенный хронический гепатит (неустановленной этиологии).

По степени активности:

- Минимальная (по старой терминологии — персистирующий гепатит).
- Слабовыраженная.
- Умеренно выраженная.
- Выраженная (по старой терминологии — активный гепатит).

По стадии (степени выраженности и распространенности фиброза и развития цирроза):

- 0 — Без фиброза.
- 1 — Слабо выраженный перипортальный фиброз.
- 2 — Умеренный фиброз с портопортальными септами.
- 3 — Выраженный фиброз с портоцентрными септами.

- 4 — Цирроз печени, степень тяжести которого определяется выраженностью портальной гипертензии и печеночной недостаточности.

Основные клинические синдромы:

- Астеновегетативный.
- Диспептический.
- Холестатический.
- Цитолитический.
- Печеночно-клеточной (гепатоцеллюлярной) недостаточности.

При хроническом вирусном гепатите В выделяют:

- фазу репликации (активный период, *HbeAg*–позитивный);
- фазу интеграции (неактивный период или период минимальной активности, *HbeAg*–негативный);
- выделяют также мутантный *HbeAg*–негативный вариант хронического гепатита с сохраняющейся репликативной активностью.

При хроническом вирусном гепатите С выделяют: фазу репликации (при выявлении HCV– РНК).

При хроническом вирусном гепатите D выделяют: фазу репликации (при выявлении HDV– РНК).

IV. Вид занятия: практическое занятие

V. Продолжительность занятия: 4 часа

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

VI.2. ТСО (компьютер, видеодвойка, мультимедийный проектор)

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ):

1. РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА "ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ" ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) перенесенный вирусный гепатит
- 2) данные гистологического исследования печени
- 3) наличие в крови противовирусных антител
- 4) периодический субфебрилитет иктеричность боли в правом под-
реберье умеренная гепатомегалия

Эталон ответа: 3

VII.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия

1. Дайте определение ХГ.
2. Каковы факторы риска развития хронического вирусного, лекар-
ственного, аутоиммунного гепатитов?
3. Назовите основные общие факторы патогенеза ХГ
4. Что лежит в основе классификации ХГ?
5. Какие патоморфологические, гистологические изменения наблюда-
ются в печени?
6. Основные клинические проявления ХГ.
7. Назовите основные методы выявления и дифференциальной диагно-
стики ХГ.
8. Охарактеризуйте осложнения ХГ.
9. Постройте алгоритм ведения больного при выявлении ХГ.
10. Принципы лечения вирусного, аутоиммунного, лекарственного ХГ.
11. Неотложная помощь при осложнениях печеночной энцефалопатии,
геморрагическом синдроме.
12. Профилактика ХГ.

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного с заболеваниями печени (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация типичных общего, биохимического и иммунологического анализов крови, УЗИ ОБП, ЭРПХГ, КТ, МРТ органов брюшной полости.

VII.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя

- курация тематических больных, посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов, анализ результатов дополнительных исследований, оформление истории болезни больного;
- работа с обучающими компьютерными программами, учебным аудиоматериалом, мультимедийным атласом, просмотр учебного видеофильма.

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Разбор проведенной курации больных с ХГ, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ХГ.

VIII. 1. Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты, ситуационные задачи

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ПРИ ХГ (ОПК–5, ПК–6)

1. HBsAg	А. Подтверждение вирусного гепатита С
2. выявление <i>IgG, IgM к HCV</i> в крови	Б. Маркер активной фазы вирусного гепатита В
3. <i>HBeAg</i>	В. Скрининговый маркер вирусного гепатита В
4. Выявление <i>DNA-р HBV</i> в крови	Г. Маркер репликативной фазы вирусного гепатита С
5. Выявление <i>RNA–HCV</i> в крови	Д. Маркер репликативной фазы вирусного гепатита В

Эталон ответа: 1В, 2А, 3Д, 4Д, 5ГА

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. ИНФОРМАТИВНЫМИ ТЕСТАМИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМИ ОБ АКТИВНОСТИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) определение сывороточных антител к вирусам класса М G
- 2) определение в крови вирусных антигенов
- 3) определение вирусных ДНК/РНК в крови
- 4) определение содержания трансаминаз в крови

Эталон ответа 1–1, 2, 3, 4

Образец типовой ситуационной задачи (ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7, ПК–5, ПК–6, ПК–8)

Больной С., 26 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести, дискомфорт в правом подребрье, слабость, повышенную утомляемость, незначительное повышение Т (до 37,2°).

Впервые подобные жалобы возникли полгода назад, но больной к врачам не обращался, не лечился. В течение последней недели заметил появление небольшой желтушности кожи, в связи с чем, обратился к участковому врачу.

В анамнезе больного: эпизод внутривенной наркомании, злоупотребление алкоголем отрицает, инфекционный гепатит в детстве отрицает,

имеет длительный стаж курения, отмечает нерегулярное питание, частое употребление жирной, жареной пищи.

При осмотре: состояние средней тяжести, отмечается субиктеричность кожи и склер. По органам грудной клетки без особенностей. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный, в правом подреберье пальпируется край печени, гладкий, положителен симптом Кера. Размеры печени по Курлову 12 x 10 x 9 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Было проведено обследование: общий анализ крови: НВ — 125 г/л, RBC — $4,6 \times 10^{12}$ /л, WBC — $9,6 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ — 25 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес — 1012, белок, глюкоза отрицат., лейкоциты — 2–4 в поле зрения, эритроцитов нет, желчные пигменты отрицательны. По данным биохимии крови общий белок — 75 г/л, общий билирубин — 45 ммоль/л, АЛТ — 226 ед, АСТ-80 ед., глюкоза — 4,1 ммоль/л, креатинин — 98 мкмоль/л. По результатам УЗИ ОБП выявлена умеренная гепатомегалия, утолщение стенок желчного пузыря до 4 мм

Вопросы к задаче:

1. Выделите клинические синдромы. (ОПК–4, ПК–5)
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. (ОПК–5, ПК–6)
3. Какие факторы риска поражения печени имеются у больного? (ОПК–4, ПК–5)
4. Сформулируйте алгоритм дальнейших исследований. (ОПК–5, ПК–6)
5. Назовите основные серологические маркеры вирусных гепатитов В и С (ОПК–5, ПК–6).
6. Назначьте необходимое лечение (ОПК–7, ПК–8).
7. Какие осложнения данного заболевания возможны? (ОПК–7, ПК–8)

Эталоны ответов к задаче:

1. Основные синдромы — астенический, гепатомегалии, холестатический, цитолитический.
2. Хронический вирусный гепатит (В или С), активная фаза (репликация). Соп.: Хронический бескаменный холецистит.
3. Внутривенная наркомания, неправильное питание.
4. Далее кровь на маркеры вирусных гепатитов В и С, определение маркеров активности (ПЦР), при необходимости другие иммунологические исследования (противопеченочные антитела).
5. *HBsAg, HBeAg, HBcAg*, антитела к ним (*IgG, M*), антитела к *HCV(IgG, M)*, фрагменты ДНК/РНК вирусов в крови.
6. Препараты α -интерферона, гепатопротекторы, урсодезоксихолевая кислота.
7. Прогрессирование заболевания ведет к формированию цирроза печени, при тяжелом течении вирусного гепатита возможно развитие острой печеночной недостаточности, присоединение геморрагического синдрома.

IX. Место проведения самоподготовки

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, модуль практических навыков, компьютерный класс.

X. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме

1. Составить реферативное сообщение о современных методах диагностики и лечения аутоиммунного ХГ.
2. Составить реферативное сообщение по диагностике и лечению лекарственного ХГ.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ
ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ «ХРОНИЧЕСКИЙ
ГЕПАТИТ» С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом:

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) показателей бромсульфалеиновой пробы
- 2) уровня гамма-глобулинов
- 3) уровня aminотрансфераз
- 4) уровня щелочной фосфатазы
- 5) уровня кислой фосфатазы

2. НЕХАРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ХГ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) диспептический
- 2) астеновегетативный
- 3) синдром цитолиза
- 4) гепатомегалия

3. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА И ЦИРРОЗА ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) наличие цитолитического синдрома
- 2) наличие холестатического синдрома
- 3) отсутствие портальной гипертензии
- 4) мезенхимально-воспалительный синдром

4. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ КОТОРОМ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) вирусный гепатит С
- 2) синдром Жильбера
- 3) хронический аутоиммунный гепатит
- 4) цирроз печени

5. В ПАТОГЕНЕЗЕ АУТОИММУНОГО ГЕПАТИТА ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) воспалительная инфильтрация ткани печени
- 2) образование аутоантител к клеткам печени, поджелудочной железы, почек
- 3) внутрипеченочный холестаз
- 4) вирусная персистенция

6. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СПРАВЕДЛИВЫ ДЛЯ ГЕПАТИТА В, КРОМЕ ОДНОГО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) вирус гепатита В не оказывает прямого цитопатогенного действия на гепатоциты
- 2) латентные формы гепатита В значительно чаще приобретают хроническое течение
- 3) с репликативной фазой развития хронической вирусной инфекции связаны активность и прогрессирование хронического гепатита В
- 4) гистологическое исследование биоптата печени при ХГВ выявляет лимфоидно-гистиоцитарную инфильтрацию долек печени и портальных трактов

7. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНУЮ СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА (ОПК–7, ПК–8)

- 1) глюкокортикоиды и урсодезоксихолевая кислота

- 2) интерфероны и нуклеозиды
- 3) делагил и витамины группы В
- 4) глюкокортикоиды и азатиоприн

8. ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) многолетнее рецидивирующее течение
- 2) дебют заболевания связан с приемом НПВС
- 3) эффективно назначение нуклеозидов
- 4) наличие специфических иммунологических маркеров

9. КАКОЙ ИЗ МАРКЕРОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ (ОПК-5, ПК-6):

- 1) *HBsAg*
- 2) *HBcAg*
- 3) *HBeAgIgG*
- 4) *HBcAgIgM*
- 5) *HBeAg*

10. К ПЕЧЕНОЧНО-СПЕЦИФИЧЕСКИМ ФЕРМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ ОДНОГО (ОПК–4, ПК–5)

- 1) КФК-МВ
- 2) холинэстераза
- 3) урокиназа
- 4) аргиназа
- 5) орнитинкарбамилтрансфераза

11. ПРЕПАРАТОМ, ДОКАЗАВШИМ СВОЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) эссенциале-форте
- 2) сандостатин

- 3) преднизолон
- 4) а-интерферон
- 5) гептрал

12. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ХОЛЕСТАТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гиперпротеинемия
- 2) повышение уровня непрямого билирубина
- 3) увеличение уровня трансаминаз
- 4) увеличение содержание в крови прямого билирубина и щелочной фосфатазы

13. ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ВОЗНИКШЕГО ПРИ ХГ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гранулоцитопения
- 2) тромбоцитопения
- 3) снижение уровня трансферрина
- 4) эритропения

14. СИНДРОМ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ В КРОВИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гамма-глобулинов
- 2) холестерина
- 3) активности щелочной фосфатазы
- 4) билирубина
- 5) альбумина

15. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ХГ ОТНОСЯТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) желтуха

- 2) упорный кожный зуд
- 3) лимфаденопатия
- 4) снижение массы тела

16. КРИТЕРИЯМИ ОБОСТРЕНИЯ ХГ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ ОДНОГО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) артралгии
- 2) увеличение СОЭ
- 3) гиперферментемия
- 4) гипербилирубинемия
- 5) гиперкалиемия

17. ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В АКТИВНОЙ ФАЗЕ ОТ ПРОЧИХ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение содержания в крови печеночных ферментов
- 2) гистологические изменения
- 3) специфические иммунологические маркеры
- 4) гепатомегалия
- 5) желтуха

18. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ФАЗЕ РЕМИССИИ НЕХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) астеновегетативный синдром
- 2) диспепсический синдром
- 3) цитолитический синдром
- 4) гепатомегалия

19. ВЫДЕЛИТЕ ПРИЗНАК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение уровня гамма-глобулинов

- 2) снижение уровня липопротеидов сыворотки крови
- 3) повышение уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- 4) повышение уровня АЛТ и АСТ в сыворотке крови

20. ОСНОВНЫМ СКРИНИНГОВЫМ МАРКЕРОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) *HBeAg*
- 2) *HBc Ag*
- 3) *HBsAg*
- 4) *DNA-HBV* в крови

21. В ПАТОГЕНЕЗЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) вирусная интеграция
- 2) вирусная репликация
- 3) воспалительная инфильтрация ткани печени
- 4) фиброз

22. МАРКЕР ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ТОЛЬКО ПРИ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) *HBeAg*
- 2) *HBsAg*
- 3) *HBc Ag*
- 4) *IgG к HBV*

23. В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ОСНОВНЫМИ ГРУППАМИ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) гепатопротекторы
- 2) интерфероны
- 3) цитостатики
- 4) глюкокортикостероиды

24. В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ОПТИМАЛЬНО НАЗНАЧИТЬ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) нуклеозиды
- 2) интерфероны
- 3) цитостатики
- 4) комбинацию глюкокортикостероидов и цитостатиков

25. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ГЕПАТИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ (ОПК–7, ПК–11)

- 1) аминокaproновой кислоты
- 2) викасола
- 3) этамзилата
- 4) свежзамороженной плазмы

Тестовые задания на установление соответствия:

1. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ УКАЗАННЫХ СРЕДСТВ И ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ХГ (ОПК-7, ПК-8)

1) метандростенолон, ретаболил	А. Улучшают обмен в печеночных клетках
2) витамины В1, В6, В12, С, липоевая кислота, эссенциале, гептрал	Б. Уменьшают кожный зуд и способствуют связыванию патологических иммунных комплексов
3) гемо- и лимфосорбция	В. Дезинтоксикационное действие
4) 5% раствор глюкозы, препараты янтарной кислоты	Г. Усиление репаративных процессов в печени
5) глюкокортикостероиды, аминохинолиновые производные (делагил) и цитостатики (азатиоприн, меркаптопурин)	Д. Средства противовоспалительного и иммунодепрессивного действия

2. УКАЖИТЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХГ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ (ОПК–4, ПК–5)

1) множественные мигрирующие в артралгии или полиартриты	А. Нарушение метаболизма эстрогенов в печени
2) гинекомастия у мужчин, аменорея, гипертрихоз у женщин — акне, стрии, сосудистые звездочки	Б. Отложение иммунных комплексов в сосудах и синовиальных оболочках
3) носовые кровотечения, геморрагические высыпания на коже	В. Растяжение печеночной капсулы в связи с гепатомегалией, перигепатитом
4) боли в правом подреберье	Г. Нарушение синтеза факторов свертывания крови, тромбоцитопения
5) спленомегалия	Д. Системная реакция ретикулоэпителиальной ткани, возникновение портальной гипертензии

3. ДАЙТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ ВАРИАНТАМ ХГ (ОПК–5, ПК–6)

1) люпоидный — аутоиммунный хронический активный гепатит	А. Медленно прогрессирующее течение, характерны внепеченочные проявления
2) хронический лекарственный гепатит	Б. Заболеванию, как правило, предшествует прием определенных классов фармацевтических средств или полипрагмазия
3) хронический вирусный гепатит В с высокой активностью	В. Тяжелое рецидивирующее, нередко быстро прогрессирующее с исходом в цирроз печени течение. Яркая субъективная и объективная симптоматика
4) хронический вирусный гепатит С	Г. Развивается преимущественно у женщин в возрасте от 10 до 30 лет. Характеризуется системными внепеченочными проявлениями, наличием антимитохондриальных антител в крови

4. УКАЖИТЕ ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ХГ НИЖЕУКАЗАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК–7, ПК–8)

1) альфа-интерфероны	А. Противовоспалительное и иммунодепрессивное действие
2) витамины группы В, С, липоевая кислота, эссенциале гептрал, карсил	Б. Уменьшение кожного зуда в результате связывания желчных кислот
3) холестирамин, энтеросорбенты	В. Противовирусное и иммуномодулирующее действие
4) нуклеозиды (рибамедил, энтекавир и др.)	Г. Улучшение обмена и регенерационных процессов в печеночных клетках в печени
5) глюкокортикоиды, цитостатики, аминокислотные производные	

5. УКАЖИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПРИ ХГ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (ОПК–5, ПК–6)

1) биохимическое исследование крови	А. Подтверждение вирусной природы ХГ
2) лапароскопия с прицельной. Биопсией	Б. Определение размеров и структуры печени
3) УЗИ, компьютерная томография брюшной полости	В. Представление о морфологическом характере процесса и его активности
4) обнаружение в крови "австралийского" антигена	Г. Подтверждение выраженности аутоиммунных процессов
	Д. Характеристика функционального состояния гепатоцитов

6. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ ПРИ ХГ ОТНОСЯТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

1) цитолитический	А. Лихорадка, артралгии, васкулиты, лимфаденопатия
2) мезенхимально-воспалительный	Б. Слабость, утомляемость, ипохондрия
3) холестатический	В. Похудание, повышение активности печеночных ферментов
4) астеновегетативный	Г. Гипербилирубинемия, желтуха, кожный зуд

7. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

1) тельца Каусельмана, очаги некроза гепатоцитов.	А. Хронический аутоиммунный гепатит
2) хороший эффект ГКС	Б. Хронический вирусный гепатит с высокой активностью
3) фиброз портальных трактов	В. Оба заболевания
4) хороший эффект интерферона	Г. Ни одно из них
5) гипергаммаглобулинемия	
6) в лечении эффективны гепатопротекторы	

8. ДЛЯ КАКОГО ИЗ СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

1) высокий уровень конъюгированного билирубина	А. Печеночный аутоиммунный цитолитический синдром
2) высокий уровень трансаминаз	Б. Печеночный холестаз
3) хороший эффект ГКС	В. Оба синдрома
4) отсутствие эффекта гепатопротекторов	Г. Ни один из них
5) отрицательная реакция на стеркобилин в кале	

9. ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ГЕПАТИТА ВКЛЮЧАЕТ (ОПК–7, ПК–8, ПК–11)

1) дицинон, этамзилат, свежезамороженная плазма	А. Восполнение дефицита белков и аминокислот
2) комплекс орнитин-аспартат, альбумин	Б. Коррекция геморрагического синдрома
3) глюкоза, препараты янтарной кислоты	В. Устранение печеночного холестаза
4) урсодезоксихолевая кислота	Г. Детоксикационное действие

10. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ УКАЗАННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ХГ (ОПК–7, ПК–8)

1) ретаболил	А. Улучшают обмен в печеночных клетках (гепатопротекторы)
2) эссенциале, гептрал, карсил, фосфоглив	Б. Противовирусное
3) велферон, роферон А, пегасис	В. Дезинтоксикационное

4) 5% раствор глюкозы, реамберин	Г. Способствует процессам синтеза белков
5) преднизолон, делагил, азатиоприн	Д. Противовоспалительное и иммуносупрессивное

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами:

1. ИНФОРМАТИВНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ХГ ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) повышение содержание непрямого билирубина
- 2) повышение содержания щелочной фосфатазы
- 3) гипоальбуминемия
- 4) повышение содержания трансаминаз

2. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХГ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) воспалительная инфильтрация портальных трактов
- 2) расширение желчных капилляров
- 3) очаги некроза гепатоцитов
- 4) наличие очагов гиалина (телец Мэллори)

3. ПЕЧЕНЬ — ЕДИНСТВЕННОЕ МЕСТО СИНТЕЗА (ОПК–4, ПК–5)

- 1) альбуминов
- 2) фибриногена
- 3) протромбина
- 4) проконвертина

4. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) гепатопротекторы (легалон, карсил, эссенциале)
- 2) альфа-интерфероны

- 3) нуклеозиды
- 4) глюкокортикоиды

5. ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) продолжительностью репликативной фазы вируса
- 2) продолжительностью продромального периода перенесенного острого вирусного гепатита
- 3) степенью активности патологического процесса в печени
- 4) скоростью формирования фиброза

6. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ВСАСЫВАНИЯ, УСТРАНЕНИЯ РОСТА ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ В ТОНКОЙ КИШКЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) рифаксимин
- 2) бификол
- 3) канамицина моносульфат
- 4) креон
- 5) тетрациклин

7. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ НА СТАДИИ РЕПЛИКАЦИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) рибаверин
- 2) глюкокортикоиды
- 3) ПЭГ-Интерферон
- 4) азатиоприн

8. ПОКАЗАНИЕМ К КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) высокая активность воспалительного процесса у больных с аутоиммунными гепатитами
- 2) прогрессирующая печеночная недостаточность у больных с вирусными поражениями печени
- 3) амилоидоз печени
- 4) болезни накопления (тезауризмозы)

9. «СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ» ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕННЫ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) повышенным количеством эстрогенов
- 2) изменением чувствительности сосудистых рецепторов
- 3) артериовенозным шунтированием
- 4) нарушением реологии крови

10. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ТОЛЬКО БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ НА КУРОРТАХ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) Зеленая Роща
- 2) Ессентуки Железноводск Пятигорск
- 3) Байрам-Али
- 4) Красноусольск

11. В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ А-ИНТЕРФЕРОНУ, ТАК КАК ОН (ОПК–7, ПК–8)

- 1) угнетает синтез белков вируса
- 2) усиливает активность цитотоксических Т-клеток
- 3) усиливает репликацию вируса

- 4) усиливает активность естественных киллеров

12. ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОБНАРУЖИВАЮТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) высокую концентрацию щелочной фосфатазы в крови
- 2) высокую концентрацию конъюгированного билирубина
- 3) высокий уровень γ -ГТП
- 4) высокий уровень трансаминаз в крови

13. В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ВИТАМИНОТЕРАПИЯ, СПОСОБСТВУЮЩАЯ УЛУЧШЕНИЮ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ В ПЕЧЕНИ ПОКАЗАНЫ ВИТАМИНЫ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) В–1, В–2, В–6, В–12, В–15
- 2) А D
- 3) Е
- 4) витамин К

14. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) лимфо–гистиоцитарная инфильтрация паренхимы
- 2) наличие дистрофии и некрозов гепатоцитов
- 3) повышенная пролиферация фибробластов
- 4) деструкция мелких желчных ходов

15. ФЕРМЕНТЫ — МАРКЕРЫ ХОЛЕСТАЗА (ОПК–4, ПК–5)

- 1) АЛТ
- 2) АСТ
- 3) щелочная фосфатаза
- 4) γ глутамилтранспептидаза

16. ПЕРЕХОД ХГ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) желтуха
- 3) спленомегалия
- 4) очаги фиброза

17. КАКОЙ ПРИЗНАК ОТЛИЧАЕТ ХРОНИЧЕСКИЙ АУТОИМУННЫЙ ГЕПАТИТ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) наличие внепеченочных проявлений
- 2) обнаружение *HbsAg* в сыворотке
- 3) обнаружение *HbcAg* в сыворотке
- 4) высокий титр аутоантител
- 5) характерная гистологическая картина в печени

18. ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХАГ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) активацией хронических очагов инфекции
- 2) лейко- и тромбоцитопенией
- 3) развитием синдрома Иценко-Кушинга
- 4) подавлением иммунного цитолиза гепатоцитов

19. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УКАЗЫВАЕТ НА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) холестаз
- 2) аутоиммунный гепатит
- 3) билиарный цирроз печени
- 4) вирусный гепатит в активной фазе

20. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) дистрофией гепатоцитов при тезауризмах (болезнях накопления)

- 2) воспалительной лимфо макрофагальной инфильтрацией
- 3) развитием портальной гипертензии
- 4) холестазом
- 5) очаговыми поражениями печени

21. КАКИЕ АГЕНТЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ РАЗВИТИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) аспирин
- 2) парацетамол
- 3) тетрациклин
- 4) эстрадиол
- 5) ожирение

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Хронический гепатит»:

Тестовые задания с одним правильным ответом

1) 4	6) 1	11) 4	16) 5	21) 2
2) 3	7) 4	12) 4	17) 3	22) 3
3) 3	8) 2	13) 1	18) 3	23) 2
4) 3	9) 2	14) 1	19) 3	24) 4
5) 2	10) 1	15) 3	20) 3	25) 4

Тестовые задания на установление соответствия

1) 1Г 2А 3Б 4В 5Д	6) 1В 2А 3Г 4Б
2) 1Б 2А 3Г 4В 5Д	7) 1Б 2А 3В 4Б 5А 6Г
3) 1Г 2Б 3В 4А	8) 1Б 2А 3А 4В 5Г
4) 1В 2Г 3Б 4В 5А	9) 1Б 2А 3Г 4В
5) 1Г 2В 3Б 4А	10) 1Г 2А 3Б 4В 5Д

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами

1) 234	6) 1234	11) 124	16) 13	21) 123
2) 13	7) 13	12) 123	17) 145	
3) 1234	8) 123	13) 124	18) 123	
4) 123	9) 12	14) 1234	19) 24	
5) 134	10) 24	15) 34	20) 234	

ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ

I. Тема и её актуальность

«Циррозы печени» (ЦП) — хроническое прогрессирующее диффузное заболевание разнообразной этиологии с поражением гепатоцитов, выраженными в различной степени признаками их функциональной недостаточности, фиброзом и перестройкой нормальной архитектоники печени, приводящей к образованию структурно-аномальных регенераторных узлов и портальной гипертензии, а в ряде случаев — к развитию печеночной недостаточности.

Смертность от ЦП занимает не последнее место в структуре общей смертности населения, и ее показатели в разных странах составляют 15-30 на 100 тыс. населения.

II. Учебные цели

- изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ЦП;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения ЦП;
- оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях ЦП;
- формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7, ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11.

II.1 Для формирования профессиональных компетенций

обучающийся должен знать

- современную этиологию и патогенез ЦП;
- современную классификацию ЦП;
- морфологические формы ЦП;

- клинические синдромы ЦП;
- осложнения ЦП;
- патогенез портальной гипертензии и асцита;
- патогенез, клинические и лабораторные синдромы печеночной недостаточности;
- показатели дополнительных методов исследований (рентгеноскопия, общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, иммунологическое исследование, УЗИ, ФГС, ректороманоскопия, сканирование печени, биопсия печени, лапароскопия);
- принципы лечения ЦП, терапевтические дозы препаратов;
- профилактика ЦП.

II.2. Обучающийся должен уметь

- собрать анамнез заболевания и жизни у больного ЦП, выявить факторы риска развития заболевания;
- провести осмотр и физикальное обследование больного с ЦП (пальпация, перкуссия, аускультация);
- сформулировать диагноз согласно современной классификации;
- назначить дополнительные методы исследования и дать оценку их результатам;
- провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями печени (хронический гепатит, жировой гепатоз, функциональные гипербилирубинемии);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при осложнениях ЦП;
- назначить лечение;
- назначить первичные и вторичные профилактические мероприятия.

II.3. Для формирования профессиональных компетенций

обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования больных с ЦП (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ЦП (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза ЦП по современной классификации (ОПК–5, ПК–6);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ХГ (ОПК–7, ПК–8);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при печеночной энцефалопатии, геморрагическом синдроме (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК–4, ПК–5).

III. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

III.1. Исходные базисные знания и умения

Дисциплины	Содержание знаний
Анатомия	Анатомо-физиологические особенности печени и желчевыводящих путей.
Патанатомия	Морфологические особенности ЦП.
Патофизиология	Патогенез холестатического синдрома, типы желтух и механизмы развития. Патогенез геморрагического синдрома и гиперспленизма. Механизм развития синдрома портальной гипертензии и асцита.
Пропедевтика внутренних болезней	Симптомы поражения печени. Методы физикальной и лабораторно-инструментальной диагностики заболеваний печени.
Фармакология	Фармакологическое действие лекарственных средств для лечения ЦП. Умение выписать рецепты.

III.2. Вопросы для самоподготовки

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Этиология и патогенез ЦП.	1. Нарисовать схему патогенеза ЦП
2. Факторы риска развития ЦП.	
3. Классификация ЦП.	2. Написать классификацию ЦП
4 Клиническая картина ЦП.	3.Перечислить основные лабораторные синдромы ЦП
5. Лабораторные данные, показатели ОАК, ОАМ, б/х крови, результаты ФГС, УЗИ ОБП, КТ ОБП.	4. Написать б/х анализ крови больного с ЦП
6. Дифференциальный диагноз.	5. Составить таблицу дифференциально-диагностических критериев разных видов ЦП
7. Принципы лечения ЦП.	6. Написать в виде рецептов следующие группы лекарственных препаратов для лечения ЦП: эссенциале, преднизолон, азатиоприн, интерферон, карсил, урсодезоксихолевая кислота, лактулоза, гептрал.
8. Санаторно–курортное лечение пациентов ЦП	Назвать основные республиканские и российские санатории и курорты для лечения больных с ЦП
9. Профилактика ЦП	

III. 3. Дополнительный учебный материал

Классификация циррозов печени (Всемирная ассоциация гепатологов, Акапулько, 1974; Лос-Анджелес, 1994).

По этиологии:

- Вирусный (В, С, D и др.).
- Алкогольный.
- Аутоиммунный.
- Лекарственный.
- Первичный билиарный (холестатический).
- Вторичный билиарный (при обструкции внепеченочных желчных ходов).

- Застойный (при венозном застое в печени).
- Метаболический, врожденный (при гемохроматозе, болезни Конова-лова-Вильсона, дефиците α_1 -антитрипсина и др.).
- Криптогенный (невьясненной этиологии).

По морфологическим признакам:

- Макронодулярный (диаметр узлов более 3 мм).
- Микронодулярный (диаметр узлов от 1 до 3 мм).
- Смешанный (макро-, микронодулярный).

По клиническим особенностям:

- Стадия: начальная, выраженных клинических проявлений, терминальная.
- Фаза: активная (минимальной, умеренной, высокой активности), неактивная.
- Степень функциональных нарушений: легкая, средняя, тяжелая (гепатаргия).
- Выраженность и тип портальной гипертензии: скрытая, умеренная, резко выраженная; подпеченочный, внутрпеченочный, надпеченочный, смешанный.
- Гепато-лиенальный синдром: спленомегалия и гиперспленизм (выражен, отсутствует).
- Гепато-панкреатический синдром.
- Гепато-ренальный синдром.

Осложнения:

- Отечно-асцитический синдром.
- Геморрагический синдром (кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, желудка, геморроидальных вен и др.).
- Печеночная энцефалопатия I–IV стадии:

I стадия — спутанность сознания, нарушение настроения или поведения;

II стадия — сонливость, неадекватное поведение;

III стадия — ступор, однако больной может говорить и выполнять простые команды, дизартрия, выраженная спутанность сознания;

IV стадия — кома, контакт с больным невозможен.

Определение степени тяжести цирроза печени (индекс *Child-Pugh*).

Бал- лы	Билиру- бин крови, мкмоль/л	Аль- бу- мин, г/л	Про- тром- бино- вый ин- декс, %	Печеноч- ная энце- фалопат- тия, ста- дия	Асцит	Варикозное расширение- вен
1	< 34	>35	>60	Нет	Нет	До 2 мм
2	34 – 51	28–35	40 – 60	I–II	Эпизодиче- ский	3– 4 мм
3	> 51	< 28	< 40	III–IV	Тяжелый, плохо подда- ется лечению	5 мм и >

Примечание:

Баллы, соответствующие показателям, суммируют и результат относят к одному из классов по *Child-Pugh*: класс А — от 5 до 6; класс В — от 7 до 9, класс С — более 9 баллов.

Класс А свидетельствует о компенсированном циррозе, В и С — о декомпенсированном.

IV. Вид занятия: практическое занятие

V. Продолжительность занятия: 4 часа

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал (видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи);

VI.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийный проектор)

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Ниже даны образцы тестовых заданий по теме занятия с инструкцией к выполнению и эталонами ответов. Весь набор тестов приводится в приложении.

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ):

1. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) абсолютный и относительный лимфоцитоз
- 2) анемия и тромбоцитопения с лейкоцитозом
- 3) анемия с лейкоцитозом и тромбоцитозом
- 4) тромбоцитопения и выраженный геморрагический диатез
- 5) умеренная панцитопения

Эталон ответа: 5

VII.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов темы занятия

Современные концепции этиологии, патогенеза ЦП, современная классификация, клинические особенности очаговой и долевой ЦП различной этиологии, современные методы диагностики и лечения.

Примерный перечень вопросов для собеседования

1. Как определить понятие «Цирроз печени»?
2. На чем основана классификация циррозов печени?
3. Каковы представления о патогенезе ЦП?
4. Какие морфологические формы ЦП выделяют?
5. Каковы основные клинические синдромы при ЦП?
6. Чем характеризуется портальная гипертензия? Каков патогенез портальной гипертензии и асцита?

7. Каковы клинические особенности ЦП вирусной этиологии?
8. Что характерно для патоморфологической картины алкогольного ЦП?
9. Как определить билиарный ЦП и какова его клиническая характеристика?
10. Какие лабораторные синдромы имеют место при ЦП?
11. Какие дополнительные методы исследования используются для диагностики ЦП?
12. Какие известны осложнения ЦП?
13. Каковы принципы лечения ЦП?

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного ЦП по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация данных дуоденограмм, копроцитограмм, рентгеноскопии, общих анализов крови, мочи, биохимического анализа крови, иммунологического исследования, УЗИ, ФГС, ректороманоскопии, сканирования печени, биопсии печени, лапароскопии при ЦП.

VII.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя

№	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Вр. в мин.	Цель и характер деятельности обучающихся
1.	Курация тематических больных с ЦП	40	Умение собрать анамнез, провести физикальное обследование, сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение
2.	Посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов и лабораторий. Наблюдение больных в ОИТ	30	Участие в обследовании и лечении курируемых больных. Участие в оказании неотложной помощи при ЦП и развитии его осложнений.

3.	Анализ результатов дополнительных исследований больных ЦП. Оформление истории болезни курируемого больного	20	Умение интерпретировать анализы крови, мочи, кала, копроцитограмм, дуоденограмм, УЗИ органов брюшной полости, и др.
4.	Работа с компьютерными тренинговыми программами, мультимедийным атласом, аудио- и видеоматериалами	20	Закрепление знаний по теме, самопроверка уровня усвоения материала.

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

VIII.1. Контроль уровня освоения практических навыков

по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ЦП.

VIII.2. Контроль конечного уровня знаний по учебной теме

путем решения тестовых заданий и ситуационных задач

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ЦП (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1. Боли в области печени.	А. Нарушение пищеварения и всасывания в ЖКТ, нарушение синтеза белка в печени.
2. Похудание, истощение больного.	Б. Гепатомегалия, появление очагов некроза, вовлечение в процесс участков капсулы.
3. Желтуха.	В. Гепатоцеллюлярная недостаточность в связи с дистрофией и некрозом гепатоцитов.
4. Телеангиэктазии.	Г. Повышение в крови эстрогенов, не разрушающихся в печени
5. Пальмарная эритема	

Эталон ответа: 1Б, 2А, 3В, 4Г, 5Г

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ЭТО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение селезенки в размерах
- 2) уменьшение количества в периферической крови только тромбоцитов
- 3) уменьшение количества в периферической крови только гранулоцитов
- 5) уменьшение количества в периферической крови тромбоцитов, эритроцитов и гранулоцитов

Эталон ответа: 4

Ситуационная задача.

Больная Л., 40 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Госпитализирована для обследования и подбора терапии.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имеет.

Семейный анамнез: мать, 67 лет, страдает ИБС: стенокардией II ФК, ГБ, Отец погиб в 50 лет в результате аварии. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушные. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голени, большое количество расчесов. Периферических отеков нет. Частота дыхательных движений — 17 в минуту. Конституция нормостеническая. Перкуторно над легкими ясный легочный

звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, бронхофония не изменена. Границы относительной тупости сердца определяются в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД — 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову — 12 x 10 x 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый. Мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови: RBC — $3,7 \times 10^{12}/л$, HGB — 130/л, WBC — $7,8 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: GRA — 79% (э -1%, п -3%, с -78%), LYM — 17%, MON — 6%, СОЭ — 58 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок — 7,8г/л, альбумин — 40,0%, холестерин — 7,8ммоль/л, мочевины — 6,1ммоль/л, креатинин — 101мкмоль/л, глюкоза — 5,8ммоль/л, общий билирубин — 182ммоль/л, прямой билирубин — 162 ммоль/л, К — 4,1 мэкв/л, Na — 145 мэкв/л, АЛТ — 52Ед/л, АСТ — 48Ед/л, ЩФ — 720Ед/л, ГГТП — 460Ед/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: консистенция мягкая, форма оформленная, цвет коричневый, мышечные волокна: с исчерченностью — немного, без исчерченности — немного, жир нейтральный — обнаружен; мыла в небольшом количестве, растительная неперевариваемая клетчатка — много; крахмал, иодофильная флора не обнаружены; дрожжевых грибов нет.

