**Методические материалы для студентов
3 курса стоматологического факультета в осеннем семестре
к практическим занятиям**

**По модулю
“Внутренние болезни”**

**Занятие №1
методические материалы для студентов по теме занятия:**

**Гипертоническая болезнь**

**1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** изучить современные подходы к диагностике, лечению и профилактике гипертонической болезни.

**2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ:**

1) Регуляция АД в норме

2) Теории патогенеза гипертонической болезни

3) Патоморфологические проявления АГ

4) Современная классификация, клиническая картина, диагностика

гипертонической болезни

5) Фармакологические свойства основных классов антигипертензивных

препаратов

**3. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ**

Выберите один правильный ответ.

1. К органам-мишеням АГ относятся:

А. Почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце;

Б. Сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг;

В. Артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза;

Г. Сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза;

Д. Сердце, печень, артерии, головной мозг, почки.

2. К симптомам гипертонической болезни относятся:

А. Боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании;

Б. Неспецифические кардиалгии;

В. Экспираторная одышка;

Г. Стенокардия;

Д. Системные головокружения.

3. Степень артериальной гипертензии определяется:

А. Давностью артериальной гипертензии;

Б. Уровнем артериального давления;

В. Наличием кризов;

Г. Наличием факторов риска;

Д. Степенью поражения органов-мишеней.

4. К факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний относятся:

А. Наличие ретинапатии I-II степени;

Б. Высокий уровень холестерина липепротеидов высокой плотности

(ЛПВП);

В. Низкий уровень холестерина липепротеидов низкой плотности

(ЛПНП);

Г. Злоупотребление алкоголем;

Д. Наличие висцерального ожирения.

5. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний определяется

следующими параметрами:

А. Количеством используемых препаратов;

Б. Наличием поражения органов-мишеней;

В. Продолжительностью анамнеза гипертонической болезни;

Г. Эффективностью терапии;

Д. Наличием кризов.

6. При физическом обследовании больного гипертонической болезнью можно выявить:

А. Увеличение размеров печени;

Б. Расширение границ относительной сердечной тупости влево;

В. Более высокий уровень АД на руках по сравнению с ногами;

Г. Акцент II тона во втором межреберье слева от грудины;

Д. Дефицит пульса.

7. Микроальбуминурия диагностируется nри уровне экскреции

альбум и нов с мочой:

А. <30 мг/сут;

Б. 30- 100 мг/сут;

В. 100-300 мг/сут;

Г. 30-300 мг/сут;

Д. < 100 мг/сут.

8. Субклиническое поражение почек при гипертонической болезни

проявляется:

А. Повышением уровня креатинива плазмы свыше 133 мкмоль/л;

Б. Суточной эскрецией альбумина с мочой в количестве 300-500 мг;

В. Снижением скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин на 1,73 м2;

Г. Наличием нефроангиосклероза по данным биопсии почки;

Д. Снижением накопления радиофармпрепарата по данным сцинтиграфии почек.

9. Определите уровень риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больного, перенесшего коронарную ангиопластику:

А. Низкий;

Б. Средний;

В. Высокий;

Г. Очень высокий;

Д. Недостаточно данных для определения уровня риска.

10. Определите уровень риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

у больной, 60 лет, с ЛД 150/90 мм рт.ст. Мать больной перенесла инфаркт миокарда в возрасте 72 лет:

А. Незначительный;

Б. Низкий;

В. Средний;

Г. Высокий;

Д. Очень высокий.

11. К препаратам первого ряда для лечения гипертонической болезни

относятся:

А. β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты медленных

кальциевых каналов;

Б. Блокаторы медленных кальциевых каналов, тиазидные диуретики,

α-адреноблокаторы;

В. Блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты рецепторов альдостерона, блокаторы медленных кальциевых каналов;

Г. Антагонисты центральных α2-адренорецепторов, блокаторы рецепторов ангиотензинаII, тиазидные диуретики;

Д. Петлевые диуретики, ингибиторы АПФ, блокаторы медленных

кальциевых каналов;

12. Рациональными считаются следующие комбинации антигипертензивных

препаратов:

А. β-Адреноблокаторы и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов;

Б. Ингибиторы АПФ и α-адреноблокаторы;

В. β-Адреноблокаторы и тиазидные диуретики;

Г. Дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и α-адреноблокаторы;

Д. Недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов и
β-адреноблокаторы;

13. Нецелесообразно использование следующих комбинаций препаратов:

А. Недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых

каналов и β-адреноблокаторы;

Б. Дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых

каналов и β-адреноблокаторы.

В. Ингибиторы АПФ и дигидропиридиновыс блокаторы медленных кальциевых каналов;

Г. Блокаторы рецепторов ангиотензинаII и дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов;

Д. Блокаторы рецепторов ангиотензинаII и тиазидные диуретики.

14. Больному гипертонической болезнью в сочетании с бронхиальной астмой противопоказан:

А. Верапамил;

Б. Пропранолол;

В. Гидрохлортиазид (гипотиазид);

Г. Валсартан;

Д. Каптоприл.

15. Ингибиторы АПФ противопоказаны при:

А. Хронической почечной недостаточности;

Б. Диабетической нефропатии;

В. Двустороннем стенозе почечной артерии;

Г. Застойной сердечной недостаточности;

Д. Обструктивных заболеваниях легких.

16. Для лечения гипертонической болезни у пациентов с брадиаритмиями может использоваться:

А. Моксонидин;

Б. Верапамил;

В. Нифедипин;

Г. Метопролол;

Д. Клонидин.

17. Препаратами выбора при лечении гипертонической болезни у больных, перенесших инфаркт миокарда, считаются:

А. Тиазидные диуретики;

Б. β-Адреноблокаторы;

В. Дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов;

Г. Недигидроnиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов;

Д. α-Адреноблокаторы.

18. Препаратами выбора при лечении гипертонической болезни убольных ХСН считаются:

А. α-Адреноблокаторы;

Б. Дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов;

В. Недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов;

Г. Ингибиторы ангиотензинпревращающий фермент;

Д. Тиазидные диуретики.

19. Определите тактику лечения больного 57 лет, курильщика, с АД160/90 мм рт.ст.:

А. Вмешательства не требуется;

Б. Изменение образа жизни;

В. Незамедлительное начало лекарственной терапии;

Г. Изменение образа жизни на несколько месяцев, при отсутствии

контроля АД начать лекарственную терапию;

Д. Изменение образа жизни на несколько недель, при отсутствии

контроля АД начать лекарственную терапию.