УЗИ органов брюшной полости: увеличение размеров печени и умеренная спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, общий желчный проток не расширен, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

ФГДС: пищевод не изменен. Хронический гастрит.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (ОПК–5, ПК–6).
2. Какие методы обследования необходимы для верификации предварительного диагноза (ОПК–5, ПК–6).
3. Какие препараты используют для купирования кожного зуда (ОПК–7, ПК–8).
4. Обоснуйте назначение витаминов А, Д, Е, К у данной больной (ОПК–7, ПК–8).
5. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (ОПК–7, ПК–8).
6. Оценить трудоспособность пациента (ОПК–5, ПК–6).
7. Профилактика цирроза печени (ОПК–7, ПК–8).

Эталоны ответов к задаче:

1. Основной: первичный билиарный цирроз печени. Портальная гипертензия. Отечно-асцитический синдром. Асцит.

2. Необходимо определение антимитохондриальных антител в сыворотке крови, которые положительны у 95% больных. Для подтверждения диагноза необходимо проведение биопсии печени и морфологическое исследование, являющееся золотым стандартом диагностики.

3. Холестирамин в дозе 4г 3 р/день во время приема уменьшает интенсивность кожного зуда более чем у 90% больных. Урсодезоксихолевая кислота в дозе 12–15мг/кг уменьшает кожный зуд, приводит к снижению уровня билирубина, ЩФ, трансаминаз. Антигистаминные препараты могут назначаться на ранних стадиях заболевания при интенсивном зуде, однако их эффективность невелика, действие обусловлено индукцией сна.

4. Нарушенная секреция желчи у больной ЦП приводит к снижению поступления в просвет кишечника желчных кислот, необходимых для всасывания нейтральных жиров, и нарушению всасывания жирорастворимых витаминов А, Д, Е, К. Наличие стеатореи у данной больной подтверждается данными клиники — обильный пенистый стул и результатами копроло-

гического исследования — обнаружение нейтрального жира. При дефиците жирорастворимых витаминов их следует назначать отдельно с холестирамином, т.к. он может подавлять их абсорбцию.

5. У больного имеет место впервые выявленное серьезное непрерывно прогрессирующее в течение минимум 5 месяцев заболевание кишечника в фазе обострения. Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении с целью своевременной и адекватной коррекции лечения при необходимости. Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения.

Диетотерапия — стол 4 Активная комплексная медикаментозная терапия, включающая применение стероидных гормонов (системных и местнодействующих: Преднизолон, Будесонид, Гидрокортизон), воздействующих на слизистую оболочку толстой кишки. Препаратами выбора в острой стадии патологического процесса (дистального или левостороннего) являются топические стероиды стандартных дозах (0,5-1,0 мг/кг/с) в течение не менее 8 недель. Препараты 5- аминосалициловой кислоты (5-АСК): Месалазин, Сульфасалазин — в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных форм (суспензия, суппозитории, пена) назначаются длительно, на стадии достижения клинической и эндоскопической ремиссии — в поддерживающих дозах постоянно. В случае достижения клинической и эндоскопической ремиссии с использованием стероидных гормонов поддержание ремиссии осуществляется с использованием иммунодепрессантов (Азатиоприн, Метотрексат). Используется симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, препараты железа и т. д.).

6. Пациент временно нетрудоспособен в течение 4 недель. Продолжительность пребывания на больничном листе будет определяться степенью тяжести процесса, эффективностью применяемой схемы лечения. После завершения стационарного этапа лечения пациент будет продолжать лечение под наблюдением гастроэнтеролога с переводом на поддержива-

ющие дозы базисных препаратов не менее 5 лет. В случае достижения стойкой ремиссии вопрос о прекращении динамического наблюдения решается индивидуально.

7. 1) Внимательно относиться к своему здоровью 2) Своевременно лечить болезни, негативно влияющие на печень и приводящие к циррозу. 3) Не злоупотреблять алкогольными напитками.

IX. Место проведения самоподготовки

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, компьютерный класс.

X. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме

1. Составить реферативное сообщение о современной классификации циррозов печени.
2. Составить реферативное сообщение о современных антибактериальных средствах при ЦП.
3. Анализ медицинских карт больных с ЦП по материалам клинической базы кафедры.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ
ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ «ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ»
С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один правильный ответ):

**1. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОСЛЕДСТВИЕМ
(ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)**

- 1) гемохроматоза
- 2) вирусного гепатита
- 3) болезни Коновалова-Вильсона
- 4) длительного холестаза
- 5) недостаточности кровообращения

**2. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ
ПОДОЗРЕНИЕ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)**

- 1) на кровоточащую язву 12-ти перстной кишки
- 2) на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
- 3) на тромбоз мезентериальной артерии
- 4) на неспецифический язвенный колит
- 5) на кровоточащие язвы желудка

**3. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В
НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)**

- 1) наследственный сфероцитоз
- 2) синдром Жильбера
- 3) хронический активный гепатит
- 4) желчнокаменная болезнь

- 5) цирроз печени

4. АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) вторичного гиперальдостеронизма
- 2) гипоальбуминемии
- 3) портальной гипертензии
- 4) всего перечисленного
- 5) ничего из перечисленного

5. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) при циррозе печени
- 2) при метастатическом раке печени
- 3) при хроническом гепатите
- 4) при холелитиазе
- 5) при синдроме Жильбера

6. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) кровоточивость десен
- 2) увеличение селезенки
- 3) кожный зуд
- 4) повышение АЛТ и АСТ
- 5) снижение уровня холинэстеразы

7. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) вторичный билиарный цирроз
- 2) хронический активный гепатит

- 3) хронический персистирующий гепатит
- 4) новообразование печени
- 5) ни одно из перечисленных состояний

8. ПОДБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) раннее развитие желтухи
- 2) раннее поражение ЦНС
- 3) раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности
- 4) наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности щелочной фосфатазы
- 5) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови

9. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) уровень альбуминов
- 2) уровень билирубина
- 3) тимоловая проба
- 4) уровень трансаминаз
- 5) ни один из перечисленных тестов

10. У ЖЕНЩИНЫ 42 ЛЕТ С ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ УХУДШИЛОСЬ СОСТОЯНИЕ, ПОЯВИЛИСЬ СУДОРОГИ, СПУТАННОЕ СОЗНАНИЕ, УСИЛИЛАСЬ ЖЕЛТУХА. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПРОЯСНИТЬ ПРИЧИНУ УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) бромсульфалеиновая проба
- 2) определение уровня белковых фракций
- 3) определение щелочной фосфатазы
- 4) определение содержания α -фетопротеина

- 5) определение аммиака сыворотки крови
- 6) ни одно из исследований

11. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА (ОПК–7, ПК–8)

- 1) внутривенное введение допамина
- 2) пересадка печени
- 3) пересадка почек
- 4) гемодиализ
- 5) ультрафильтрация

12. В ПАТОГЕНЕЗЕ АСЦИТА ПРИ ЦП УЧАСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ КРОМЕ ОДНОГО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) повышение лимфопродукции в связи с блокадой оттока венозной крови из печени
- 2) падение коллоидно-осмотического давления плазмы
- 3) повышение распада антидиуретического гормона в пораженной печени
- 4) повышение уровня эстрогенов в крови
- 5) нарушение венозного оттока от почек при сдавлении поллой вены

13. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) углеводы
- 2) белки
- 3) жиры
- 4) жидкость
- 5) минеральные соли

14. ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПОКАЗАНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВЫШЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ ОДНОГО (ОПК–7, ПК–8)

- 1) постановка зонда Блэкмора
- 2) введение в/в 400–600 мл раствора поливинилпирролидона
- 3) переливание свежесамороженной плазмы
- 4) введение в/в 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты
- 5) введение в/в 4 мл 1% раствора лазикса

15. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ФИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КРОМЕ ОДНОГО (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) псевдодольковая трансформация печени
- 2) расширение портальных полей
- 3) портальный и внутридольковый фиброз
- 4) тельца Мэллори
- 5) отсутствие некрозов гепатоцитов

16. ОСТАНОВКА ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ВКЛЮЧАЕТ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) внутривенное введение 2-3 мл викасола и 2-4 мл 12,5% раствора дицинона
- 2) обтурационное тампонирование пищевода зондом с баллоном Сенстакена-Блейкмора на срок не более 48 часов
- 3) внутривенное введение 5% аминокaproновой кислоты прием ее также внутрь глотками
- 4) переливание свежесамороженной плазмы
- 5) все перечисленное

17. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- 2) появление сосудистых "звездочек"
- 3) появление тромбоцитопении
- 4) узловая регенерация паренхимы печени
- 5) "захват" селезенкой радиофармакологического препарата

18. В ДИАГНОСТИКЕ ЦП РЕШАЮЩИМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) проба с бромсульфалеином
- 2) уровень билирубина
- 3) тимоловая проба
- 4) уровень аминотрансфераз
- 5) ни один из перечисленных тестов

19. ПРИЧИНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОГУТ БЫТЬ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- 2) прием тиазидовых диуретиков
- 3) длительный прием барбитуратов
- 4) ни одна из перечисленных причин
- 5) все перечисленное

20. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение уровня гамма-глобулинов
- 2) снижение уровня липопротеидов
- 3) повышение щелочной фосфатазы
- 4) повышение уровня АЛТ и АСТ
- 5) снижение уровня холинэстеразы

21. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- 2) прием тиазидовых мочегонных
- 3) длительный прием барбитуратов
- 4) ни одна из перечисленных причин
- 5) все перечисленное выше

22. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА АУТОИММУНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) вирусный гепатит в анамнезе
- 2) данные гистологического исследования печени
- 3) выявление в сыворотке крови *HBS*-антигена
- 4) желтушность, боли в правом подреберье, субфебрилитет
- 5) высокий титр антинуклеарных антител

23. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ КАК РЕШАЮЩИЙ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) проба с бромсульфалеином
- 2) уровень билирубина
- 3) тимоловая проба
- 4) уровень АЛТ и АСТ
- 5) ни один из перечисленных показателей

24. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) диспепсический
- 2) астенический
- 3) портальной гипертензии
- 4) холестатический
- 5) печеночной недостаточности

25. ДЛЯ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО (ОПК–4, ПК–5)

- 1) высокий уровень гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТ)
- 2) кожный зуд
- 3) повышение уровня АЛТ, АСТ в крови
- 4) отрицательная реакция на стеркобилин в кале
- 5) лейкопения тромбоцитопения

Тестовые задания на установление соответствия

1. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ ПРИ ЦП (ОПК–5, ПК–6)

1) боли области печени	А) нарушение пищеварения и всасывания в желудочно-кишечном тракте, нарушение синтеза белка в пораженной печени
2) похудание истощение больного	Б) увеличение печени и растяжение капсулы, появление очагов некроза, близко расположенных к капсуле, и реактивное вовлечение в процессе близко расположенных участков печеночной капсулы
3) желтуха	В) гепатоцеллюлярная недостаточность, связанная с дистрофическими процессами и некрозами гепатоцитов
4) сосудистые «звездочки» («паучки»)	Г) повышение количества циркулирующих в крови эстрогенов, не разрушающихся с должной скоростью в пораженной печени
5) эритема ладоней («печеночные ладони»)	Д) множественные артериовенозные шунты, развивающиеся в коже

2. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ УКАЗАННЫХ НИЖЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦП (ОПК–7, ПК–8)

1) белковые препараты (альбумин, альвезин)	А) способствуют повышению содержания альбумина и коллоидно-осмотического давления плазмы
2) холестирамин	Б) снижает содержание аммиака и других токсических веществ в организме
3) лактулоза (порталак)	В) стабилизирует клеточные мембраны,
4) эссенциале	
5) азатиоприн	

	оказывает нормализующее действие на метаболизм жиров, белков и на дезинтоксикационную функцию печени Г) обладает цитостатической активностью, оказывает иммунодепрессивное действие Д) связывает желчные кислоты в кишечнике и предотвращает их всасывание
--	--

3. ОПРЕДЕЛИТЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЦП (ОПК–5, ПК–6)

1) портальная гипертензия 2) асцит 3) спленомегалия 4) «шунтовая энцефалопатия» 5) печеночная кома	А) гепато-целлюлярная недостаточность вследствие массивных некрозов сохранившейся паренхимы печени в сочетании с «шунтовой» портокавальной интоксикацией Б) развитие портокавальных анастомозов, приводящих к частичному функциональному отключению печени и появлению интоксикации впоследствии бактериями бактериями, эндотоксинеми, недостаточной инактивации в печени ряда биологических активных веществ (альдостерона, эстрогенов, гистамина и др.) В) сдавление ветвей воротной вены узлами регенерирующих гепатоцитов или разросшейся фиброзной тканью Г) развитие портальной гипертензии, уменьшение онкотического давление плазмы вследствие гипоальбуминемии, избыточное лимфообразование в печени, вторичный гиперальдостеронизм. Д) портальная гипертензия, разрастание соединительной ткани и гиперплазия ретикулоэстимфоцитарных элементов селезенки.
--	--

4. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ЦП (ОПК–5, ПК–6)

1) боли в области печени 2) похудание, истощение больного, желтуха 3) «сосудистые звездочки» 4) эритема ладоней 5) гинекомастия	А) нарушение пищеварения и всасывание в желудочно-кишечном тракте, снижение синтеза белка в печени Б) растяжения капсулы вследствие увеличения печени, появление подкапсульных органов некроза
---	---

	<p>гепатоцитов</p> <p>В) гепатоцеллюлярная недостаточность, связанная с дистрофическими и некротическими процессами</p> <p>Г) повышение количества циркулирующих в крови эстрогенов, не инаktivированных в печени</p> <p>Д) множественные артериовенозные шунты, развивающиеся в коже</p>
--	---

5. ДАЙТЕ ОБЪЯСНЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМ КЛИНИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ ЦП (ОПК–5, ПК–6)

<p>1) гипергаммаглобулинемия</p> <p>2) гипоальбуминемия, снижение содержания протромбина, холестерина</p> <p>3) анемия, лейкопения, тромбоцитопения</p> <p>4) высокий подъем активности аминотрансфераз, гипербилирубинемия</p> <p>5) задержка в крови бромсульфалеина</p>	<p>А) синдром гиперспленизма</p> <p>В) функциональная недостаточность гепатоцитов</p> <p>С) пролиферация клеток РЭС и развитие аутоиммунных процессов</p> <p>Д) цитоллиз гепатоцитов</p> <p>Е) нарушение выделительной функции печени</p>
--	---

6. ДЛЯ КАКАИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ НАЗВАННЫЕ КОЖНЫЕ СИМПТОМЫ (ОПК–4, ПК–5)

<p>1) рак печени</p> <p>2) микронодулярный ЦП</p> <p>3) билиарный ЦП</p> <p>4) макронодулярный ЦП</p> <p>5) люпоидный гепатит</p>	<p>А) «сосудистые звездочки», пальмарная эритема, малиновый язык</p> <p>В) ксантомы и ксантелазмы на веках, локтях, ягодицах</p> <p>С) желтуха. Множественные следы расчесов на коже. Геморрагии.</p> <p>Д) разнообразные проявления васкулита геморрагические экзантемы, узловая эритема, рецидивирующая пурпура</p> <p>Е) массивные кровоизлияния, обусловленные гепатоцеллюлярной недостаточностью и ДВС-синдромом</p>
---	---

7. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЦП И СХОДНЫХ С НИМ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПЕЧЕНИ (ОПК–4, ПК–5)

<p>1) Микронодулярный (портальный) ЦП 2) Макронодулярный (постнекротический) ЦП 3) Билиарный ЦП 4) Пигментный ЦП (гемохроматоз) 5) Рак печени</p>	<p>А) характеризуется быстрым клинически (портальный) выраженным прогрессированием. Превалируют явления печеночной недостаточности. Характерны желтуха, лихорадка, диспепсический, астеновегетативный и цитолитический синдромы. Печень и селезенка значительно увеличены, печень с острым болезненным краем. Асцит развивается на поздних стадиях болезни</p> <p>В) доминирует холестатический синдром при позднем появлении и не большой выраженности портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности. Характерны желтуха, кожный зуд, боли в костях, диарея, ксантомы и ксантелазмы на веках. Печень огромная, плотная, селезенка увеличена незначительно</p> <p>С) в начальной стадии диспепсический и астеновегетативный синдромы, небольшое увеличение печени, край ее заостренный, консистенция плотная. Селезенка увеличена в большей степени, чем печень. «Печеночные» ладони, «звездочки», гинекомастия. При декомпенсации — асцит, «голова медузы», кровотечения из пищевода, носовые, геморроидальные, нарастающая энцефалопатия, редко — желтуха</p> <p>Д) быстрое и значительное увеличение печени, при пальпации она плотная, бугристая, болезненная. Частыми признаками являются лихорадка, асцит, резкое похудание больного</p> <p>Е) генетически обусловленное заболевание. Характеризуется усиленным всасыванием железа в кишечнике и чрезмерным отложением его в печени, поджелудочной железе, коже, РЭС Характерна тирада — пигментация кожи и слизистых, ЦП, сахарный диабет</p>
---	---

8. ДЛЯ КАКОГО ИЗ СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–4, ПК–5)

1) высокий уровень конъюгированного билирубина. 2) высокий уровень ГГТ 3) кожный зуд 4) хороший эффект глюкокортикоидов 5) хороший эффект соматостатина 6) нарушение кишечного всасывания кальция 7) отрицательная реакция на стеркобилин в кале 8) повышение уровня аммиака в крови	А) печеночный цитолитический синдром Б) холестатический синдром В) оба синдрома Г) ни один из них
---	---

9. ДЛЯ КАКОГО ИЗ СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–4, ПК–5)

1) варикозное расширение вен кардиального отдела желудка 2) гинекомастия 3) повышение активности АЛТ, АСТ, ЛДТ, билирубина 4) спленомегалия 5) метеоризм 6) пальмарная эритема 7) печеночная энцефалопатия 8) носовые кровотечения	А) цитолитический синдром Б) синдром портальной гипертензии В) оба синдрома Г) ни один из них
---	---

10. ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ ЦП (ОПК–5, ПК–6)