20. Определите тактику лечения больного 68 лет, с АД130/85 мм рт.ст. и ХСН:

А. Вмешательства не требуется;

Б. Изменение образа жизни;

В. Незамедлительное начало лекарственной терапии;

Г. Изменение образа жизни на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД -лекарственная терапия;

Д. Изменение образа жизни на несколько недель, при отсутствии контроля АД -лекарственная терапия.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ:**

**4.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

АГ – состояние, при котором уровень систолического АД при повторных офисных измерениях составляет 140 и более мм рт. ст. и/или диастолическогоАД 90 и более мм рт. ст.

Гипертоническая болезнь представляет собой хронически протекающее заболевание, основным и обязательным проявлением которого является синдром АГ, не связанной с наличием патологических процессов, при которых повышенное АД обусловено известными причинами (симптоматические АГ).

**4.2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

**4.3. ЭТИОЛОГИЯ**

**4.4. ПАТОГЕНЕЗ**

**4.5. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ**

**4.5.1. СИНДРОМЫ**

**4.6 ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**4.6.1. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**4.6.2. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**4.7. КЛАССИФИКАЦИЯ**

**4.8. ЛЕЧЕНИЕ**

**5. ЛИТЕРАТУРА**

**Занятие №2
методические материалы для студентов по теме занятия:**

**Ишемическая болезнь сердца**

**1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** знать этиологию, патогенез, клинические проявления, методы диагностики и дифференциальной диагностики и подходы к терапии стабильных форм ИБС.

**2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ:**

1. Этиологические факторы ишемической болезни сердца.

2. Классификация ИБС.

3. Факторы риска ИБС.

4. Признаки стенокардии.

5. Классификация стабильной стенокардии Канадского кардиологического

общества (CCS).

6. Диагностика ИБС.

7. Принципы лечения ИБС.

**3. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ**

Выберите один правильный ответ.

**l. Факторами риска развития ИБС считаются:**

А. Умственный труд.

Б. Гиперкалиемия.

В. Легочная гипертензия.

Г. Сахарный диабет.

Д. Язвенная болезнь желудка.

**2. Причины возникновения приступа стенокардии:**

А. Увеличение потребности миокарда в кислороде.

Б. Повышение температуры тела.

В. Уменьшение доставки кислорода к миокарду.

Г. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и

его доставкой.

Д. Увеличение числа дыхательных движений.

**3. Возникновение приступа стенокардии провоцирует:**

А. Физическая нагрузка.

Б. Неудобное положение тела.

В. Умственный труд.

Г. Нарушение диеты.

Д. Корешковый синдром.

**4. Выберите описание болевого синдрома, соответствующее приступустенокардии:**

А. Интенсивные боли в спине, длящиеся в течение часа, не купирующиеся

нитроглицерином, сопровождающиеся резкой слабостью,холодным потом.

Б. Прокалывающие боли в области сердца, длящиеся 2-3 с, возникающие

при неловких движениях, купирующиеся самостоятельно.
В. Боли в левой кисти , возникающие при физической нагрузке,длящиеся до 20 мин, купирующиеся самостоятельно после прекращениянагрузки или после приеманитроглицерина через 2- 3 мин .

Г. Неинтенсивные ноющие боли в области сердца, длящиесячасами, возникающие при отрицательных эмоциональных переживаниях,уменьшающиеся после приема нитроглицерина через10- 15 мин.

Д. Боли, жжение за грудиной, возникающие при наклоне вперед,проходящие после выпрямления тела.

**5. Где может локализоваться боль при стенокардии?**

А. В правом подреберье

Б. В левой руке

В. В правой подмышечной области

Г. В левой подвздошной области

Д. В левом подреберье

**6. Продолжительность болевого приступа при стенокардии:**

А. До 10мин

Б. До 20 мин

В. До 30 мин

Г. До 40 мин

Д.До60 мин

**7. Препарат для купирования ангинозного приступа:**

А. Атропин

Б. Нитроглицерин

В. Мексидол

Г. Симвастатин

Д. Триметазидин

**8. Скорость наступления эффекта нитроглицерина при приступе стенокардии:**

А. 2-5 мин.

Б. 10-15 мин.

в. 20 мин.

г. 30 мин.

Д. 60 мин.

**9. Клиническая ситуация, соответствующая I функциональному классу стенокардии по CCS:**

А. Небольшое ограничение повседневной деятельности.

Приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту нарасстояние более 200 м, при подъеме более чем на 1 пролет.

Б. Невозможность выполнять какую-либо нагрузку без возникновения

болевых ощущений: стенокардия возникает при минимальных

физических нагрузках и в покое.

В. Невозможность выполнять какую -либо нагрузку без возникновения

од ышки : одышка возникает при минимальных физических нагрузках и в покое.

Г. Физическая активность практически не ограничена. Редкие

приступы стенокардии возникают лишь при интенсивных нагрузках .

Д. Выраженное ограничение обычной физической активности.Приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровномуместу на расстояние 100- 200 м , при подъеме на 1-й этаж, могут возникатьредкие приступы стенокардии покоя.

**10. Выберите клиническую ситуацию, соответствующую II функциональномуклассу стенокардии по классификации CCS:**

А. Небольшое ограничение повседневной деятельности. При ступы

стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на рас стояние

более 200 м , при подъеме более чем на 1 пролет.

Б . Невозможность выполнять какую-либо нагрузку без возникновения

болевых ощущений: стенокардия возникает при минимальных

физических нагрузках и в покое.

В. Невозможность выполнять какую-либо нагрузку без возникновения

одышки: одышка возникает при минимальных физическихнагрузках и в покое.

Г. Физическая активность практически не ограничена. Редкие

приступы стенокардии возникают лишь при интенсивных нагрузках.

Д. Выраженное ограничение обычной физической активности.

Приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному

месту на расстояние 100- 500 м, при подъеме на 1-й этаж, могут возни кать

редкие приступы стенокардии покоя.

**11. Выберите клиническую ситуацию, соответствующую III функциональному классу стенокардии по классификации *CCS:***

А. Небольшое ограничение повседневной деятельности.

Приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на расстояние более 200м, при подъеме более чем на 1 пролет.

Б. Невозможность выполнять какую-либо нагрузку без возникновенияболевых ощущений: стенокардия возникает при минимальныхфизических нагрузках и в покое.

В. Невозможность выполнять какую-либо нагрузку без возникновения

одышки: одышка возникает при минимальных физических

нагрузках и в покое.

Г. Физическая активность практически не ограничена. Редкие

приступы стенокардии возникают лишь при интенсивных нагрузках.

Д. Выраженное ограничение обычной физической активности.

Приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному

месту на расстояние 100-300 м, nри подъеме на 1 пролет, могут возникать

редкие приступы стенокардии покоя.

**12. Выберите клиническую ситуацию, соответствующую**

**IV функциональному классу стенокардии по *CCS:***

А. Небольшое ограничение повседневной деятельности.

Приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на

расстояние более 200 м, nри подъеме более чем на 1 пролет.

Б. Невозможность выполнять какую-либо нагрузку без возникновения

болевых ощущений: стенокардия возникает при минимальных

физических нагрузках и в покое.

В. Невозможность выполнять какую-либо нагрузку без возникновения

одышки: одышка возникает при минимальных физических

нагрузках и в покое.

Г. Физическая активность практически не ограничена. Редкие

приступы стенокардии возникают лишь при интенсивных нагрузках.

Д. Выраженное ограничение обычной физической активности.

Приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному

месту на расстояние 100-300 м, при подъеме на 1 пролет, могут возникать

редкие приступы стенокардии покоя.

**13. Какие изменения ЭКГ могут быть выявлены во время приступа**

**стенокардии?**

А. Блокада правой ножки пучка Гиса.

Б. Депрессия сегмента SТна 1 мм.

В. Подъем сегмента *ST* на 5 мм.

Г. АВ-блокада I степени.

Д. Блокада левой ножки пучка Гиса.

**14. Проба с нагрузкой считается положительной в случае:**

А. Повышения АД более 200/100 мм рт.ст.

Б. Отсутствия адекватного повышения АД.

В. Появления депрессии сегмента SТна 1-2 мм.

Г. Появления желудочковых экстрасистол.

Д. Появления блокады правой ножки пучка Гиса.

**15. Показания для проведения коронарангиографиипри стабиль-**

**ной стенокардии.**

А. Мерцательная аритмия.

Б. Пароксизмальная наджелудочковаятахикардия .

В. Стабильная стенокардия напряжения IIфункционального

класса по *CCS.*

Г. Низкая толерантность к нагрузке, выявляемая при проведении

нагрузочной пробы .

Д. Желудочковая экстрасистола.

**16. Целевой уровень общего холестерина у больных со стабильной**

**стенокардией:**

А. Ниже 4,5 ммоль/л.

Б. Ниже 5,0 ммоль/л.

В. Ниже 5,5 ммоль/л.

Г. Ниже 5,8 ммоль/л.

Д. Ниже 6,0 ммоль/л.

**17. Препараты для снижения уровня общего холестерина:**

А. Ацетилсалициловая кислота.

Б. Гепарин.

В. Симвастатин.

Г. Молсидомин.

Д. Азаметония бромид (пентамин).

**18. Противопоказания для назначения β-адреноблокаторов при**

**стабильной стенокардии:**

А. Гипертоническая болезнь.

Б. Сахарный диабет.

В. Синусовая тахикардия.

Г. Синусовая брадикардия.

Д. Синусовая аритмия.

**19. Показания для назначения пролонгированных нитратов при**

**стабильной стенокардии:**

А.Стеноз устья аорты.

Б. Инфаркт миокарда в анамнезе.

В. Один приступ стенокардии в неделю.

Г. Четыре приступа стенокардии в неделю.

Д. Нестабильная стенокардия.

**20. Препараты для профилактики возникновения ангинозного**

**приступа:**

А. Нитроглицерин.
Б. Изосорбидадинитрат.

В. Индапамид.

Г. Валсартан.

Д. Каптоприл.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ:**

**4.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

ИБС - это поражение миокарда, возникающее в результате нарушенияравновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы и обусловленное расстройством коронарного кровообращения вследствие спазма и/или атеросклероза коронарных артерий.

Стенокардия - это синдром, проявляющийся рецидивирующими ощущениями дискомфорта или болью сжимающего, давящего характера в грудной клетке, челюсти, плече, спине или кисти. В типичных случаях боль провоцируется нагрузкой или эмоциональным стрессом и облегчается приемом нитроглицерина.

**4.2. КЛАССИФИКАЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ИБС)**

**4.3. СТЕНОКАРДИЯ**

**4.3.2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

**4.3.3. ОПРОС БОЛЬНОГО**

**4.3.4. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА**

**4.3.5. ФАКТОРЫ РИСКА ИБС**

**4.3.6 ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА**

**4.3.7. ПРОГНОЗ ИБС ОТНОСИТЕЛЬНО СМЕРТИ ИЛИ НЕФАТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**4.3.8. ЛЕЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ**

**4.3.8.1. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**4.3.8.2. ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

**4.3.8.3 РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА**

**5. ЛИТЕРАТУРА**

**Занятие №3
методические материалы для студентов по теме занятия:**

**Пневмонии**

**1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** на основании знания этиологии, патогенеза, клинических особенностей заболевания и его осложнений, лабораторно-инструментальных методов исследования научиться распознавать пневмонию и уметь назначить лечение больному пневмонией.

**2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ:**

1. Определение понятия<<пневмония>>.

2. Этиология пневмонии .

3. Патогенетические механизмы развития пневмонии и морфологические изменения при пневмонии.

4. Классификация пневмонии .

5. Клинические проявления пневмонии.

6. Диагностические критерии пневмонии.

7. Принципы лечения пневмонии.

**3. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ**

Выберите один правильный ответ.

1. Этиологические факторы пневмонии:

А. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии.

Б. Воздействие ионизирующего излучения.

В. Ингаляция паров аммиака.

Г. Бактериальная инфекция.

Д. Митральный стеноз.

2. При классификации пневмоний по клинико-патогенетическому

принципу с учетом эпидемической ситуации выделяют пневмонии:

А. Первичные.

Б. Нозокомиалыrые.

В. Абсцедирующие.

Г. Паразитарные.

Д. Застойные.

3. Перечислите осложнения пневмонии:

А. Пневмоторакс.

Б. Эмпиема плевры.

В. Тромбаэмболия легочной артерии.

Г. Эмфизема легких.

Д. Синдром Гудпасчера.

4. Возбудителями атипичной nневмониисчитюотся:

А. *Streptococcuspneumoniae.*

Б. *Staphiloccocus aureus.*

В. *Legionella.*

Г. *Moraxel/a catarrhalis.*

Д. *Haemophilisinfluenzae.*

5. Укажитевозбудителякруnознойпневмонии:

А. *Haemophilisinfluenzae.*

Б. *Streptococcus pneumoniae.*

В. *Pseudomonas aeruginosa.*

Г. *Mycoplasma pneumoniae.*

Д. *Enterobacter spp.*

6. К синдрому поражения дыхательных путей относят:

А. Усиление голосового дрожания.