1) анемия 2) гепаторенальный синдром (прогрессирующая почечная недостаточность без признаков органического поражения почек) 3) гепатопульмонарный синдром (артериальная гипоксемия, снижение сердечного выброса при отсутствии заболеваний сердца и легких) 4) диспептический синдром и синдром мальабсорбции 5) синдром портальной гипертензии (расширение вен пищевода, прямой кишки, подкожных вен живота — «голова Медузы»)	А) нарушение оттока крови по портальной вене Б) вазодилатация, в том числе и легочных сосудов, сопровождающаяся артериовенозным шунтированием. Сопротивление периферических сосудов снижается, кровь депонируется во внутренних органах. Компенсаторно происходит активация симпатической нервной системы, что, с одной стороны, противодействует артериальной гипотензии, а с другой — способствует развитию гепаторенального синдрома и почечной гипоперфузии В) нарушение всасывания витамина В12, а также нарушение обмена этого витамина и фолиевой кислоты в печени; частые кровотечения, гемолиз Г) повышение уровня ренина и альдостерона в плазме, что влечет за собой спазм гладкомышечных клеток и вазоконстрикцию почечных артерий со снижением перфузии, в основном, коркового вещества Д) дисбактериоз, ферментная недостаточность
---	--

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЦП (ОПК–4, ПК–5)

- 1) гепатомегалия
- 2) желтуха
- 3) спленомегалия
- 4) асцит

2. «СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ» ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ ОБУСЛОВЛЕННЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) повышением количества эстрогенов
- 2) изменением сосудистых рецепторов
- 3) артериовенозным шунтированием
- 4) снижением количества тромбоцитов

3. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) увеличение селезенки в размерах
- 2) уменьшение количества в периферической крови только тромбоцитов
- 3) уменьшение количества в периферической крови только гранулоцитов
- 4) уменьшение количества в периферической крови тромбоцитов эритроцитов и гранулоцитов

4. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СИНДРОМАМИ ДЛЯ КРУПНОУЗЛОВОГО (ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОГО) ЦП ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) желтуха
- 2) диспепсический
- 3) лихорадка
- 4) цитолитический

5. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) углеводы
- 2) жиры
- 3) жидкость
- 4) белки

6. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) наличием цитолитического синдрома
- 2) наличием холестатического синдрома
- 3) наличием портокавальных и кава-кавальных анастомозов
- 4) наличием синдрома холемии

7. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЦП (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) печеночные прекома и кома
- 2) кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 3) гепаторенальный синдром
- 4) острая левожелудочковая недостаточность

8. ФЕРМЕНТЫ МАРКЕРЫ ЦИТОЛИЗА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) щелочная фосфатаза
- 2) АЛТ
- 3) АСТ
- 4) альдолаза
- 5) сорбитдегидрогеназа

9. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) диспепсический

- 2) астенический
- 3) портальная гипертензия
- 4) холестатический
- 5) печеночной недостаточности

10. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка
- 2) варикозное расширение геморроидальных вен
- 3) "голова медузы"
- 4) асцит

11. К ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ КРОВОТЕЧЕНИЮ ИЗ РАСШИРЕННЫХ ВЕН КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) поднятие тяжестей
- 2) тугое затягивание брючного ремня
- 3) натуживание при дефекации
- 4) глубокий вдох

12. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) кровоточивость десен
- 2) увеличение селезенки
- 3) появление сосудистых "звездочек"
- 4) кожный зуд

13. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СИНДРОМАМИ ДЛЯ КРУПНОУЗЛОВОГО (ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОГО) ЦП ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) синдром портальной гипертензии
- 2) диспепсический
- 3) холестатический
- 4) цитолитический

14. ПРИЧИНАМИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ЦП МОГУТ БЫТЬ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гипокалиемия вследствие приема салуретиков
- 2) парацентез с удалением большого количества асцитической жидкости
- 3) массивные некрозы печени при обострении вирусной инфекции
- 4) пища богатая белком

15. В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ «ШУНТОВОЙ» ПОРТОКАВАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИМЕНЯЮТ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) легалон
- 2) преднизолон
- 3) тетрациклин
- 4) неомицин

16. СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОГО ЦП ОКАЗЫВАЕТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) лабораторные признаки функциональной недостаточности гепатоцитов (повышение уровня билирубина, снижение содержания холестерина и протромбина, резкое увеличение количества гамма-глобулинов, повышение уровня aminотрансфераз и т.д.)
- 2) фиброгастродуоденоскопия

- 3) радиоизотопное сканирование печени с коллоидным золотом
- 4) выявление поверхностного антигена гепатита В (иммунофлюоресцентным и радиоиммунным методом)

17. КАКИЕ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) лейкопению
- 2) повышение активности АЛТ
- 3) гипергаммаглобулинемию
- 4) гипераммониемию

18. В ТЕРАПИИ НЕАКТИВНОГО, КОМПЕНСИРОВАННОГО АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) делагил
- 2) эссенциале
- 3) гемодез
- 4) колхицин

19. ДИАГНОСТИКА ВИРУСНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) данных анамнеза (перенесенный гепатит В, особенно безжелтушная форма)
- 2) выявление в крови австралийского антигена
- 3) обнаружение в биоптатах печени маркеров вирусного поражения
- 4) выявление в сыворотке крови а-фетопротеина

20. ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОБНАРУЖИВАЮТ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) высокий уровень глутаматтранспептидазы (ГГТП) в крови
- 2) плазматическую инфильтрацию портальных трактов

- 3) высокий уровень щелочной фосфатазы в крови
- 4) высокий уровень АЛТ, АСТ, ЛДГ

21. К УСУГУБЛЕНИЮ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИВОДЯТ (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) длительный прием верошпирона
- 2) длительный прием фуросемида
- 3) длительный пероральный прием неомидина
- 4) длительный пероральный прием тетрациклина

22. В ПОЛЬЗУ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРИРОДЫ ЦП СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) длительное злоупотребление алкоголем
- 2) возраст больных более 40 лет
- 3) псевдокушингоидный и псевдогипертиреоидный статус больного (одутловатое лицо, выпученные глаза с инъекцией склер, эйфоричная манера поведения, контрактура Дюпюитрена)
- 4) морфологические критерии: центролобулярное скопление гиалина (тельца Маллори), нейтрофильная реакция вокруг гепатоцитов, крупнокапельное ожирение гепатоцитов)

23. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) в/в введение вазопрессина
- 2) обтурационное тампонирование пищевода зондом с баллоном
- 3) введение эпислон-аминокапроновой кислоты
- 4) переливание свежесзамороженной плазмы

24. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО (ОПК–4, ПК–5)

- 1) повышение уровня щелочной фосфатазы
- 2) снижение уровня протромбина

- 3) изменение белково-осадочных проб
- 4) повышение активности АЛТ, АСТ, ЛДГ

25. В ТЕРАПИЮ КОМПЕНСИРОВАННОГО АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) делагил
- 2) эссенциале
- 3) гемодез
- 4) колхицин

26. В ПАТОГЕНЕЗЕ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ УЧАСТВУЮТ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) повышение лимфопродукции в связи с блокадой оттока венозной крови из печени
- 2) падение коллоидно-осмотического давления плазмы
- 3) нарушение венозного оттока из почек при сдавлении полых вен
- 4) повышение уровня эстрогенов в крови

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Циррозы печени»

Тестовые задания с одним правильным ответом

1) 2	6) 3	11) 2	16) 5	21) 3
2) 2	7) 2	12) 3	17) 4	22) 5
3) 3	8) 3	13) 2	18) 4	23) 5
4) 4	9) 5	14) 5	19) 5	24) 4
5) 1	10) 5	15) 4	20) 3	25) 3

Тестовые задания на установление соответствия

1) 1Б 2А 3В 4ГД 5ГД	6) 1Е 2А 3В 4С 5Д
2) 1А 2Д 3Б 4В 5Г	7) 1С 2А 3В 4Е 5Д
3) 1В 2Г 3Д 4Б 5А	8) 1В 2Б 3Б 4В 5Г 6Б 7Б 8А
4) 1Б 2В 3ГД 4ГД 5ГД	9) 1Б 2А 3А 4Б 5Б 6А 7В 8В
5) 1С 2Б 3А 4Г 5ДЕ	10) 1В, 2Г, 3Б, 4Д, 5А

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами

1) 2	6) 3	11) 123	16) 34	21) 4	26)
2) 123	7) 123	12) 4	17) 24	22) 14	26) 123
3) 14	8) 23	13) 14	18) 2	23) 234	
4) 124	9) 4	14) 134	19) 23	24) 234	
5) 4	10) 1234	15) 1	20) 13	25) 2	

ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

I. Тема и её актуальность

Гломерулонефрит (ГН) — прогрессирующее иммуновоспалительное заболевание почек, характеризующееся первичным поражением клубочкового аппарата почек с последующим вовлечением остальных структур почки, приводящее к нефросклерозу и почечной недостаточности.

ГН может быть самостоятельным заболеванием (постинфекционным или в результате воздействия различных антигенов экзо — или эндогенной природы) или одним из проявлений системного заболевания (инфекционного эндокардита, СКВ, геморрагического васкулита и др.). Реже наблюдаются врожденные (наследственные) формы болезни.

У 10–20% больных хронический ГН (ХГН) развивается как исход острого ГН (ОГН), у 80–90% больных наблюдается как первично — хронический процесс без предшествующей острой атаки. В результате тяжелых осложнений ГН приводит к ранней инвалидизации и смерти больных.

II. Учебные цели

- овладение врачебными умениями и навыками диагностики;
- лечения и профилактики ГН;
- оказания неотложной и экстренной медицинской помощи при осложнениях болезни;
- проведения дифференциального диагноза между различными формами ГН и другими заболеваниями органов мочевого выделения;
- формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7, ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11.

II.1 Для формирования профессиональных компетенций

обучающийся должен знать

- определение ГН;
- современную этиологию и патогенез ГН;
- классификацию ГН по Международной классификации болезней X пересмотра и по Е.М. Тарееву, И.Е. Тареевой;
- клинические симптомы ГН;
- показатели дополнительных методов исследований (рентгенография почек, биохимический анализ крови, мочи, ренография, электрокардиография);
- осложнения ГН;
- принципы базисного и симптоматического лечения и профилактики ХГН;
- терапевтические дозы препаратов;
- неотложные и реанимационные мероприятия при осложнениях ГН;
- меры профилактики.

II.2. Обучающийся должен уметь

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента с ГН по органам и системам (осмотр, пальпация, аускультация);
- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза у больного с ГН;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, применяемых для выявления ГН;

- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;
- обосновать клинический диагноз по данным жалоб, анамнеза, физикального и лабораторно-инструментального исследований;
- составить алгоритм дифференциальной диагностики ГН с другими заболеваниями (острый интерстициальный нефрит, хронический пиелонефрит, амилоидоз почек, туберкулез почек, артериальная гипертензия);
- разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее осложнений;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных, патогенетических и симптоматических средств, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при развитии осложнений ГН (острая и хроническая почечная недостаточность, острая сердечная недостаточность, инсульт);
- использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики.

II.3. Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования пациентов с ГН (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ГН (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза по современным классификациям (ОПК–5, ПК–6);

- основными врачебными лечебными мероприятиями при ГН (ОПК–7, ПК–8);
- алгоритмом диагностики и интенсивной терапии при осложнениях ГН (острая и хроническая почечная недостаточность, острая сердечная недостаточность, кровоизлияние в мозг) (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);
- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК–4, ПК–5).

III. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

III.1. Исходные базисные знания и умения

Дисциплины	Содержание знаний
Анатомия	Анатомические особенности мочевыделительной системы. Иммуноморфологическая характеристика различных форм ГН, их классификация. Осложнения и исходы.
Патанатомия:	Иммуноморфологическая характеристика различных форм ГН, их классификация. Осложнения и исходы.
Патофизиология	Механизм развития отеочного синдрома, артериальной гипертензии, анемического синдрома при ГН. Нарушение азотовыделительной функции почек, патогенез хронической почечной недостаточности. Умение объяснить патогенез протеинурии, гематурии, цилиндрурии, гематурии при ГН.
Пропедевтика внутренних болезней	Семиотика заболеваний почек, методы физикального и лабораторно-инструментального исследования. Умение собрать анамнез у больного с ГН, провести осмотр, пальпацию почек, определить симптом Пастернацкого, оценить результаты общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, Зимницкого и др. Определить наличие отеочного, нефротического, гипертензивного синдромов, почечной эклампсии, ХПН.

Фармакология	Механизм действия препаратов для лечения ГН. Умение выписать рецепты на стероидные гормоны, иммунодепрессанты, нестероидные противовоспалительные средства, гипотензивные, гепарин, антиагреганты.
--------------	--

III.2. Вопросы для самоподготовки

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Этиология и патогенез ГН	1. Нарисовать схему патогенеза ГН
2. Классификация	2. Написать классификацию ГН.
3. Клиническая картина	3. Написать анализ крови и мочи больного ГН
4. Лабораторные и рентгенологические изменения при ГН	4. Написать в виде рецептов основные группы препаратов для лечения ГН: циклофосфамид, азатиоприн, преднизолон, дексаметазон, гепарин, варфарин, дипиридамол, амлодипин, фозиноприл, лозартан, фуросемид, дицинон, аскорутин.
5. Дифференциальный диагноз	5. Написать четырехкомпонентную схему патогенетического лечения ГН
6. Лечение	
7. Санаторно — курортное лечение. Диета.	6. Назвать основные республиканские и российские санатории и курорты для лечения больных с заболеваниями почек

III. 3. Дополнительный учебный материал

В настоящее время в развитии и прогрессировании хронического гломерулонефрита придают значение трем основным механизмам: иммунным, гемодинамическим и метаболическим. Однако в развитии гломерулонефрита наибольшее значение имеет первый из этих факторов. Только в 50-60 гг. прошлого века появились сообщения об обнаружении иммунных комплексов в клубочке и периферической крови. Развивая эту концепцию, в дальнейшем была разработана теория об иммунокомплексном гломерулонефрите. Однако в 1981 г. *J. Hamburger* высказал предположение о том, что «иммунокомплексный» и «антительный» механизмы развития хронического гломерулонефрита не могут объяснить разнообразие клинических, морфологических и иммунологических проявлений хронического гломе-

рулонефрита. Это привело к тому, что вопрос о патогенезе гломерулонефритов остается открытым. В соответствии с данными литературы, механизм развития гломерулярной патологии, прежде всего, должен рассматриваться как следствие генетической неполноценности Т-клеточного звена иммунитета, что в конечном итоге приводит к нарушению процессов репарации отдельных частей нефрона с дальнейшим изменением их антигенной структуры и образованием иммунных комплексов. Последние локализуются на пораженных участках базальной мембраны с последующим их фагоцитозом подоцитами, нейтрофилами, мезангиальными клетками и макрофагами. При разрушении некоторых из этих клеток выделяются лизосомальные ферменты, в результате чего базальная мембрана повреждается еще больше. К этому предрасполагает низкое содержание Т-лимфоцитов, что делает процесс необратимым.

Классификация острых гломерулонефритов (ОГН) (С.И. Рябов, 1982)

По этиологии:

- Инфекционный (бактериальный, вирусный, паразитарный, грибковый).
- Аллергический (неинфекционный).
- Токсический (экзо- и эндогенный).
- Лекарственный.
- Гемодинамический (тромбоз почечных вен, коллапс, шок).
- Смешанной этиологии.
- Неуточненной этиологии.

По патогенезу:

- Инфекционно-иммунный.
- Неинфекционно-иммунный.

По клиническим вариантам:

- Полисимптомный, развернутый (триада симптомов: мочевой, гипертензивный, отечный).
- Моносимптомный (с изолированным мочевым синдромом).
- Нефротический.

По течению:

- Острое — до 3 мес.
- Затяжное — до 1 года.
- Переход в ХГН — после 1 года.

Осложнения:

- Острая сердечная недостаточность.
- Острая почечная недостаточность.
- Эклампсия (острая почечная гипертензивная энцефалопатия).

Классификация хронического гломерулонефрита (ХГН)

(Е.М. Тареев, Р.И. Рябов, 1982; И.Е. Тареева, 1995)

По этиологии и патогенезу:

- Инфекционно-иммунный (чаще, как исход острого стрептококкового нефрита).
- Неинфекционно-иммунный (сывороточный, лекарственный и др.).
- ХГН при системных заболеваниях (болезни Шенлейна-Геноха, узелковом периартерите, СКВ, ревматоидном артрите и др.).
- Особые формы ХГН (генетический, радиационный и др.).

По клиническим формам:

- Латентная (с изолированным мочевым синдромом).
- Гематурическая — болезнь Берже (может иметь латентное течение).
- Гипертоническая.
- Нефротическая.
- Смешанная (мочевой синдром в сочетании с другими).

- В качестве самостоятельной формы выделяют подострый, (злокачественный, быстро прогрессирующий), экстракапиллярный гломерулонефрит.

По стадиям:

- Начальная.
- Стадия выраженных клинических проявлений.
- Терминальная.

По течению:

- Быстро прогрессирующее.
- Медленно прогрессирующее.
- Рецидивирующее (с указанием фазы: обострения или ремиссии).
- Персистирующее.

Осложнения:

- Хроническая почечная недостаточность.
- Хроническая сердечная недостаточность.
- Ретинопатия.
- Анемия.
- Уремический стоматит, бронхит, гастрит, колит, полисерозит.

Морфологическая классификация гломерулонефрита (В.В. Серов, 1983)

1. Диффузный пролиферативный ГН (характерен для острого ГН).
2. ГН с полулуниями (характерен для быстро прогрессирующего экстракапиллярного ГН).
3. Мезангиопролиферативный ГН (характерен для латентной, гематурической форм ХГН).
4. Мембранозный ГН (характерен для нефротической формы ХГН).
5. Мембранопролиферативный или мезангиокапиллярный ГН (характерен для смешанной формы ХГН).

6. Фокально-сегментарный гломерулосклероз (характерен для нефротической формы ХГН).
7. Фибропластический ГН (исход большинства ГН).

Методы исследования функции почек: диагностика мочевого синдрома: в общем анализе мочи протеинурия, гематурия (микро- и макро-), цилиндрурия. Диагностика нефротического синдрома — суточная потеря белка более 3 г/сутки, гипопроteinемия (общий белок менее 60 г/л, альбумин менее 40 г/л), гиперлипидемия и гиперхолестеринемия. Оценка функционального состояния почек (выявление ХПН) — снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), проба Зимницкого: при ухудшении функции уменьшение относительной плотности мочи, креатинин, мочевины в крови: нормальные или увеличенные, электролиты крови: тенденция к снижению *Na*, *Ca*, увеличению *K*, *P*, *Mg*; *KOC* — развитие метаболического ацидоза (гломерулярного и канальцевого). Инструментальные методы обследования: внутривенная урография — исключение врожденной и урологической патологии; ультразвуковое исследование — исключение полостных и объемных образований; радиоизотопная ренография — общая оценка функционального состояния почек; пункционная биопсия с использованием световой микроскопии, электронной микроскопии, иммунофлюоресцентным исследованием.

Биопсия — основной метод морфологической диагностики гломерулонефрита. *Показаниями к биопсии почек служат:*

- мочевого синдром при персистирующем более 3-х месяцев низком уровне СЗ;
- нефротический синдром;
- прогрессирующее ухудшение функции почек (повышение уровня креатинина и/или снижение СКФ).

IV. Вид занятия: практическое занятие

V. Продолжительность занятия: 16 часов

(4 практических занятия по 4 часа)

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал таблицы, схемы, наборы R-грамм, ЭКГ, анализов крови, методические указания для обучающихся к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов и ситуационных задач по теме);

VI.2. ТСО (компьютер, негатоскоп, мультимедийный проектор).

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Ниже даны образцы тестовых заданий по теме занятия с инструкцией к выполнению и эталонами ответов. Весь набор тестов приводится в приложении.

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ):

1. СОДЕРЖАНИЕМ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХГН ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) иммунная супрессия
- 2) противовоспалительное воздействие
- 3) воздействие на процессы гемокоагуляции и агрегации
- 4) гипотензивное лечение

Эталон ответа: 4

2. ИММУННАЯ СУПРЕССИЯ ПРИ ХГН ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) антикоагулянты
- 2) цитостатиков
- 3) антибиотиков
- 4) диуретиков

Эталон ответа: 2

3. К ЦИТОСТАТИКАМ ОТНОСЯТСЯ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) преднизолон
- 2) делагил
- 3) циклофосфан
- 5) фондапаринукс натрия

Эталон ответа: 3

4. ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ЭПИЗОДАМИ МИКРОГЕМАТУРИИ СЛЕДУЕТ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) назначить гепарин
- 2) назначить преднизолон
- 3) назначить 4-компонентную схему
- 4) воздержаться от терапии

Эталон ответа: 4

5. ТЕРАПИЯ ГЕПАРИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ТРЕБУЕТ ПОСТОЯННОГО КОНТРОЛЯ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) АЧТВ
- 2) МНО
- 3) ПТИ
- 4) РФМК

Эталон ответа: 1

VII.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов темы занятия

Современные концепции этиологии, патогенеза ГН, современная классификация, клинические особенности ГН, современные методы диагностики и лечения.

Примерный перечень вопросов для собеседования:

1. Дайте определение ГН.
2. Факторы риска развития ГН.
3. Патогенез ГН.
4. Классификация ГН.
5. Патоморфологические изменения почек при ГН.
6. Клинические проявления ГН. Основные синдромы.
7. Диагностические критерии ГН.
8. Методы лабораторно-инструментальной диагностики ГН.
9. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику ГН?
10. Охарактеризуйте осложнения ГН.
11. Принципы лечения ГН (характеристика основных групп лекарственных препаратов, показания и противопоказания).
12. Неотложная и экстренная помощь при осложнениях ГН.
13. Профилактика ГН.

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного ГН по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация характерных для ГН изменений анализов мочи, рентгенологических, радиологических, ультразвуковых исследований.

VII.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя

№	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Вр. в мин.	Цель и характер деятельности обучающихся
1.	Курация тематических больных с ГН	40	Умение собрать анамнез, провести физикальное обследование пациента, сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение
2.	Посещение с пациентами лечебных и диагностических кабинетов и лабораторий. Наблюдение больных в ОИТ	30	Участие в обследовании и лечении курируемых больных. Участие в оказании неотложной и экстренной помощи при развитии осложнений П.
3.	Анализ результатов дополнительных исследований больных ГН. Оформление истории болезни курируемого больного	20	Умение интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований
4.	Работа с компьютерными тренинговыми программами, мультимедийным атласом, аудио- и видеоматериалами	20	Закрепление знаний по теме, самопроверка уровня усвоения материала.

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

VIII.1. Контроль уровня освоения практических навыков по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ГН.

VIII.2. Контроль конечного уровня знаний по учебной теме путем решения тестовых заданий и ситуационных задач

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, выберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОГН СЛЕДУЮЩИХ СИНДРОМОВ (ОПК–4, ПК–5)

1) протеинурия	А) воспалительные изменения мочевых путей
2) цилиндрурия	Б) увеличение пор, изменение проницаемости мембраны
3) гипертония	В) вовлечение мезангия, повреждение интерстициальной ткани, некротизирующее воспаление почечных артериол, почечная внутрисосудистая гемокоагуляция
4) гематурия	Г) дистрофические изменения в канальцах, распад клеток почечного эпителия
5) лейкоцитурия	Д) задержка натрия и воды, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, снижение функции депрессорной системы почек

Эталон ответа: 1Б, 2Г, 3Д, 4В, 5А.

2. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА ПОКАЗАННЫЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОГН (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) пенициллин	А) повышение АД
2) кларитромицин	Б) отёки
3) амлодипин	В) связь заболевания со стрептококковой инфекцией
4) фуросемид	
5) гипотиазид	
6) лизиноприл	

Эталон ответа: 1В, 2В, 3А, 4Б, 5Б, 6А

3. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ УКАЗАННЫХ ВАРИАНТОВ ОГН (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) массивная протеинурия, выраженные отёки	А) моносимптомный
2) отмечается только мочевой синдром	Б) нефротический
3) артериальная гипертония, мочевой синдром, отеки	В) развёрнутый
4) олигурия, анурия, азотемия	Г) осложнённый сердечной недостаточностью
5) застойные хрипы в нижних отделах лёгких	Д) осложнённый почечной недостаточностью

Эталон ответа: 1Б, 2А, 3В, 4Д, 5Г.

4. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА СО СХОДНЫМИ С ХГН ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УЧИТЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) гипертоническая болезнь с поражением почек	А) первичное заболевание сердца, признаки правожелудочковой недостаточности с застойными явлениями по большому кругу кровообращения
2) хронический пиелонефрит	
3) диабетический гломерулосклероз	
4) амилоидоз почек	
5) застойная почка при ХСН	Б) мочевого синдром появляется позже гипертонического, имеется выраженная гипертрофия левого желудочка, склонность к кризам, частое сочетание с ИБС
	В) лейкоцитурия, периодическое появление лихорадки, болей в пояснице, дизурии
	Г) длительное течение основного заболевания, умеренная протеин- и гематурия, стойкая глюкозурия
	Д) в анамнезе хроническая гнойная инфекция, выраженная протеинурия, цилиндрурия

Эталон ответа: 1Б, 2В, 3Г, 4Д, 5А.

5. НЕФРОТИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ХГН ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) амилоидоз почек	А) характерны артралгии, эритема лица в виде «бабочки», полисерозиты, лихорадка, похудание, увеличение СОЭ, положительный <i>LE</i> - феномен
2) паранеопластическая нефропатия	Б) помимо данных анамнеза и эндокринологического исследования имеют значение признаки распространенной микроангиопатии
3) множественная миелома	В) гипергаммаглобулинемия, гиперпротеинемия, выявление в моче белка Бенс-Джонса
4) диабетическая нефропатия	Г) онкологический анамнез. Характерные утолщения концевых фаланг пальцев, реакция со стороны других суставов
5) системная красная волчанка	Д) стабильность нефротического синдрома, сочетание его с гепато- и спленомегалией, тромбоцитозом крови. Диагноз ясен при морфологическом исследовании биопсийного материала почки, слизистой прямой кишки или ткани десны

Эталон ответа: 1-Д, 2-Г, 3-В, 4-Б, 5-А.

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. 4-КОМПОНЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХГН (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) гепарин
- 2) курантил
- 3) кортикостероиды
- 4) индометацин
- 5) цитостатики

Эталон ответа: 1,2,3,5

2. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ХГН (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) высокая активность почечного процесса
- 2) нефротический синдром без гипертензии и гематурии
- 3) изолированная протеинурия
- 4) изолированная гематурия
- 5) гипертонический синдром

Эталон ответа: 1,2

3. ДЛЯ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХГН НЕ ХАРАКТЕРНО (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) средством выбора являются кортикостероиды
- 2) часто наблюдается АГ
- 3) как правило, относительная плотность мочи низкая
- 4) все перечисленное верно

Эталон ответа: 1,2,3

4. ПРИЗНАКИ КОТОРЫЕ ПОМОГАЮТ ОТЛИЧИТЬ ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧЕК ОТ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХГН (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) несоответственно низкая протеинурия при наличии выраженного мочевого осадка (пиурия, гематурия)

- 2) вовлечение в процесс мочевого пузыря с появлением дизурических явлений
- 3) наличие выраженных отеков
- 4) наличие злокачественной гипертонии

Эталон ответа: 1,2

5. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) развивается преимущественно у детей и лиц молодого возраста
- 2) связь заболевания с β -гемолитическим стрептококком группы А
- 3) часто возникает у больных с сахарным диабетом I типа
- 4) развитие ОГН связано с воздействием влажного холода
- 5) развивается на следующий день после инфекционного процесса, вызванного гемолитическим стрептококком группы А

Эталон ответа: 1,2

Ситуационная задача.

Больной Д., 29 лет, строитель, обратился к врачу с жалобами на одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит, неоднократно лечился в стационаре. После этого продолжали беспокоить головные боли, слабость, изменения цвета мочи (покраснение). Повышение артериального давления отмечает около 2-х лет назад, принимал гипотензивные препараты с кратковременным улучшением, продолжал работать. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад, связывает с переохлаждением на работе.

Объективно: температура: 37,2° С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица (faciesnefritica), отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС 82 в мин., АД 180/120 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови общий: RBC- $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$; HGB — 87,0 г/л, HCT — 10,5 г/л, MCV — 32%, л, PLT — $190 \times 10^9/\text{л}$, WBC — $6,3 \times 10^9/\text{л}$, с/я — 54,1%, лимф. — 37%, моноц. — 9%, СОЭ — 26 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок крови — 58 г/л, альбумины — 39,39%, α_1 -глобулины — 3,99%, α_2 -глобулины — 8,07%, β -глобулины — 6,67%, γ -глобулины — 41,87%. А/Г — 0,65, креатинин — 0,303 ммоль/л, общий холестерин — 8,4 ммоль/л, фибриноген — 8 г/л, триглицериды — 2,3, СКФ — 54 мл/мин.

Общий анализ мочи: плотность — 1010, белок — 3,5 г/л, цилиндры 2-3 в п.з., лейкоц. — 2-4 в п/зр, эр. — 10-15 в п/зр.

Проба Зимницкого: колебания удельного веса 1009-1013, в суточном диурезе (700 мл) преобладание ночного;

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, синусовая тахикардия-100 в минуту, нарушения процессов реполяризации в миокарде.

Исследование глазного дна показало сужение, извитость артериол, отечность диска зрительного нерва.

УЗИ почек: уменьшение размеров почек, отечность коркового слоя.

Вопросы к задаче:

1. Диагноз и его обоснование (ОПК-4, ПК-5)
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента (ОПК-4, ПК-5)
3. Какие основные методы лечения применяются при хроническом гломерулонефрите? (ОПК-5, ОПК-7, ПК-6, ПК-8)
4. Медикаментозное лечение. Какие средства используются в качестве симптоматической терапии? (ОПК-5, ОПК-7, ПК-6, ПК-8)
5. Какие препараты используют для лечения гематурического синдрома (ОПК-5, ОПК-7, ПК-6, ПК-8)

Эталонные ответы к задаче:

1. Диагноз: Хронический гломерулонефрит, смешанная (нефротически-гипертоническая) форма, стадия выраженных клинических наруше-

ний, рецидивирующее течение, фаза обострения. Осл.: ХБП С3а. Гипохромная анемия средней степени тяжести.

Установлен на основании:

- Жалоб больного на отеки на лице, нижних конечностях, головные боли, ноющие боли в пояснице, общую слабость, изменения цвета мочи, количества.
 - Данных анамнеза: в 15-летнем возрасте перенес острый гломеруло-нефрит, неоднократно лечился в стационаре. После этого продолжали беспокоить головные боли, слабость, изменения цвета мочи (покраснение). Повышение артериального давления отмечает около 2-х лет назад, принимал гипотензивные препараты с кратковременным улучшением, продолжал работать. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад, связывает с переохлаждением на работе.
 - Объективных данных: субфебрильная температура, бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях; перкуторно — смещение левой границы сердца кнаружи на 1,5 см, аускультативно — приглушенные тоны сердца, тахикардия, акцент II тона над аортой; повышенное АД.
 - Лабораторно-инструментального обследования: анемия, гематурия, стойкая протеинурия, гипоизостенурия, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, гиперфибриногенемия; снижение СКФ, быстрое нарастание уровня креатинина сыворотки крови в динамике; данных иммунологического исследования, УЗИ почек, ЭКГ, состояние сосудов глазного дна.
2. Пациенту рекомендовано проведение следующего дополнительного обследования: анализ мочи по Нечипоренко, подсчет суточной потери белка, определение электролитов сыворотки крови, мочевины, остаточного азота крови, радионуклидное исследование почек, пункционную биопсию почек.

3. Основными методами лечения при ХГН являются патогенетическое и симптоматическое, должно быть комплексным и включать диету, лекарственную терапию, санаторно-курортное лечение. В период обострения обязательна госпитализация, строгий постельный режим, ограничение приема белка, жидкости и поваренной соли до 3–5 г в/сут., ежедневный контроль выпитой и выделенной жидкости, санация очагов хронического воспаления.
4. Симптоматическая терапия включает лечение отечного, гематурического синдромов, артериальной гипертензии, гипертонической энцефалопатии, почечной и сердечной недостаточности. Назначаются диуретики, гипотензивные препараты, ангиопротекторы, и-АПФ, БАБ, дезагреганты, антикоагулянты, антианемические средства, цитостатические препараты.

Лечение гематурического синдрома. С целью уменьшения клубочковой сосудистой проницаемости применяют ангиопротекторы: дицинон(этамзилат) таб. по 250 мг, 12,5% р-р для в/в и в/м введения в амп. по 2 мл, аскорутин.

IX. Место проведения самоподготовки

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, кабинеты функциональной диагностики, компьютерный класс.

X. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме

- 1) 1.Составить реферативное сообщение о морфологической классификации ГН.
- 2) 2.Составить реферативное сообщение о методах исследования функции почек.
- 3) 3.Анализ медицинских карт больных с ГН по материалам клинической базы кафедры.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ
ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ
«ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ. ХРОНИЧЕСКИЙ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ» С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один правильный ответ):

1. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) гиперволемией, задержкой натрия и воды
- 2) повышением уровня брадикинина
- 3) повышением концентрации простагландинов
- 4) дилатацией сосудов

2. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ «FACIES NEFRITICA» ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) отеки на лице и цианоз кожи
- 2) отеки на лице и желтушность кожи
- 3) отеки на лице и бледность кожи
- 4) отеки на лице и гиперемия кожи

3. У 35-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ОТЁКИ МАКРОГЕМАТУРИЯ ПОВЫСИЛОСЬ АД. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) острый гломерулонефрит
- 2) острый пиелонефрит
- 3) апостематозный нефрит

- 4) амилоидоз почек

4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) пожилой возраст
- 2) выраженная сердечная недостаточность
- 3) двусторонний стеноз почечных артерий
- 4) гипокалиемия

5. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) пенициллины
- 2) аминогликозиды
- 3) фторхинолоны
- 4) уросептики

6. МОРФОЛОГИЧЕСКИ МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) отложение фибрина в клубочках
- 2) образованием мезангиальных «полулуний»
- 3) образованием экстракапиллярных «полулуний»
- 4) отложением иммунных комплексов в мезангии и под эндотелием

7. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА (ОПК–4, ПК–5)

- 1) быстро прогрессирующий гломерулонефрит
- 2) люпус-нефрит
- 3) миеломная нефропатия
- 4) IgA-нефропатия

8. В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОНЯТИЮ «СМЕШАННАЯ ФОРМА» СООТВЕТСТВУЕТ СОЧЕТАНИЕ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) гематурии и отеков
- 2) гипертензии и нефротического синдрома
- 3) гематурии и артериальной гипертензии
- 4) нефротического синдрома и гематурии

9. ТЕРАПИЯ ГЕПАРИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ТРЕБУЕТ ПОСТОЯННОГО КОНТРОЛЯ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) АЧТВ
- 2) МНО
- 3) ПТИ
- 4) РФМК

10. ТЕРАПИЯ ПРЕДНИЗОЛОНОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) при гипертонической форме ХГН
- 2) при амилоидозе почек
- 3) при люпус-нефрите
- 4) при терминальном нефрите

11. СОДЕРЖАНИЕМ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХГН ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) иммунная супрессия
- 2) противовоспалительное воздействие
- 3) воздействие на процессы гемокоагуляции и агрегации
- 4) гипотензивное лечение

12. ИММУННАЯ СУПРЕССИЯ ПРИ ХГН ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) антикоагулянты
- 2) цитостатиков
- 3) антибиотиков
- 4) диуретиков

13. К ЦИТОСТАТИКАМ ОТНОСЯТСЯ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) преднизолон
- 2) делагил
- 3) циклофосфан
- 4) фондапаринукс натрия

14. ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ЭПИЗОДАМИ МИКРОГЕМАТУРИИ СЛЕДУЕТ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) назначить гепарин
- 2) назначить преднизолон
- 3) назначить 4-компонентную схему
- 4) воздержаться от терапии

15. ТЕРАПИЯ ГЕПАРИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ТРЕБУЕТ ПОСТОЯННОГО КОНТРОЛЯ (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) АЧТВ
- 2) МНО
- 3) ПТИ
- 4) РФМК

16. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) Отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, протеинурия
- 2) артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, гематурия
- 3) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, отеки
- 4) отеки, артериальная гипертензия, протеинурия, цилиндрурия

17. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) нефротическом синдроме
- 2) сочетании протеинурии с гематурией
- 3) сочетании артериальной гипертензии и нефротического синдрома
- 4) артериальной гипертензии

18. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХРОНИЧЕСКОГО ОТ ОСТРОГО (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) уменьшение размеров почек
- 2) снижение артериального давления
- 3) наличие дизурических явлений
- 4) отеки

19. ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) уменьшением синтеза простагландинов
- 2) выработкой аутоантител к антигенам базальной мембраны капилляров
- 3) активацией свертывающей системы
- 4) увеличением ОЦК

20. ПРОБА РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА ВЫЯВЛЯЕТ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) мочевой осадок (эритроциты, белок, цилиндры, лейкоциты)
- 2) количественное содержание форменных элементов в 1 мл мочи
- 3) состояние клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции
- 4) иммунологические гуморальные и клеточные нарушения

Тестовые задания на установление соответствия:

1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОГН СЛЕДУЮЩИХ СИНДРОМОВ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) протеинурия	А) воспалительные изменения мочевых путей
2) цилиндрурия	Б) увеличение пор, изменение проницаемости мембраны
3) гипертонаия	В) вовлечение мезангия, повреждение интерстициальной ткани, некротизирующее воспаление почечных артериол, почечная внутрисосудистая гемокоагуляция
4) гематурия	Г) дистрофические изменения в канальцах, распад клеток почечного эпителия
5) лейкоцитурия	Д) задержка натрия и воды, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, снижение функции депрессорной системы почек

2. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА ПОКАЗАННЫЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОГН (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

1) пенициллин	А) повышение АД
2) кларитромицин	Б) отёки
3) амлодипин	В) связь заболевания со стрептококковой инфекцией
4) фуросемид	
5) гипотиазид	
6) лизиноприл	

3. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ УКАЗАННЫХ ВАРИАНТОВ ОГН (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) массивная протеинурия, выраженные отёки	А) моносимптомный
2) отмечается только мочевого синдром	Б) нефротический
3) артериальная гипертония, мочевого синдрома, отеки	В) развёрнутый
4) олигурия, анурия, азотемия	Г) осложнённый сердечной недостаточностью
5) застойные хрипы в нижних отделах лёгких	Д) осложнённый почечной недостаточностью

4. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА СО СХОДНЫМИ С ХГН ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УЧИТЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) гипертоническая болезнь с поражением почек	А) первичное заболевание сердца, признаки правожелудочковой недостаточности с застойными явлениями по большому кругу кровообращения
2) хронический пиелонефрит	
3) диабетический гломерулосклероз	Б) мочевого синдром появляется позже гипертонического, имеется выраженная гипертрофия левого желудочка, склонность к кризам, частое сочетание с ИБС
4) амилоидоз почек	
5) застойная почка при ХСН	В) лейкоцитурия, периодическое появление лихорадки, болей в пояснице, дизурии
	Г) длительное течение основного заболевания, умеренная протеин- и гематурия, стойкая глюкозурия
	Д) в анамнезе хроническая гнойная инфекция, выраженная протеинурия, цилиндрурия

5. НЕФРОТИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ХГН ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) амилоидоз почек	А) характерны артралгии, эритема лица в виде «бабочки», полисерозиты, лихорадка, похудание, увеличение СОЭ, положительный LE- феномен
2) паранеопластическая нефропатия	Б) помимо данных анамнеза и эндокринологического исследования имеют значение признаки распространенной микроангиопатии

3) множественная миелома	В) гипергаммаглобулинемия, гиперпротеинемия, выявление в моче белка Бенс-Джонса
4) диабетическая нефропатия	Г) онкологический анамнез. Характерные утолщения концевых фаланг пальцев, реакция со стороны других суставов
5) системная красная волчанка	Д) стабильность нефротического синдрома, сочетание его с гепато- и спленомегалией, тромбоцитозом крови. Диагноз ясен при морфологическом исследовании биопсийного материала почки, слизистой прямой кишки или ткани десны

6. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ УКАЗАННЫХ ВАРИАНТОВ ОГН (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) массивная протеинурия, гипопропротеинемия, выраженные отёки	А) моносимптомный Б) нефротический В) развёрнутый Г) осложнённый сердечной недостаточностью Д) осложнённый почечной недостаточностью
2) отмечается только мочевого синдром	
3) артериальная гипертензия, мочевого синдром, отеки	
4) олигурия, анурия, азотемия	
5) застойные хрипы в нижних отделах лёгких	

7. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОГН (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) АД в пределах нормы, умеренная протеинурия, цилиндрурия	А) малосимптомный
2) выраженная протеинурия, снижение общего белка, диспротеинемия, высокая СОЭ	Б) нефротический В) развёрнутый
3) артериальная гипертензия — 190/110 мм рт. ст. и более, отёки, мочевого синдром	Г) осложнённый сердечной недостаточностью
4) повышение уровня мочевины и креатинина крови	Д) осложнённый почечной недостаточностью
5) значительное снижение клубочковой фильтрации	

8. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА СО СХОДНЫМИ С ХГН ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УЧИТЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) гипертоническая болезнь с поражением почек 2) хронический пиелонефрит 3) диабетический гломерулосклероз 4) амилоидоз почек 5) застойная почка при ХСН	А) первичное заболевание сердца, признаки правожелудочковой недостаточности с застойными явлениями по большому кругу кровообращения
	Б) мочевого синдром появляется позже гипертонического, имеется выраженная гипертрофия левого желудочка, склонность к кризам, частое сочетание с ИБС
	В) лейкоцитурия, периодическое появление лихорадки, болей в пояснице, дизурии
	Г) длительное течение основного заболевания, умеренная протеин- и гематурия, стойкая глюкозурия
	Д) в анамнезе хроническая гнойная инфекция, выраженная протеинурия, цилиндрурия

9. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОГН (ОПК–4, ПК–5)

1) Проба Реберга 2) Проба Зимницкого 3) Анализ мочи по Нечипоренко 4) Анализ мочи общий 5) Мочевина и креатинин крови	А) выявление мочевого синдрома
	Б) определение концентрационной и выделительной функции почек
	В) определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции
	Г) определение азотовыделительной функции почек
	Д) количественное определение форменных элементов в 1 мл мочи

10. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХГН СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

1) боли в пояснице 2) головные боли 3) боли в области сердца 4) одышка при физической нагрузке	А) повышение АД
	Б) снижение клубочковой фильтрации
	В) снижение онкотического давления плазмы
	Г) увеличение размеров почек

5) отеки	Д) повышение объема циркулирующей крови
6) смещение границ сердца влево	
7) снижение зрения	

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. 4-КОМПОНЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХГН (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) гепарин
- 2) курантил
- 3) кортикостероиды
- 4) индометацин
- 5) цитостатики

2. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ХГН (ОПК–5, ОПК–7, ПК–6, ПК–8)

- 1) высокая активность почечного процесса
- 2) нефротический синдром без гипертензии и гематурии
- 3) изолированная протеинурия
- 4) изолированная гематурия
- 5) гипертонический синдром

3. ДЛЯ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХГН НЕ ХАРАКТЕРНО (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) средством выбора являются кортикостероиды
- 2) часто наблюдается АГ
- 3) как правило, относительная плотность мочи низкая
- 4) все перечисленное верно

4. ПРИЗНАКИ КОТОРЫЕ ПОМОГАЮТ ОТЛИЧИТЬ ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧЕК ОТ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХГН (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) несоответственно низкая протеинурия при наличии выраженного мочевого осадка (пиурия, гематурия)
- 2) вовлечение в процесс мочевого пузыря с появлением дизурических явлений
- 3) наличие выраженных отеков
- 4) наличие злокачественной гипертензии

5. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) развивается преимущественно у детей и лиц молодого возраста
- 2) связь заболевания с β -гемолитическим стрептококком группы А
- 3) часто возникает у больных с сахарным диабетом I типа
- 4) развитие ОГН связано с воздействием влажного холода
- 5) развивается через 2 недели после инфекционного процесса, вызванного гемолитическим стрептококком группы А

6. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОГН ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) острая левожелудочковая недостаточность
- 2) эклампсия
- 3) острая почечная недостаточность
- 4) гиперкалиемия

7. КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ ОГН ВКЛЮЧАЕТ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) отеки
- 2) одышка
- 3) гипертензия
- 4) гематурия
- 5) сердцебиение

8. ДИУРЕТИКИ ПРИ ОГН ПОКАЗАНЫ ПРИ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–6, ПК–8)

- 1) отеке мозга
- 2) массивных отеках, ограничивающих физическую активность
- 3) эклампсии
- 4) артериальной гипертензии высокой степени
- 5) протеинурии

9. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА УЧАСТВУЮТ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) иммунное воспаление базальной мембраны
- 2) отложение комплексов антиген-антитело на фильтрующей поверхности клубочка
- 3) образование капиллярных микротромбов
- 4) повышение артериального давления

10. ПРИЗНАКИ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ ОСТРОНЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) отёки
- 2) гематурия
- 3) гипоальбуминемия
- 4) артериальная гипертензия
- 5) гиперлипидемия

Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме «Гломерулонефриты»

Тестовые задания с одним правильным ответом

1) 1	6) 4	11) 4	16) 1
2) 3	7) 4	12) 2	17) 3
3) 1	8) 2	13) 3	18) 1
4) 3	9) 1	14) 4	19) 2
5) 1	10) 3	15) 1	20) 3

Тестовые задания на установление соответствия

1) 1Б, 2Г, 3Д, 4В, 5А	6) 1А, 2Б, 3В, 4Д, 5Д
2) 1В, 2В, 3А, 4Б, 5Б, 6А	7) 1Б, 2В, 3Г, 4Д, 5А
3) 1Б, 2А, 3В, 4Д, 5Г	8) 1В, 2Б, 3Д, 4А, 5Г
4) 1Б, 2В, 3Г, 4Д, 5А	9) 1Г, 2А, 3А, 4Д, 5В, 6А, 7А
5) 1Б, 2А, 3В, 4Г, 5Д	

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами

1) 1235	6) 123
2) 12	7) 134
3) 4	8) 124
4) 12	9) 123
5) 125	10) 1234

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

I. Тема и её актуальность

«Железодефицитная анемия» (ЖДА). Анемия — состояние, характеризующееся снижением содержания в крови гемоглобина и в большинстве случаев эритроцитов. Все анемии являются вторичными и обычно являются симптомами основного заболевания. Железодефицитная анемия является наиболее распространенной формой анемии (более 80% всех форм), обусловлена дефицитом железа в сыворотке крови, костном мозге и депо, что приводит к трофическим расстройствам в тканях. В связи с этим вопросы диагностики и лечебной тактики нередко вызывают определенные затруднения, а иногда решаются без учета современных представлений о механизмах развития заболевания, значимости и дифференциальной тактики терапии и профилактики.

II. Учебные цели

- изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики ЖДА;
- овладение практическими умениями и навыками диагностики, лечения ЖДА;
- формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК–4, ОПК–5, ОПК–7, ПК–5, ПК–6, ПК–8, ПК–10, ПК–11.

II.1 Для формирования профессиональных компетенций

обучающийся должен знать

- нормальные значения параметров периферической крови;
- роль железа в синтезе гемоглобина и функционировании клеточных ферментов;
- этапы обмена железа в организме;

- строение и функционирование эритроцитов определение, этиологию, патогенез и классификацию ЖДА, стадии дефицита железа;
- клинические синдромы ЖДА;
- методы диагностики (общий анализ крови, мочи, кала, кал на скрытую кровь, анализ крови на ретикулоциты и тромбоциты, определение содержания в крови железа, общей железосвязывающей способности сыворотки, содержание ферритина в сыворотке, десфераловый тест, ФГДС, ирригоскопия, колоноскопия, рентгенологическое исследование легких, осмотр гинеколога);
- диагностические критерии ЖДА (низкий цветовой показатель, гипохромия эритроцитов, микроцитоз, снижение уровня сывороточного железа, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки, снижение насыщения трансферрина железом, снижение содержания ферритина в сыворотке, снижение уровня ферритина в гемолизате, клинические проявления гипосидероза, эффективность препаратов железа);
- фармакологические свойства препаратов железа, их терапевтические дозы;
- методы неотложной и экстренной медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях у больного с ЖДА;
- показания к госпитализации;
- меры профилактики ЖДА.

II.2. Обучающийся должен уметь

- собрать анамнез заболевания и жизни у больного ЖДА, выявить факторы риска развития заболевания;
- провести физикальное обследование больного по всем органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);

- поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата у больного;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики;
- сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций с указанием основного диагноза, его осложнений и сопутствующих заболеваний;
- провести дифференциальный диагноз с другими анемиями (в первую очередь В₁₂ ДА);
- назначить лечение (медикаментозное);
- оказать неотложную и экстренную медицинскую помощь при неотложных и угрожающих жизни состояниях у больного с ЖДА;
- использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики.

II.3. Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть

- методами общеклинического обследования больных ЖДА (ОПК–4, ПК–5);
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики ЖДА (ОПК–5, ПК–6);
- алгоритмом развернутого клинического диагноза по современной классификации (ОПК–5, ПК–6);
- основными врачебными лечебными мероприятиями при ЖДА (ОПК–7, ПК–8);
- методами неотложной и экстренной медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях у больного с ЖДА (ОПК–7, ПК–10, ПК–11);

- правильным ведением медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) (ОПК–5, ПК–6);
- навыками врачебной этики и медицинской деонтологии (ОПК–4, ПК–5).

III. Материалы для самоподготовки к освоению данной темы

III.1. Исходные базисные знания и умения

Дисциплины	Содержание знаний
Гистология	Костномозговое кроветворение. Строение и функционирование эритроцитов
Биоорганическая химия	Этапы синтеза гемоглобина. Роль железа в синтезе гемоглобина и функционировании клеточных ферментов.
Пропедевтика внутренних болезней	Методы физикального, лабораторного и инструментального обследования больных с ЖДА. Нормальные значения параметров периферической крови и миелограмм.
Фармакология	Фармакологическое действие современных препаратов железа. Умение выписать рецепты.

III.2. Вопросы для самоподготовки

Вопросы для самоподготовки	Письменные задания
1. Этиология и патогенез развития ЖДА.	1. Нарисовать схему костномозгового кроветворения. Нарисовать строение эритроцита
2. Факторы риска развития ЖДА.	2. Написать этапы синтеза гемоглобина.
3. Классификация ЖДА, стадии дефицита железа.	3. Написать этапы обмена железа в организме человека.
4. Клинические синдромы ЖДА.	4. Перечислить признаки анемического и сидеропенического синдромов.
5. Интерпретация общего анализа крови, мочи, кала, кала на скрытую кровь, анализа крови на ретикулоциты и тромбоциты, определения содержания в крови железа, общей железосвязывающей способности сыворотки, содержания ферритина в сыворотке, десфералового теста; заключения ФГДС, ирригоскопии, колоноскопии, рентгенологического исследования легких;	

6. Дифференциальный диагноз анемий.	
7. Принципы лечения ЖДА.	5. Написать в виде рецептов современные препараты железа для лечения ЖДА (пероральные и парентеральные).
8. Профилактика ЖДА.	6. Написать схему ступенчатого подхода к лечению ЖДА.

III. 3. Дополнительный учебный материал

Классификация анемий (Л.И. Идельсон, 1979; Л.И. Дворецкий, П.А. Воробьев, 1994)

Анемии, связанные с кровопотерей (постгеморрагические):

- Острая постгеморрагическая анемия.
- Хроническая постгеморрагическая анемия.

Анемии, связанные с нарушением образования эритроцитов и гемоглобина:

1. Железодефицитная анемия.
2. Анемии, связанные с перераспределением железа (при инфекции и воспалении).
3. Сидероахрестическая (железонасыщенная) анемия, связанная с нарушением синтеза гема.
4. Мегалобластные анемии, связанные с нарушением синтеза ДНК:
 - В₁₂ — и фолиевые дефицитные анемии;
 - В₁₂ — ахрестическая анемия;
 - обусловленные наследственным дефицитом ферментов, участвующих в синтезе пуриновых и пиримидиновых оснований.
5. Гипопролиферативная анемия.
6. Анемии связанные с костномозговой недостаточностью:
 - гипопластическая (апластическая) анемия;
 - рефрактерная анемия при миелодиспластическом синдроме.
7. Метапластические анемии:
 - анемия при гемобластозах;

- –анемия при метастазах рака в костный мозг.

8. Дисэритропоэтические анемии.

Анемии, связанные с усиленным кроворазрушением (гемолитические):

1. *Наследственные:*

- связанные с нарушением структуры мембраны эритроцитов (микро-сфероцитарная анемия Минковского-Шоффара);
- связанные с дефицитом ферментов в эритроцитах;
- связанные с нарушением синтеза гемоглобина (серповидноклеточная анемия, талассемия).

2. *Приобретенные:*

- аутоиммунные;
- пароксизмальная ночная гемоглобинурия;
- лекарственные;
- травматические и микроангиопатические;
- вследствие отравления гемолитическими ядами и бактериальными токсинами.

Анемии смешанные.

Классификация анемий по цветовому показателю:

1. **Анемия гипохромная (цв. показатель ниже 0,8)**

- Железодефицитная анемия.
- Железонасыщенная (сидероахрестическая) анемия.
- Анемия при гипофункции щитовидной железы (тиреопривная).
- Талассемии.

2. **Анемия нормохромная (цв. показатель 0,8–1,05)**

- Анемия при ХПН.
- Гипопластическая (апластическая анемия).
- Анемия при миелодиспластическом синдроме.
- Лекарственная и лучевая цитостатическая болезнь.

- Анемия при злокачественных новообразованиях и гемобластозах.
- Анемия при системных заболеваниях соединительной ткани.
- Анемия при хроническом гепатите и циррозе печени (кроме хронической постгеморрагической анемии).
- Гемолитическая анемия (кроме талассемии).
- Острая постгеморрагическая анемия.

3. Анемия гиперхромная (цв. показатель выше 1,05)

- В₁₂ — дефицитная анемия.
- В₁₂ — ахрестическая анемия.
- Фолиево-дефицитная анемия.

Примечание: Анемия при ХПН может быть гипохромной.