Б. Укорочение леркуторного звука.

В. Боли в грудной клетке при глубоком дыхании, при кашле.

Г. Появление влажных среднепузырчатых хрипов.

Д. Появление крепитации на высоте вдоха.

7. При определении тяжести течения пневмонии необходимо учитывать:

А. Вид возбудителя.

Б. Выраженность лейкоцитоза.

В. Частота дыхания.

Г. Сопутствующую патологию сердечно- сосудистой системы.

Д. Выраженность эозинофилии.

8. Перечислите основные направления в лечении пневмонии:

А. Антибактериальная терапия.

Б. Иммуносупрессивная терапия.

В. Диуретическая терапия.

Г. Тромболитическая терапия.

Д. Спазмолитическая тераnия.

9. К факторам, предрасполагающим к развитию пневмонии,

относят:

А. Ожирение.

Б. Тромбофлебит глубоких вен голеней.

В. ОРВИ.

Г. Частое употребление алкоголя.

Д. Беременность.

10. Какие симптомы относятся к синдрому воспалительнойинфильтрации легочной ткани:

А. Влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы.

Б. Мышечные боли и артралгии.

В. Притупление перкуторного звука.

Г. Шум трения плевры.

Д. Озноб.

11. Критерием тяжелого течения пневмонии считается:

А. ЧСС более 120 в минуту.

Б. ЧСС менее 50 в минуту.

В. Диастолическое АД более 100 мм рт. ст.

Г. Систолическое АД менее 90 мм рт.ст.

Д. РаО270 мм рт.ст.

12. Для нозокомиальной пневмонии характерно:

А. Развитие пневмонии через 24 ч после госпитализации.

Б. Развитие пневмонии через 48- 72 ч после госпитализации.

В. Развитие пневмонии связано с наличием у больного вторично го

иммунодефицита.

Г. Развивается только у больных, находящихся на искусственной

вентиляции легких .

Д. Выраженный лимфоцитоз.

13. Наиболее частым возбудителем пневмонии у ВИЧ-инфицированных больных считается:

А. Синегнойная палочка.

Б. Пневмококк.

В. Пневмоциста.

Г. Гемофильная палочка.

Д. Анаэробные микроорганизмы.

14. Препаратами выбора при микоплазменнойпневмонии считаются:

А. Цефалоспорины III поколения.

Б. Метронидазол.

В. Аминогликозиды.

Г. Макролиды.

Д. Ингибиторзащищенные пенициллины.

15. При лневмонии какой этиологии на рентгенограмме больного

определяются тонкостенные полости с уровнем:

А. Микоплазменной.

Б. Стафилококковой.

В. Легионеллезной.

Г. Стрептококковой.

Д. Хламидийной.

16. Изменения в анализе крови , характерные для нетяжелой бакте-

риальной пневмонии:

А. Снижение уровня гемоглобина.

Б. Лейколения.

В. Снижение СОЭ.

Г. Лимфоцитарный лейкоцитоз.

Д. Нейтрофилъный лейкоцитоз.

17. Для пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста характерно:

А. Острое, внезапное начало.

Б. Высокая температура (выше 39 ОС).

В. Частые нарушения функционального состояния центральной

нервной системы.

Г. Склонность к абсцедированию.

Д. Развитие токсического гепатита

18. Для стадии красного опеченения при крупозной пневмонии

характерно :

А. Креп итация*indux.*

Б. Крепитация *redux.*

В. Усиление голосового дрожания и бронхофонии.

Г. Коробочный перкуторный звук.

Д. Резко ослабленное дыхание.

19. Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии у

больных до 60 лет без сопутствующих заболеваний считаются:

А. Цефалоспорины IIIпоколения.

Б. Тетрациклины.

В. Аминогликозиды.

Г. Ванкомицин.

Д. Ингибитор защищенные пенициллины.

20. Критериями эффективности антибактериальной терапии считаются:

А. Выявление высокой чувствительности микрофлоры к анти -

бактериальному препарату при бактериологическом исследовании.

Б. Снижение СОЭ.

В. Снижение температуры тела и уменьшение интоксикации.

Г. Снижение интенсивности кашля.

Д. Уменьшение выраженности головной боли.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ:**

**4.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

Пневмония- это острое инфекционное заболевание, характеризующееся

очаговым поражением респираторных отделов легких с внутриальвеолярной экссудацией, что выявляется при физикальном и рентгенологическом исследовании, а также выраженными в различной степени лихорадочной реакцией и интоксикацией.

**4.2. КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОНИЙ**

**4.3. ЭТИОЛОГИЯ**

**4.4. ПАТОГЕНЕЗ**

**4.5. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ**

**4.6. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОНИИ**

**4.6.1. СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПНЕВМОНИИ**

**4.6.2. ПНЕВМОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ КЛЕБСИЕЛЛОЙ – ФРИНДЛЕНДЕРОВСКАЯ ПНЕВМОНИЯ**

**4.6.3. ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ**

**4.6.4. АТИПИЧНО ПРОТЕКАЮЩИЕ ПНЕВМОНИИ**

**4.6.5. ВИРУСНЫЕ ПНЕВМОНИИ**

**4.7.ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ**

**4.8. ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА**

**4.9. ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМНОИЙ**

**4.9.1. ЛЕЧЕБНЫЙ РЕЖИМ**

**4.9.2. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ**

**4.9.3. ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**4.9.4. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**4.9.5. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

**4.9.6. ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИИ**

**4.9.7.ФИЗИОТЕРАПИЯ, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, МАССАЖ, ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА**

**5. ЛИТЕРАТУРА**

**Занятие №4
методические материалы для студентов по теме занятия:**

**Бронхиальная астма**

**1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** на основании знания этиологии, патогенеза, клинических особенностейзаболеванияиегоосложнений,лабораторно-инструментальных

методов исследования научиться распознавать БА и уметь назначить лечение больному бронхиальной астмы.

**2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ:**

1)Определение понятия <<бронхиальная астма>>.

2)Этиологические факторы бронхиальной астмы.

3)Патогенетические механизмы развития БА и морфологические

изменения в дыхательных путях при бронхиальной астме.

4)Классификация бронхиальной астмы с учетом ее клинических форм и тяжести течения.

5)Определение степени тяжести бронхиальной астмы.

6)Клинические проявления бронхиальной астмы.

7)Диагностические критерии бронхиальной астмы.

8) Определение понятия <<астматический статус>>. Стадии астматического статуса.

9)Принципы лечения бронхиальной астмы.

**3. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ**

Выберите один правильный ответ.

1. К основным механизмам бронхиальной обструкции при БА

относят (ответ по коду: 1, 2, 3 - А; 1, 3 - Б; 2, 4 - В; 4 - Г; 1, 2, 3,4-Д):

l. Бронхоспазм.

2. Гиперсекрецию вязкой мокроты.

3. Отек слизистой бронхов .

4. Недостаток антитрипсина.

2) Основные патоморфологические изменения при БЛ (ответ покоду).

1. Гипертрофия гладких мышц бронхов и бронхиол, утолщение базальной мембраны.

2. Гиперплазия подслизистых желез и бокаловидных клеток с

обтурацией просвета воздухопроводящих путей.

3. Отечность слизистой оболочки и вазодилатация сосудов подслизистого

слоя.

4. Инфильтрация тканей тучными клетками и эозинофилами.

3) Патогенетический механизм, обязательный для аллергической идля неаллергической БА (ответ по коду).

1. Аллергическая реакция немедленного типа.

2. Аллергическая реакция замедленного типа.

3. Аутаиммунный механизм.

4. Гиперреактивность бронхов.

4) Признаками бронхообструктивного синдрома считаются:

А. Акцент II тона на легочной артерии и тахикардия.

Б. Удлиненный выдох и сухие свистящие рассеянные хрипы, усиливающиеся на выдохе.

В. Повышение сывороточного IgE и эозинофилия крови.

Г. Сухой непродуктивный кашель.

Д. Усиление голосового дрожания.

5) Основные клинические симптомы приступа БА:

А. Инспираторная одышка.

Б. Брадикардия.
В. Удлиненный вдох.
Г. Дистанционные хрипы.
Д. Желудочковая экстрасистолия.

6) Признаки аллергической формы БА.

А. Перенесенная пневмония в анамнезе.

Б. Обострения не связаны с сезонностью.

В. Эффективность элиминации аллергена.

Г. Одышка вне приступа.

Д. Малая обратимость бронхиальной обструкции после ингаляции симпатомиметиков.

7) Признаки, характерные для персистирующей БА средней степе-

ни тяжести.

А. Дневные и ночные симптомы реже 1 раза в неделю.

Б. ОФВ 1 ниже 60% от должного.

В. Ежедневное использование β-адреномиметиков короткого действия.

Г. Вариабельность ПСВ или ОФВI <30 %.

Д. ОФВI/ФЖЕЛ >80 %.

8) Осложнением бронхиальной астмы является:

А. Кровохарканье.

Б. Сухой плеврит.

В. Астматический статус.

Г. Гидроторакс.

Д. Эмпиема плевры.

9) К развитию астматического статуса приводит (ответ по коду):

1. Бесконтрольный nрием симпатомиметиков и глюкокортико-

идов.

2. Острый воспалительный процесс в бронхолегочном аппарате.

3. Нервно-психический стресс.

4. Чрезмерное воздействие причинно-значимых аллергенов.

10) Клинические nризнаки астматического статуса (ответ по коду):

1. Вздутие грудной клетки.

2. Ослабление дыхательных шумов и появление зон <<немого>>

легкого.

3. Цианоз.

4. Развитие острого легочного сердца.

11) Для астматического статуса характерно:

А. Появление участков <<Немого>> легкого.

Б. Дыхание Биота.

В. Систолический шум на верхушке .

Г. Акцент IIтонa во втором межреберье справа.

Д. Влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы.

12) Мокрота при аллергической форме БА содержит:

А. Скопление альвеолярных макрофагов.

Б. Скопление эозинофилов.

В. Скопление нейтрофилов.

Г. Скопление эпителиальных клеток.

Д. Скопление эритроцитов.

13) Наиболее характерное изменение в клиническом анализе крови

при аллергической форме бронхиальной астмы:

А. Повышение СОЭ.

Б. Лимфоцитоз.

В. Базофилия.

Г. Эозинофилия.

Д. Тромбоцитоз.

14) Для выявления бронхиальной обструкции используют следующий метод:

А. Рентгеноскопии.

Б. Спирометрия.

В. Фибробронхоскопия.

Г. Пульсоксиметрия.

Д. Сцинтиграфия легких.

15) Для выявления гиперреактивности бронхов используют следующие пробы:

А. Проба с метахолином.

Б. Проба с нитроглицерином.

В. Проба с β2-адреномиметиком.

Г. Проба с дипиридамолом.

Д. Проба с холинолитиком.

16) Изменение каких показателей ФВД характерно для БА:

А. Увеличение пиковой скорости выхода.

Б. Уменьшение ОФВ1.

В. Уменьшение остаточного объема.

Г. Увеличение индекса Тиффно.

Д. Уменьшение жизненной емкости легких.

17) Проба с бронхолитиком оценивается как положительная при:

А. Увеличении ЖЕЛ на 12% и более.

Б. Увеличении ОФВ1 на 20% и более.

В. Увеличении жизненной емкости легких (ЖЕЛ) на 20 %.

Г. Увеличении ОФВ 1 на 12% и более.

Д. Увеличении пев на 10 %.

18) Бронхолитическими свойствами обладают:

А. β2-Адреномиметики.

Б. Кромоны.

В. Муколитики.

Д. Антагонисты лейкотриенов.

Е. Глюкокортикоиды.

19) К препаратам базисной терапии БА относят:

А. Симпатомиметики короткого действия.

Б. Ингаляционные глюкокортикоиды.

В. Антибактериальные препараты, относящиеся к фторхинолонам.

Г. Седативные препараты.

Д. Пролонгированные холинолитики.

20) К препаратам <<неотложной терапии>> БА относят:

А. Сальбутамол.

Б. Салметерол.

В. Будесонид.

Г. Формотерол.

Д. Монтелукаст.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ:**

**4.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

<<Астма>> в переводе с греческого означает удушье, которое является обязательным проявлением заболевания.

Бронхиальная астма- это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клеткии клеточные элементы. Хроническое воспаление связано с бронхиальной гиперреактивностью, которая ведет к повторяющимся эпизодами хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашля, особенно ночью или ранним утром.