Классификация железодефицитных анемий (ЖДА) (Ю.Г. Митерев, Л.Н. Воронина, 1992)

По этиологии и патогенезу:

- Хроническая постгеморрагическая ЖДА (мено- и метроррагии, кровотечения из желудочно-кишечного тракта и др.).
- ЖДА вследствие повышенного расхода железа (при беременности и лактации, в периоде роста и созревания).
- ЖДА вследствие недостаточного исходного уровня железа (у новорожденных и детей младшего возраста).
- Алиментарная (нутритивная) ЖДА.
- ЖДА вследствие недостаточного всасывания железа (пострезекционная, агастральная, энтерогенная).
- ЖДА при нарушении транспорта железа.

По стадиям:

- I стадия — дефицит железа без клиники анемии (латентная анемия).
- II стадия — железодефицитная анемия с развернутой клинико-лабораторной картиной заболевания.

По степени тяжести:

- Легкой степени (содержание Hb 90–120 г/л).
- Средней (содержание Hb 70–90 г/л).
- Тяжелой (содержание Hb ниже 70 г/л).

IV. Вид занятия: практическое занятие

V. Продолжительность занятия: 4 часа

VI. Оснащение

VI.1. Дидактический материал таблицы, схемы, наборы миелограмм, анализов крови, мочи, кала, УЗИ органов брюшной полости, ирригоскопии, заключений колоноскопии, учебно–методическое пособие к практическим занятиям по данной теме, учебные пособия «Схема истории болезни», «Классификации заболеваний внутренних органов с примерами формулировки диагнозов», «Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней», тренинговая компьютерная программа «Диагностика внутренних болезней», мультимедийный атлас, видеофильмы, контролирующая компьютерная программа «ФАКТЕР», наборы контролирующих тестов по теме, ситуационных задач.

VI.2. ТСО (компьютер, мультимедийный проектор)

VII. Содержание занятия

VII.1. Контроль исходного уровня знаний и умений

Ниже даны образцы тестовых заданий по теме занятия с инструкцией к выполнению и эталонами ответов. Весь набор тестов приводится в приложении.

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один наиболее правильный ответ):

1. ДЛЯ ЖДА ХАРАКТЕРНО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гипохромия микроцитоз сидеробласты в стернальном пунктате
- 2) гипохромия микроцитоз мишеневидные эритроциты
- 3) гипохромия микроцитоз повышение железосвязывающей способности сыворотки
- 4) гипохромия микроцитоз понижение железосвязывающей способности сыворотки
- 5) гипохромия микроцитоз положительная десферальная проба

Эталон ответа: 3.

2. ДЛЯ ДИАГНОЗА ЖДА ИНФОРМАТИВНО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) снижение гематокрита
- 2) снижение цветового показателя
- 3) снижение гемоглобина
- 4) снижение количества лейкоцитов
- 5) гипербилирубинемия

Эталон ответа: 2.

3. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гипохромия микроцитоз сидеробласты в стернальном пунктате
- 2) гипохромия микроцитоз мишеневидные эритроциты
- 3) гипохромия микроцитоз повышение железосвязывающей способности сыворотки
- 4) гипохромия микроцитоз понижение железосвязывающей способности сыворотки
- 5) гипохромия микроцитоз положительная десферальная проба

Эталон ответа 3.

4. СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЖДА РЕЖЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) глоссит
- 2) субфебрильная температура
- 3) желтуха
- 4) анорексия
- 5) выпадение волос

Эталон ответа 3.

5. КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) цветовой показатель 0,7
- 2) гипохромия эритроцитов
- 3) микроцитоз
- 4) анизо-пойкилоцитоз
- 5) гиперсегментация ядер нейтрофилов

Эталон ответа 5.

VII.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов темы занятия

Современные концепции этиологии, патогенеза ЖДА, современная классификация, клинические особенности ЖДА различной этиологии, современные методы диагностики и лечения.

Примерный перечень вопросов для собеседования

1. Дайте определение ЖДА.
2. Каковы факторы риска развития ЖДА?
3. Каков патогенез ЖДА?
4. Что лежит в основе классификации ЖДА? Перечислите стадии дефицита железа.
5. Каковы основные клинические проявления ЖДА?
6. При каких заболеваниях развивается ЖДА?

7. Методы диагностики ЖДА, её диагностические критерии.
8. Какова дифференциальная диагностика ЖДА?
9. Принципы лечения ЖДА (характеристика основных групп препаратов с содержанием железа, показания и противопоказания).
10. Причины неэффективности терапии препаратами железа при приеме внутрь.
11. Профилактика ЖДА.

VII.3. Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме

Методы физикального обследования больного ЖДА по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Интерпретация общего анализа крови, мочи, кала, анализа кала на скрытую кровь, анализа крови на ретикулоциты и тромбоциты, определения содержания в крови железа, общей железосвязывающей способности сыворотки, содержания ферритина в сыворотке, десфералового теста; заключения ФГДС, ирригоскопии, колоноскопии, рентгенологического исследования легких.

VII.4. Самостоятельная контактная работа обучающихся под контролем преподавателя

№	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Вр. в мин.	Цель и характер деятельности обучающихся
1.	Курация тематических больных с ЖДА	40	Умение собрать анамнез, провести физикальное обследование, сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение
2.	Посещение с больными лечебных и диагностических кабинетов и лабораторий. Наблюдение больных в ОИТ	30	Принять участие в обследовании и лечении курируемых больных.
3.	Анализ результатов дополнительных исследований больных ЖДА. Оформление истории болезни курируемого больного	20	Умение интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований (анализов крови, рент-

			генограмм, ФГДС, ЭКГ)
4.	Работа с компьютерными тренинговыми программами, мультимедийным атласом, аудио- и видеоматериалами	20	Закрепление знаний по теме, самопроверка уровня усвоения материала.

VIII. Контроль конечного уровня усвоения темы

VIII.1. Контроль уровня освоения практических навыков

по теме занятия

Разбор проведенной курации больных, выполненных диагностических исследований и лечебных манипуляций. Демонстрация полученных практических навыков по обследованию и лечению больных. Разбор вопросов лечения курируемых больных ЖДА.

VIII.2. Контроль конечного уровня знаний по учебной теме

путем решения тестовых заданий и ситуационных задач

Тестовые задания на установление соответствия (для каждого вопроса, пронумерованного цифрой, подберите один соответствующий ответ, обозначенный буквой, один и тот же ответ может быть использован один раз, два раза или не использован ни разу):

1. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЖДА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ ОРГАНИЗМА (ОПК–5, ПК–6)

1) фибромиома матки	А. Хроническая кровопотеря
2) беременность	Б. Недостаточный исходный уровень железа в организме
3) геморрой	В. Повышенная потребность в железе
4) лактация	Г. Нарушение всасывания железа
5) анемия у новорожденных	Д. Нарушение транспорта железа
6) спру	
7) резекция желудка по Бильрот — II	
8) рак толстой кишки	
9) анацидный гастрит	
10) язвенная болезнь	
12-перстной кишки	

Эталон ответа 1А, 2В, 3А, 4В, 5Б, 6Г, 7Г, 8А, 9Г, 10А

2. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЖДА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ ОРГАНИЗМА (ОПК–5, ПК–6)

1. Беременность	А. Повышенная потребность в железе
2. Лактация	Б. Повышенная потеря железа из организма
3. Период роста полового созревания	В. Недостаточное поступление железа в организм
4. Анемия у новорожденных	Г. Нарушение всасывания железа в организме
5. Климакс, дисфункциональные маточные кровотечения	Д. Недостаточный исходный уровень железа в организме
6. Однообразное молочное питание	

Эталон ответа 1А, 2А, 3А, 4Д, 5Б, 6В

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЖДА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) анемический
- 2) сидеропенический
- 3) иммунных нарушений
- 4) цитолитический

Эталон ответа: 1, 2

2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) извращение вкуса
- 2) дисфагия
- 3) поперечная исчерченность и ломкость ногтей
- 4) фуникулярный миелоз

Эталон ответа: 1, 2, 3

Ситуационная задача.

Больная Б., 28 лет, предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, головокружение, сердцебиение, одышку при умеренной физической нагрузке, ломкость ногтей, сухость кожи.

Из анамнеза известно, что ломкость ногтей и сухость кожи беспокоят в течение многих лет, однако по этому поводу к врачам не обращалась, не обследовалась. Слабость, повышенная утомляемость появились 12 месяцев назад к концу второго триместра беременности. При обследовании было обнаружено снижение уровня гемоглобина до 100 г/л. Было рекомендовано соблюдение диеты. В связи с отвращением к мясной пище больная увеличила содержание в рационе яблок, гранатов, гречневой крупы. Употребляла много молочных продуктов. На этом фоне симптомы усилились. После родов уровень гемоглобина составил 80 г/л. Были назначены препараты железа для приема внутрь, которые больная принимала в течение 3 недель. На этом фоне уровень гемоглобина достиг 105 г/л, после чего прием препаратов пациентка прекратила. В течение последних месяцев, на протяжении которых больная осуществляет грудное вскармливание, состояние ухудшилось: появились головокружение, одышка, мелькание мушек перед глазами.

Семейный анамнез без особенностей.

Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, по 6 дней, через 28 дней, обильные, безболезненные; Б — 1, Р — 1.

Аллергологический анамнез неотягощен.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы тусклые, посеченные. Видимые слизистые бледные. Ангулярный стоматит. Отеков нет. ЧД — 16 уд/мин, при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости: правая — на 1,0 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье, левая — на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя — верхний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 94 уд/мин, ясные, шумов нет. Пульс ритмичный, без дефицита. АД — 100/60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации патологии со стороны толстого кишечника, печени, селезенки не выявле-

но. Размеры печени по Курлову 10 x 9 x 8 см. Нижний край печени ровный, мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Пальпация в точках Кювье безболезненная. Щитовидная железа не увеличена.

Общий анализ крови: HGB — 72 г/л, RBC — $3,2 \times 10^{12}$ /л, WBC — $6,8 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, MCV — 73 мк³, MCH — 22,6 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие синдромы имеются у больного (ОПК–5, ПК–6)
2. Какое обследование следует провести для подтверждения диагноза (ОПК–5, ПК–6)
3. Какие причины имеются у больной для развития данного заболевания (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)
4. Какие ошибки в лечение больной были допущены прежде (ОПК–7, ПК–8)
5. Назначьте лечение (ОПК–7, ПК–8)
6. Диета при ЖДА, возможно ли только с помощью питания устранить анемию (ОПК–7, ПК–8)

Эталоны ответов к задаче:

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести, смешанного генеза. У больной имеется циркуляторно-гипоксический синдром, проявляющийся сердцебиением, головокружением, слабостью, мельканием мушек перед глазами, тахикардией, гипотензией, сидеропенический синдром с симптомами поражения кожи и её дериватов (сухость кожи, ангулярный стоматит, поражение ногтей и волос) и собственно анемический синдром (гипохромная, микроцитарная анемия).
2. Для подтверждения диагноза больной следует исследовать уровень сывороточного железа и ОЖСС.

3. У больной имеется смешанный генез заболевания: постгеморрагический, вследствие обильных менструаций и родов, на фоне повышенного потребления железа (беременность и лактация) и алиментарный (неадекватная молочно-растительная диета).
4. При лечении больной допущен ряд ошибок: неадекватная молочно-растительная диета, бедная гемовой формой железа и богатая кальцием, препятствующим всасыванию железа, позднее начало лечения препаратами железа, недостаточная продолжительность приема препаратов железа, на фоне которых не произошла нормализация уровня гемоглобина.
5. Препараты с достаточным содержанием двухвалентного железа в сочетании с веществами, повышающими всасывание железа (аскорбиновая кислота). Суточная доза двухвалентного железа должна составлять 200 мг. Продолжительность насыщающего курса лечения препаратами железа должна составлять 4 — 6 недель (до нормализации уровня гемоглобина).
6. Устранить ЖДА только с помощью диеты невозможно, поскольку всасывание *Fe* из продуктов питания составляет не более 2,5 мг/сутки, в то время как из лекарственных препаратов его всасывается в 15–20 раз больше. Тем не менее пациентам с ЖДА рекомендуются продукты, содержащие достаточное количество всасываемого белка и *Fe*. В мясных продуктах содержится *Fe*, входящее в состав гема (гемовое *Fe*), которое всасывается на 25–30%. Входящее в состав гемосидерина и ферритина *Fe* (печень, яйца, рыба) всасывается на 10–15%, а в состав продуктов растительного происхождения (бобовые, соя, шпинат, укроп, салат, абрикосы, чернослив, хлеб, рис) *Fe*- на 3–5%.

IX. Место проведения самоподготовки

читальный зал, учебная комната для самостоятельной контактной работы обучающихся, учебная лаборатория, палаты больных, лаборатории и кабинеты функциональной диагностики, компьютерный класс.

X. Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме

1. Составить реферативное сообщение о современных группах фармакологических средств для лечения ЖДА.
2. Составить реферативное сообщение о роли железа в синтезе гемоглобина и функционировании клеточных ферментов, и этапах обмена железа в организме.
3. Анализ историй болезни, интерпретация анализов крови, мочи, кала, миелограмм больных с ЖДА по материалам клинической базы кафедры
4. Составить реферативное сообщение «Беременность и ЖДА».
5. Составить реферативное сообщение «Анемия и ее последствия при хронических заболеваниях почек».

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТЕМЕ «ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ»
С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ**

Тестовые задания с одним правильным ответом (выберите один правильный ответ):

1. НАЛИЧИЕ КАКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОЗА ЖДА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) снижение гематокрита
- 2) снижение цветового показателя
- 3) снижение гемоглобина
- 4) снижение количества лейкоцитов
- 5) гипербилирубинемия

2. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНАМИИ ХАРАКТЕРНО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
- 2) гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты
- 3) гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
- 4) гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
- 5) гипохромия, микроцитоз, положительная десферальная проба

3. БОЛЬНАЯ 18 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА СЛАБОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ: МЕНСТРУАЦИИ С 12 ЛЕТ, ОБИЛЬНЫЕ, ПО 5 6 ДНЕЙ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ. В КРОВИ: *HGB* 85 Г/Л, ЭР. 3,8 МЛН, Ц.П. 0,67, ЖЕЛЕЗО СЫВОРОТКИ 4 МКМОЛЬ/Л, ЛЕЙК. 6 ТЫС., ЛЕЙКОФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАН (ОПК–7, ПК–8)

- 1) эритромаassa

- 2) витамин В₁₂
- 3) сорбифер
- 4) пиридоксина-гидрохлорид
- 5) феррум-лек

4. СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЖДА РЕЖЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) глоссит
- 2) субфебрильная температура
- 3) желтуха
- 4) анорексия
- 5) выпадение волос

5. КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) цветовой показатель 0,7
- 2) гипохромия эритроцитов
- 3) микроцитоз
- 4) анизо-пойкилоцитоз
- 5) гиперсегментация ядер нейтрофилов

6. У ЖЕНЩИНЫ 42 ЛЕТ С ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ И МЕНОРРАГИЯМИ ОБНАРУЖЕНА АНАМИЯ: HGB 80 Г/Л, ГИПОХРОМИЯ И МИКРОЦИТОЗ ЭРИТРОЦИТОВ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) В₁₂ дефицитная анемия
- 2) серповидно-клеточная анемия
- 3) апластическая анемия
- 4) наследственный сфероцитоз
- 5) железодефицитная анемия

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖДА ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) кровопотеря
- 2) глистная инвазия
- 3) врожденный дефицит железа
- 4) авитаминоз
- 5) недостаточное поступление железа с пищей

8. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ОРГАНИЗМОМ ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА СОДЕРЖИТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ПРОДУКТАХ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) печени
- 2) гранатах
- 3) рыбе
- 4) телятине
- 5) орехах

9. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) имеется сидеробластоз костного мозга
- 2) осмотическая резистентность эритроцитов снижена
- 3) лечебный эффект дает назначение сырой печени
- 4) снижен цветовой показатель что сочетается с микроцитозом
- 5) все перечисленное верно

10. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА В ДОСТАТОЧНОЙ ДОЗЕ НА 7-10 ДНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) нормализация *Hb*
- 2) восстановление содержания сывороточного железа
- 3) исчезновение бледности и сухости кожи
- 4) ретикулоцитарный криз
- 5) улучшение аппетита

11. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) тошнота, рвота
- 2) жжение в языке
- 3) афтозный стоматит
- 4) тяга к острой пище

12. ОСНОВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ВСАСЫВАЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) в желудке
- 2) в нисходящем отделе ободочной кишки
- 3) в двенадцатиперстной и тощей кишках
- 4) в подвздошной кишке
- 5) верно: 1) и 3)

13. КАКОЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СИНДРОМА АНЕМИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) количество эритроцитов
- 2) количество ретикулоцитов
- 3) цветовой показатель
- 4) уровень гемоглобина
- 5) показатель гематокрита

14. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) болеют люди преимущественно пожилого возраста
- 2) дивертикулез тонкой кишки одна из частых причин болезни
- 3) в периферической крови обнаруживается микросфероцитоз
- 4) уровень непрямого билирубина повышается
- 5) все перечисленное неверно

15. КАКОЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ НАЛИЧИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) мишеневидные эритроциты
- 2) микросфероцитоз
- 3) снижение цветового показателя
- 4) макроцитоз
- 5) отсутствие ретикулоцитов

16. ДЛЯ ЖДА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИНДРОМ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) геморрагический
- 2) синдром недостаточности антител
- 3) синдром гиперспленизма
- 4) сидеропенический
- 5) нейтропенический

17. В ГЕНЕЗЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ ОДНОГО (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) хроническая кровопотеря
- 2) профессиональный контакт со свинцом
- 3) беременность и лактация
- 4) злокачественная опухоль почки
- 5) резекция желудка

18. РАЗВИТИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ ОДНОГО (ОПК–7, ПК–10, ПК–11)

- 1) болезнь Рандю-Ослера
- 2) болезнь Крона
- 3) дифиллоботриоз
- 4) хронический энтерит

- 5) отсутствие ретикулоцитов

19. ПРИ ЖДА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) цитостатиками
- 2) гормонами
- 3) препаратами железа
- 4) переливания эритроцитарной массы
- 5) стимуляторами гемопоэза (вит. В12)

20. КАКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА, ПРАВИЛЬНЫЕ (ОПК–4, ПК–5)