**4.2. ФАКТОРЫ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**4.3. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**4.4. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

**4.5. КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**4.5.1. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ЭТИОЛОГИИ**

**4.5.2. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

**4.5.3. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**4.5.4. ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**4.5.5. ОСЛОЖНЕНИЯ**

**4.6. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНКА ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**4.7. ФИЗИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**4.8. АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**4.9. ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**4.10 КРИТЕРИИ И СТРУКТУРА ДИАГНОЗА**

**4.11. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**

**5. ЛИТЕРАТУРА**

**Занятие №5
методические материалы для студентов по теме занятия:**

**Гломерулонефриты**

**1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** знать этиологию, патогенез, клиническую картину, осложнения

и лечение острого и хронического гломерулонефрита, уметь собирать жалобы и анамнез, проводить физическое и лабораторно-инструментальное обследование больного с острым и хроническим гломерулонефритом, назначить терапию.

**2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ:**

1)Этиология и патогенез острого и хронического гломерулонефрита.

2)Клинические проявления и патогенез основных симптомов острого и хронического гломерулонефрита.

3)Варианты течения, критерии хронизации острого гломерулонефрита, клиническая и морфогенетическая классификация хронического гломерулонефрита.

4)Лечение острого и хронического гломерулонефрита.

5) Первичная и вторичная профилактика острого гломерулонефрита.

**3. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ**

Выберите один правильный ответ.

1)Гломерулонефриты- это иммуновоспалительныс заболевания с преимущественным вовлечением:

А. Клубочков.

Б. Канальцев.

В. Чашечек.

Г. *Vas afference.*

Д. *Vas efference.*

2)Этиологическим фактором гломерулонефритов может быть:

А. Тяжелый физический труд.

Б. Сильный эмоциональный стресс.

В. АГ.

Г. Стеноз почечной артерии.

Д. Инфекция.

3)Для нефротического синдрома характерна:

А. Гиперпротеинемия.

Б. Макрогематурия.

В. Артериальная гипертензия.

Г. Протеинурия до 3 г/сут.

Д. Гиперлилидемия.

4)Для острого нефритического синдрома характерна:

А. Протеинурия до 3 г/сут.

Б. Протеинурия более 3,5 г/сут.

В. Гиперлипидемия.

Г. Гипопротеинемия.

Д. Гилерпротеинемия.

5) При гломерулонефритах характерны отеки:

А. Голеней и стоп.

Б. Поясницы.

В. Передней брюшной стенки.

Г. Лица.

Д. Плечевого пояса.

6)Выберите клинический вариант хронического гломерулонефрита:

А. Латентный.

Б. Фиброзный.

В. Капиллярный.

Г. Быстропрогрессирующий.

Д. Рецидивирующий.

7)Наиболее частая этиологическая причина острого гломерулонефрита:

А. Вирус гепатита С.

Б. Вирус гепатита В.

В. Кишечная палочка.

Г. Стрептококк.

Д. Стафилококк.

8) Для острого гломерулонефрита наиболее характерен:

А. Нефротический синдром.

Б. Нефритический синдром.

В. Изолированный мочевой синдром.

Г. ХПН.

Д. Диспепсический синдром.

9)В анализе мочи при остром гломерулонефрите обнаруживаются:

А. Глюкозурия.

Б. Оксалаты.

В. Ураты.

Г. Эритроциты и их слепки.

Д. Лейкоциты и их слепки.

10) Выберите клинический вариант хронического гломерулонефрита:

А. Стенозирующий.

Б. Гематурический.

В. Нефритический.

Г. Склеротический.

Д. Гнойный.

11)Укажите скорость клубочковой фильтрации, при которой развивается ХПН:

А. Более 120 мл/мин.

Б. 100-120 мл/мин.

В. 80-100 мл/мин.

Г. 60-80 мл/мин.

Д. Менее 60 мл/мин.

12)Причины анемии при хронической азотемии:

А. Уменьшается синтез витамина D.

Б. Уменьшается синтез эритропоэтина.

В. Уменьшается экскреция электролитов и воды.

Г. Наблюдается дисфункция тромбоцитов.

13)Мочегонные, прием которых возможен при гломерулонефритах:

А. Спиронолактон.

Б. Маннитол.

В. Фуросемид.

Г.Гидрохлортиазид.

Д. Ацетазоламид (диакарб).

14)Целевое АД при гломерулонефритах:

А. Менее 100/60 мм рт.ст.

Б. Менее 120/70 мм рт.ст.

В. Менее 125/75 мм рт.ст.

Г. Менее 130/80 мм рт. ст.

Д. Менее 140/90 мм рт.ст.

15)Средством выбора для лечения АГ при хроническом гломерупонефрите считаются:

А. β-Адреноблокаторы.

Б. α-Адреноблокаторы.

В. Ингибиторы АПФ.

Г. Статины.

Д. Блокаторы медленных кальциевых каналов.

16)Выберите показатель, свидетельствующий об активности нефрита:

А. Нефротический синдром.

Б. Гиперпротеинемия.

В. Протеинурия до 1 г/сут.

Г. Нарастание глюкозурии.

Д. Резкое снижение АД.

17)Показания для иммуносупрессивной терапии следующие:

А. Низкий уровень креатинина при поступлении.

Б. Стеноз почечной артерии.

В. АГ

Г. Персистирующий нефротический синдром.

Д. Макрогематурия.

18)В качестве иммуносупрессивной терапии гломерулонефритов

применяют:

А. Антибиотики.

Б. Глюкокортикоиды.

В. Иммуномодуляторы.

Г. Диуретики.

Д. Ингибиторы АПФ.

19)У больного на 15-й день от начала стрептококковой инфекции

появились макрогематурия и параорбитальные отеки . Этот эпизод

можно расценивать как:

А. Острый постстрептококковый гломерулонефрит.

Б. Обострение хронического гломерулонефрита.

В. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит.

Г. Нефротический синдром.

Д. Мочевой синдром.

20) У больного на 5-й день от начала стрептококковой инфекции появились макрогематурия и параорбитальные отеки. Этот эпизод можно расценивать как:

А. Острый постстрептококковый гломерулонефрит.

Б. Обострение хронического гломерулонефрита.

В. Быстропрогрессирующий rломерулонефрит.

Г. Нефротический синдром.

Д. Мочевой синдром.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ:**

**4.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

Термин <<нефриты>> в настоящее время полностью соответствует термину <<Гломерулонефриты>> и включает в себя группу морфологически разнородных иммуновоспалительных заболеваний почек с преимущественным поражением клубочков, а также с вовлечением канальцев и межуточной (интерстициальной) ткани.