- 1) запасы железа одинаково легко восполняются при назначении препаратов железа парентерально и внутрь
- 2) в состав гемоглобина входит менее трети общего количества железа в организме
- 3) освобождающееся из разрушенных эритроцитов железо главным образом выделяется с мочой
- 4) за сутки всасывается в среднем 10-15 мг железа
- 5) при беременности суточная потребность в железе возрастает

21. КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, КАСАЮЩЕЕСЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ, НЕПРАВИЛЬНОЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) возникают чаще всего в результате хронической кровопотери
- 2) проявления болезни связаны не только с наличием анемии, но и сидеропении
- 3) содержание трансферрина увеличено, а ферритина снижено
- 4) адекватная терапия препаратами железа не приводит к повышению числа ретикулоцитов, а существенное повышение уровня гемоглобина наблюдается через 7-10 дней
- 5) редко развивается в результате алиментарной недостаточности железа

22. ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ ЛУЧШЕ ВСЕГО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) в форме ферритина
- 2) в форме гемосидерина
- 3) в форме гема
- 4) в виде свободного трехвалентного железа
- 5) в виде свободного двухвалентного железа

23. ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) обильных и длительных менструальных кровопотерь
- 2) болезни Рандю-Ослера
- 3) геморроя
- 4) опухоли желудочно-кишечного тракта
- 5) хронического гастрита с пониженной секреторной функцией

24. СРЕДИ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОТЕРИ КРОВИ ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) проба Грегерсена
- 2) проба Вебера
- 3) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома
- 4) определение уровня железа в кале

25. ЗА СУТКИ ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ ВСОСАТЬСЯ НЕ БОЛЕЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) 0,5-1,0 г
- 2) 2,0-2,5 г
- 3) 4,0-4,5 г
- 4) 10,0-12,0 г

Тестовые задания на установление соответствия:

1. ОБЪЯСНИТЕ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЖДА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ ОРГАНИЗМА (ОПК–5, ПК–6)

1) фибромиома матки	А) хроническая кровопотеря
2) беременность	Б) недостаточный исходный уровень железа в организме
3) геморрой	В) повышенная потребность в железе
4) лактация	Г) нарушение всасывания железа
5) анемия у новорожденных	Д) нарушение транспорта железа
6) спру	
7) резекция желудка по Бильрот — II	
8) рак толстой кишки	
9) анацидный гастрит	
10) язвенная болезнь 12-перстной кишки	

2. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЖДА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ ОРГАНИЗМА (ОПК–5, ПК–6)

1) беременность	А) повышенная потребность в железе
2) лактация	Б) повышенная потеря железа из организма
3) период роста полового созревания	В) недостаточное поступление железа в организм
4) анемия у новорожденных	Г) нарушение всасывания железа в организме
5) климакс, дисфункциональные маточные кровотечения	Д) недостаточный исходный уровень железа в организме
6) однообразное молочное питание	

3. УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖДА (ОПК–7, ПК–8)

1) витамин С 2) рибоксин, АТФ	А) стимуляция процессов эритропоэза через улучшение окислительно-восстановительных процессов
3) панзинорм 4) ферроплекс (или другие препараты <i>Fe</i>)	Б) устранение воспалительных процессов в желудке и тем самым улучшение всасывания железа

5) сок подорожника	В) улучшение процессов пищеварения и всасывания
6) переливание эритроцитарной массы	Г) восполнение дефицита железа
	Д) заместительная терапия

4. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСНОВНЫХ ГРУПП ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЗУЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖДА (ОПК–7, ПК–8)

1) сорбифер	А) диспептические явления
2) феррум-лек	Б) поносы
3) ферроплекс	В) сывороточный гепатит
4) сироп алоэ с железом	Г) инфекционный гепатит
5) вливание эритроцитарной массы	Д) гемосидероз

5. ОБЪЯСНИТЕ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЖДА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ОПК–5, ПК–6)

1) лактация	А) хроническая кровопотеря
2) язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	Б) недостаточный исходный уровень железа в организме
3) резекция желудка по Бильрот-II	В) повышенная потребность в железе
4) рак толстой кишки	Г) нарушение всасывания железа
5) спру	Д) нарушение транспорта железа
6) хронический энтерит	
7) геморрой	

6. ПРОВЕДИТЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ АНЕМИЙ (ОПК–5, ПК–6)

1) железодефицитная	А) резкое снижение ЦП при повышенном содержании железа
2) сидероахрестическая	Б) умеренное снижение Нв при значительном снижении ЦП, уровень сывороточного железа повышен, в мазке мишеневидные эритроциты
3) гемолитическая (талассемия)	В) снижение ЦП при пониженном содержании сывороточного железа

7. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖДА (ОПК–7, ПК–8)

1) длительное обязательное назначение	А) переливание эритроцитарной массы
---------------------------------------	-------------------------------------

2) только по жизненным показаниям	Б) ферроплекс, сорбифер, ви-фер
3) при синдроме нарушенного всасывания	В) феррум-лек, эктофер, фербитол
4) у беременных	Г) панзинорм, панкреатин, креон
5) при подготовке к плановой операции	
6) при ювенильном хлорозе	

8. КАКОЙ ВИД АНЕМИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ (ОПК–5, ПК–6)

1) массивная острая кровопотеря	А) железодефицитная анемия
2) хронический геморрой с кровотечениями	Б) В ₁₂ фолиеводефицитная анемия
3) хронические микробные энтериты	
4) ахлоргидрия	
5) паразитирование широкого лентеца	
6) отсутствие фактора Кастла в желудочном соке	
7) образование антител к мембране париетальных клеток желудка	

9. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ (ОПК–5, ПК–6)

1) пойкилоциты встречаются	А) при железодефицитной анемии
2) микроциты встречаются	Б) при В ₁₂ дефицитной анемии
3) мегалобласты встречаются	В) при приобретенной гемолитической анемии
4) мегалоциты	
5) полихроматофильные эритроциты	

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами (выберите один или несколько правильных ответов):

1. НАЗОВИТЕ СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЖДА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) анемический
- 2) иммунных нарушений
- 3) сидеропенический
- 4) цитолитический

2. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЖЕЛЕЗО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) извращение вкуса
- 2) дисфагия
- 3) поперечная исчерченность и ломкость ногтей
- 4) фуникулярный миелоз

3. ПЕРЕЧИСЛИТЕ КРИТЕРИИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) гемоглобин ниже 116 г/л
- 2) содержание сывороточного железа менее 11,6 мкмоль/л
- 3) цветовой показатель ниже 0,86
- 4) 5% микроцитов

4. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ЖДА ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) наличие гипохромной анемии
- 2) снижение содержания сывороточного железа
- 3) клинические признаки сидеропении
- 4) частые головокружения, потемнения в глазах, слабость

5. К СИМПТОМАМ АНЕМИИ ОТНОСЯТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) одышка
- 2) бледность
- 3) сердцебиение
- 4) петехии
- 5) гиперчувствительность к холоду

6. В ОРГАНИЗМЕ ВЗРОСЛОГО (ОПК–5, ПК–6)

- 1) содержится 2-5 г железа
- 2) содержится 4-5 г железа
- 3) в гемоглобине находится 30% имеющегося в организме железа
- 4) в гемоглобине находится 60% имеющегося в организме железа

7. ПРИЗНАКАМИ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) извращение вкуса
- 2) атрофия сосочков языка
- 3) койлонихии
- 4) головокружения

8. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЖДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) снижение желудочной секреции
- 2) повышение желудочной секреции
- 3) атрофия слизистой желудка
- 4) язвенная болезнь 12ПК
- 5) хронический панкреатит

9. ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА НАЗНАЧАЮТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) на срок 1-2 недели
- 2) длительно, в течение 2-3 месяцев
- 3) рекомендуются в сочетании с аскорбиновой кислотой
- 4) предпочтителен парентериальный путь введения
- 5) предпочтителен пероральный путь введения

10. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ *FE* ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) нарушение всасывания при патологии кишечника
- 2) при планировании оперативного вмешательства
- 3) непереносимость препаратов железа при приёме внутрь
- 4) проведение ранее гемотрансфузий

11. КРИТЕРИЯМИ ЖДА ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) снижение Нв ниже 120 г/л у мужчин
- 2) снижение ЦП ниже 0,86
- 3) понижение ОЖСС менее 71,6 мкмоль/л

- 4) микроцитоз
- 5) повышение сывороточного железа более 11,6 мкмоль/л

12. ПРИЗНАКАМИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) выпадение волос
- 2) ломкость ногтей
- 3) иктеричность
- 4) койлонихии
- 5) извращение вкуса

13. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЖДА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) низкий цветовой показатель
- 2) цветовой показатель выше единицы
- 3) гипохромия эритроцитов
- 4) эритроцитопения

14. ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) может быть железодефицитной
- 2) возникает при нарушении синтеза порфинов
- 3) возникает при дефиците железа
- 4) возникает при нарушении синтеза цепей глобина

15. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ ПОКАЗАТЕЛИ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) отсутствие отложения железа в костном мозге
- 2) низкий уровень ферритина в крови
- 3) гипохромия и микроцитоз эритроцитов
- 4) эффект от лечения препаратами железа в течение месяца
- 5) мегалобластоз костного мозга

16. КАКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ВСАСЫВАНИЯ ЖЕЛЕЗА, ПРАВИЛЬНЫЕ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличено у больных с железодефицитной анемией

- 2) увеличивается под влиянием аскорбиновой кислоты
- 3) легче всасывается невосстановленное железо
- 4) всегда уменьшено после частичной гастрэктомии
- 5) происходит главным образом в начальных отделах тонкой кишки

17. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА (ОПК–5, ПК–6)

- 1) увеличение общей железосвязывающей способности сыворотки
- 2) повышение уровня ферритина сыворотки
- 3) увеличение количества сидеробластов в костном мозге
- 4) анизоцитоз и пойкилоцитоз
- 5) гиперохромная анемия

18. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРОДУКТЫ, НАИБОЛЕЕ БОГАТЫЕ ЖЕЛЕЗОМ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) мясо
- 2) печень
- 3) хлеб
- 4) зелень (укроп салат петрушка)

19. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА (ОПК–4, ПК–5)

- 1) ангулярный стоматит
- 2) извращение вкуса и обоняния
- 3) глоссит
- 4) все указанное
- 5) ничего из указанного

20. ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАНИЮ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ ПРИ ЖДА ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) гипохромия эритроцитов (содержание гемоглобина 70-80 г/л)
- 2) цветовой показатель крови 0,6-0,7
- 3) выраженные признаки сидеропенического синдрома

- 4) необходимость подготовки к экстренной операции, жизненные показатели

21. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА СОДЕРЖАТ ДВУХВАЛЕНТНОЕ ЖЕЛЕЗО В БОЛЬШИХ ДОЗАХ, ДОСТАТОЧНЫХ ДЛЯ ПРИЕМА 1–2 ТАБ. В СУТКИ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) ферроплекс
- 2) гемостимулин
- 3) фери-градумет
- 4) сорбифер дурулес
- 5) вифер

22. СНИЖЕНИЕ ЗАПАСОВ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПАРАМЕТРАМ (ОПК–5, ПК–6)

- 1) положительная десфераловая проба
- 2) снижение всасывания радиоактивного железа
- 3) снижение свободного железа в сыворотке
- 4) снижение ОЖСС

23. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ (ОПК–7, ПК–8)

- 1) феррум-лек
- 2) ферроплекс
- 3) тардиферон
- 4) фербитол
- 5) эктофер

24. ПРИЗНАКАМИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ (ОПК–4, ОПК–5, ПК–5, ПК–6)

- 1) выпадение волос
- 2) ломкость ногтей
- 3) иктеричность
- 4) койлонихии
- 5) извращение вкуса

**Эталоны ответов к тестовым заданиям по теме
«Железодефицитная анемия»**

Тестовые задания с одним правильным ответом

1) 2	6) 5	11) 4	16) 4	21) 3
2) 3	7) 1	12) 3	17) 2	22) 3
3) 3	8) 1	13) 4	18) 3	23) 2
4) 3	9) 4	14) 4	19) 3	24) 3
5) 5	10) 4	15) 3	20) 5	25) 2

Тестовые задания на установление соответствия

1) 1А, 2В, 3А, 4В, 5Б, 6Г, 7Г, 8А, 9Г, 10А
2) 1А, 2А, 3А, 4Д, 5Б, 6В
3) 1А, 2А, 3В, 4Г, 5Б, 6Д
4) 1А, 2Д, 3А, 4Б, 5В
5) 1В, 2А, 3Г, 4А, 5Г, 6Г, 7А
6) 1В, 2А, 3Б
7) 1Б, 2А, 3БГ, 4Б, 5В, 6Б
8) 1А, 2А, 3А, 4А, 5В, 6В, 7В
9) 1В, 2А, 3Б, 4Б, 5А

Тестовые задания с одним или несколькими правильными ответами

1) 13	6) 24	11) 124	16) 125	21) 4
2) 123	7) 123	12) 1245	17) 14	22) 34
3) 123	8) 13	13) 13	18) 124	23) 145
4) 123	9) 235	14) 1234	19) 4	24) 145
5) 1235	10) 123	15) 1234	20) 4	

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Внутренние болезни: учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов; 6-е изд., перераб. и доп. — Москва: Гэотар-Медиа, 2013. — 764 с.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов; 6-е изд., испр. и доп. — Москва: Гэотар-Медиа, 2015. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433355.html>
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. / ред.: В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. — Москва: Гэотар-Медиа, 2013. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425794.html>
4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: в 2-х т. / ред.: В.С. Моисеев, А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. — Москва: Гэотар-Медиа, 2013. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425800.html>
5. Мухина Н.А. Внутренние болезни: учебник с компакт-диском. В 2 ч. Ч. 1. / под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Гэотар-Медиа, 2011 — 649 с.
6. Мухина Н.А. Внутренние болезни: учебник с компакт-диском: В 2 ч. Ч. 2. / под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Гэотар-Медиа, 2010. — 581 с.

Дополнительная:

1. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В.И. Маколкин [и др.]. — Москва: Гэотар-Медиа, 2012. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423912.html>

2. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В.И. Подзолков, А.А. Абрамова, О.Л. Белая [и др.]; под ред. В.И. Подзолкова. — Мочква: Гэотар-Медиа, 2010. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411544.html>
3. Дворецкий Л.И. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс]: сборник / Л.И. Дворецкий. — Москва: Гэотар-Медиа, 2012. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html>
4. Избранные лекции по внутренним болезням: учебное пособие для обучающихся по специальности «Лечебное дело». Ч. 3. Болезни органов пищеварения, почек, крови и соединительной ткани; под ред. Г.Х. Мирсаевой, Г.А. Мвзютовой — Уфа: ГУП РБ Уфимский полиграфкомбинат, 2013. — 376 с.
5. Люсов В.А. ЭКГ при инфаркте миокарда [Электронный ресурс]: атлас + ЭКГ линейка / В.А. Люсов. — Москва: Гэотар-Медиа, 2009. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412640.html>
6. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело» / под ред. Г.Х. Мирсаевой. — Уфа: ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015. — 124 с.
7. Ройтберг Г.Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения [Электронный ресурс] / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. — Москва: МЕДпресс-информ, 2016. — Режим доступа: ЭБС «Букап» <https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-sistema-organov-picshevareniya-216050>
8. Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое

дело» / Г.Х. Мирсаева, Р.М. Фазлыева, Г.К. Макеева, Л.Ф. Максюткова, Г.А. Мавзютова, Г.А. Мухетдинова и соавт. — Уфа: Китап, 2016. — 320 с.

9. Ройтберг Г.Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система [Электронный ресурс]: / Г.Е.Ройтберг, А.В.Струтынский. — Москва: МЕДпресс-информ, 2016. — Режим доступа: ЭБС«Букап» <https://www.books-up.ru/ru/book/vnutrennie-bolezni-serdechno-sosudistaya-sistema-194740>
10. Руководство по кардиологии [Электронный ресурс]: учеб. пособие. В 3 ч. Ч 3. / под ред. Г.И. Сторожакова, А.А. Горбаченкова. — Москва: Гэотар-Медиа, 2009. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970409657.html>

Мультимедиа:

1. Определение отёчности: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
2. Пальпация пульса и пульсации артерий: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
3. Определение верхушечного толчка: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента»
4. Перкуссия границ сердца: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1:

Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>

5. Аускультация сердца: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
6. Измерение АД методом Короткова: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
7. Поверхностная пальпация живота: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
8. Глубокая пальпация толстого кишечника: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
9. Определение нижней границы желудка: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>

10. Пальпация печени: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
11. Перкуссия печени: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента»
12. Определение "пузырных" симптомов: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
13. Пальпация селезенки: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
14. Перкуссия селезенки: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
15. Определение признаков скопления жидкости в брюшной полости: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>

16. Пальпация почек: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
17. Определение дна мочевого пузыря: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>
18. Техника перкуссии: [видеоматериалы] / Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс]: Раздел 1: Терапия / С.А. Булатов, О.Г. Анисимов, Д.И. Абдулганиева [и др.]. — Электрон. дан. — Казань. — Режим доступа: ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/ru/doc/SKILLS-3-A.html>

Интернет ресурсы:

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» для ВПО www.studmedlib.ru
2. База данных «Электронная учебная библиотека» <http://library.bashgmu.ru>
3. Электронно-библиотечная система «Букап» <https://www.books-up.ru>
4. База данных электронных журналов ИВИС <https://dlib.eastview.com>

Мирсаева Гульчагра Ханифовна
Фазлыева Раиса Мугатасимовна
Мавзютова Гузель Анваровна
Галиева Гузель Ахметовна
Макеева Галина Кузьминична
Камаева Эльвира Реговна
Аминева Лилия Ханифовна
Амирова Гузель Фанисовна
Максютова Лилия Фагимовна
Андрианова Ольга Леонидовна
Мирончук Наталья Николаевна
Хакимова Регина Айратовна
Уразаева Альбина Ильясовна
Уразаева Сабина Ильясовна
Киреева Елена Альфредовна

Болезни органов кровообращения, пищеварения, почек и крови

Электронное учебное пособие
к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская терапия»
для обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Лицензия № 0177 от 10.06.1996г.
Подписано к изданию 28.01.2022.
Оригинал макет представлен авторами.
Формат 60х84 1/16. Усл. печ. л. 20,17.
Заказ № 05.

450000 г.Уфа, ул.Ленина, 3.
Тел.: (347) 272 – 86-31
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России