**4.2. ЭТИОЛОГИЯ**

**4.3. ПАТОГЕНЕЗ**

**4.4. КЛАССИФИКАЦИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА**

**4.5. КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ**

**4.6. КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ**

**4.6.1. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ**

**4.6.1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

**4.6.1.2. ЭТИОЛОГИЯ**

**4.6.1.3. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ**

**4.6.1.4. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

**4.6.1.5. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**4.6.1.5. ЛЕЧЕНИЕ**

**4.6.2. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ**

**4.6.2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

**4.6.2.2. ПАТОФИЗИОЛОГИЯ**

**4.6.2.3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

**4.6.2.4. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

**4.6.2.5. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

**4.6.2.6. ЛЕЧЕНИЕ**

**4.6.3. БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ**

**4.6.3.1. КЛАССИФИКАЦИЯ**

**4.6.3.2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

**4.6.3.3. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**4.6.3.4. ЛЕЧЕНИЕ**

**4.7. ПРОФИЛАКТИКА**

**4.8. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ**

**5. ЛИТЕРАТУРА**

**Занятие №6
методические материалы для студентов по теме занятия:**

**Хронические гепатиты**

**1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** знать этиологию, патогенез, клинические проявления иосложнения, методы диагностики, подходы к терапии хронических гепатитов.

**2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ:**

1. Определение понятия <<хронический гепатит>>.

2. Этиология хронических гепатитов.

3. Патогенез хронических гепатитов.

4. Классификация хронических гепатитов.

5. Клинико-лабораторные синдромы при хроническом гепатите.

6. Клинико-лабораторные особенности хронических гепатитов

вирусной этиологии.

7. Клинико-лабораторные признаки хронического аутоиммунного

и холестатического гепатитов.

8. Лабораторные и инструментальные методы диагностики хронического

гепатита.

9. Принципы лечения хронических гепатитов.

**3. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ**

Выберите один правильный ответ.

1**)**В основе гепатопатогенного действия вируса гепатита В лежит:

А. Поражение гепатоцитов непосредственно вирусом.

Б. Выраженность иммунного ответа на внедрение вируса.

В. Стимуляция других инфекционных агентов.

Г. Воздействие на гепатоцит продуктов распада других тканей, поврежденных вирусом.

Д. Стимуляция липогенеза.

2)В основе гепатопатогенного действия вируса гепатита С лежит:

А. Поражение гепатоцитов непосредственно вирусом.

Б. Изменение антигенной структуры гепатоцита.

В. Стимуляция других инфекционных агентов.

Г. Воздействие на гепатоцит продуктов распада других тканей,поврежденных вирусом.

Д. Метаболическая идиосинкразия.

3) Назовите этиологические факторы аутоиммунного гепатита:

А. Поражение эндотелия сосудов печени.

Б. Вирус гепатита В.

В. Вирус гепатита С.

Г. Не известен.

Д. Прием лекарственных препаратов.

4) Для хронического гепатита С характерно:

А. Высокий риск хронизации.

Б. Часто ассоциируется с вирусным гепатитом D.

В. Высокая активность процесса.

Г. Преобладание холестатического синдрома.

Д. Патогенез связан с выраженными иммунными реакциями.

5) Фаза репликации вируса гепатита В характеризуется:

А. Повреждением гепатоцитов иммунокомпетентными клетками.

Б. Метаболической идиосинкразией.

В. Нарастанием активности ЩФ в сыворотке крови.

Г. Повышением активности АЛТ, АСТ в 5-10 раз.

Д. Анти-НВs.

6)Укажите серологические тесты, свидетельствующие о репликации вируса гепатита С:

А. Анти-НСVIgG.

Б. HBsAg.

В. РНК вируса гепатита С.

Г. Анти-НВсАg.

Д. Ничего из вышеперечисленого.

7) Для диагностики аутоиммунного гепатита имеет значение:

А. Профессиональная группа риска.

Б. Пол и возраст.

В. Инвазивные вмешательства в прошлом.

Г. Сексуальная ориентация.

Д. Аллергологический анамнез.

8)Препаратом выбора при лечении хронического аутаиммунного

гепатита считается:

А. α-Интерферон.

Б. Рибавирин.

В. Преднизолон.

Г. Уродезоксихолевая кислота.

Д. Эссенциале.

9) Назовите маркер хронического аутаиммунного гепатита:

А. LЕ-клетки .

Б. Антитела к гладкой мускулатуре.

В. Антимитохондриальные антитела.

Г. Антинуклеарные антитела.

Д. Повышение уровня церулоплазмина.

10) Группа препаратов, оказывающих дозазависимое гепатотоксическое действие:

А. Спазмолитики.

Б. Антибиотики группы тетрациклина.

В. Нитраты.

Г. β-Адреноблокаторы.

Д. Отхаркивающие средства.

11) Степень активности хронического гепатита определяется по:

А. Степени повышения концентрации билирубина в крови.

Б. Степени повышения концентрации АЛТ и АСТ в крови.

В. Степени повышения концентрации ᵧ-глутамилтранспептидазыв крови.

Г. Степени снижения концентрации альбумина в крови.

Д. Степени повышения СОЭ.

12) <<Золотым стандартом>> диагностики активности и стадии хронического гепатита считается:

А. Морфологическое исследование биоптата печени.

Б. Определение уровня трансаминаз крови.

В. Сцинтиrрафия печени.

Г. УЗИ печени и селезенки.

Д. КТ печени и селезенки.

13) «3олотым стандартом» диагностики хронической вирусной

инфекции считается:

А. Выявление биохимических маркеров цитолиза.

Б. Выявление гипергаммаглобулинемии в крови.

В. Выявление тканевых и сывороточных маркеров вирусов.

Г. Выявление биохимических маркеров холестаза.

Д. Микробиологическое исследование крови.

14) Этиотропная терапия вирусных гепатитов проводится:

А. Ванкомицином.

Б. Циклофосфамидом.

В. α-Интерфероном.

Г. Пеницилламином.

Д. Меропенемом.

15) Этиотропная терапия хронического гепатита В в стадии интег-

рации вируса проводится :

А. а-Интерферон + преднизолон.

Б. а-Интерферон + ламиву дин.

В. а-Интерферон + циклофосфамид.

Г. Ламивудин + адеметионин.

16)Признаками хронического аутоиммунного гепатита являются:

А. Преобладание мальчиков пубертатноrо периода среди больных

Б. Высокая степень билирубинемии.

В. Титр антинуклеарных антител менее 1:40.

Г. Частое сочетание с висцеритами, серозитами.

Д. Частое сочетание с вирусным гепатитом В.

17) Лечение хронического аутоиммунного гепатита включает:

А. Применение α-интерферона.

Б. Применение преднизолона .

В. Назначение урсодезоксихолевой кислоты.

Г. Гемотрансфузии.

Д. Прием гепатопротекторов.

18) Признаками хронического лекарственного гепатита считаются:

А. Связь с прямым гепатотоксическим действием препарата.

Б. <<Золотой стандарт>> диагностики - сцинтиграфия печени иселезенки.

В. Частая ассоциация с вирусным гепатитом В.

Г. Связь с прямым повреждением лекарством рецепторного аппарататканей организма.

Д. Частые заболевания мужчин.

19) Принципы лечения хронического лекарственного гепатитавключают:

А. Устранение этиологического фактора.

Б. Терапию α-интерфероном.

В. Физиотерапевтическое лечение.

Г. Витамины группы В.

Д. Бальнеотерапию.

20. Для лечения хронического алкогольного гепатита применяют:

А. Преднизолон.

Б. α-Интерферон.

В. Фамцикловир.

Г. Ампициллин.

Д. Дезинтоксикационую терапию парентерально.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ:**

**4.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

Хронический гепатит - это диффузное воспалительно-дистрофическое заболевание печени, возникающее по различным причинам, оно длится свыше 6 месяцев. По морфологическим признакам хронический гепатит представляет собой диффузное воспалительно-дистрофическое поражение печени при сохранении ее дольковой структуры.

**4.2. КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ПО ЭТИОЛОГИИ**

**4.3. ПАТОГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА**

**4.4. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА**

**4.5.ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ**

**4.5.1. ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ «B» И «C»**

**4.5.2. ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ**

**4.5.3. ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА**

**4.6. ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

**4.7. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ**

**5. ЛИТЕРАТУРА**

**Занятие №7
методические материалы для студентов по теме занятия:**

**Сахарный диабет**

**1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Знать этиологию, патогенез, клиническую картину, осложнения и

лечение СД. Знать особенности кардиологических заболеваний при СД. Уметь собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное и лабораторно-инструментальноеобследование больного СД и кардинальной патологией.

2. **ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ:**

1. Определение СД.

2. Эпидемиология СД.

3. Этиология, факторы риска и патогенез СД.

4. Классификация СД.

5. Диагностика СД.

6. Клинические проявления и осложнения СД.

7. Особенности клинической картины сердечно-сосудистых заболеваний при СД.

8. Принципы лечения СД.

**3. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ**

Выберите один правильный ответ.

1. Какие болезни поджелудочной железы могут быть причиной развития сахарного диабета?

А. Панкреатит.

Б. Травма/ панкреатэктомия.

В. Неоплазии.

Г. Гемохроматоз.

Д. Все вышеперечисленные.

2. Назовите эндокринопатии, которые могут вызватъ сахарный диабет:

А. Акромегалия.

Б. Синдром Иценко-Кушинга.

В. Глюкагонома.

Г. Феохромоцитома.

Д. Все вышеперечисленные.

3. Основные патогенетические аспекты возникновения сахарного диабета 2 типа:

А. Дефицит глюкагона и адреналина.

Б. Гиперинсулинемия и недостаточная секреция норадреналина.

В. Инсулинорезистентность и недостаточная секреция инсулина.

Г. Недостаточная секреция гормона роста.

Д. Гипотиреоз.

4. Перечислите факторы риска развития сахарного диабета 2 типа:

А. Отягощенная наследственность сахарного диабета 2 типа.

Б. Метаболический синдром.

В. Повышенное содержание триглицеридов и снижение уровня ЛПВП.

Г. Гестационный СД в анамнезе.

Д. Все вышеперечисленные.

5. Какой уровень гликемии натощак считается диагностическим

критерием СД:

А. >6,0 ммоль/л в венозной плазме и >5,1 ммоль/л в капиллярной

цельной крови.

Б. >7,0 ммоль/л в венозной плазме и >6,1 м моль/л в капиллярной

цельной крови.

В. >8,0 ммоль/л в венозной плазме и >7,1 ммоль/л в капиллярной

цельной крови .

Г. >9,0 ммоль/л в венозной плазме и >8,1 ммоль/л в капиллярной

цельной крови.

Д. >10,0 ммоль/л в венозной плазме и >9,1 ммоль/л в капиллярной

цельной крови.

6. Какой уровень гликемии через 2 ч после глюкозотолерантного теста или гликемии, определенной в любое время суток, считается диагностическим критерием СД:

А. >9,1 ммоль/л в венозной плазме или капиллярной цельной

крови.

Б. >10,1 ммоль/л в венозной nлазме или капиллярной цельной

крови.

В. >11,1 ммолъ/л в венозной nлазме или каnиллярной цельной

крови.

Г. >12,1 ммоль/л в венозной плазме или капиллярной цельной

крови.

Д. >13,1 ммоль/л в венозной nлазме или капиллярной цельной

крови.

7. Что отражает гликозилированный гемоглобин (HbAlc)?

А. Вчерашний уровень гликемии.

Б. Уровень гликемии за последние 6 мес.

В. Уровень гликемии за последние 3 мес.

Г. Уровень гликемии за последний год.

Д. Уровень гликемии натощак.

8. Что такое постпрандиальная гликемия?

А. Это гликемия после пробуждения.

Б. Это гликемия через 2 ч после приема пищи.

В. Это гликемия через 8 ч после приема пищи.

Г. Это гликемия до приема пищи.

Д. Это гликемия перед сном.

9. Степень тяжести СД определяется:

А. Суточной дозой принимаемого инсулина .

Б. Длительностью заболевания.

В. Возрастом больного.

Г. Степенью выраженности сосудистых изменений.

Д. Уровнем гликемии.

10. Какие проявления диабетической кардиоваскулярной невропатии вы знаете?

А. Синусовая тахикардия в состоянии покоя.

Б. Безболевой И М.

В. Ортастатическая гипотензия.

Г. Внезапная смерть.

Д. Все вышеперечисленные.

11. Наиболее частой причиной смерти больных СД 1 типа при длительности заболевания до 5- 10 лет считается:

А. Острые метаболические осложнения (комы).

Б. ХПН.

В.ИБС.

Г. Острое нарушение мозгового кровообращения.

Д. Диабетическая энцефалопатия.

12. Наиболее частой причиной смерти больных СД 2 типа считается:

А. Острые метаболические осложнения (комы).

Б.ИБС

В. ХПН

Г. Диабетическая полинейропатия.

Д. Диабетическая энцефалопатия.

13. Основания для причисления СД 2 типа к сердечно-сосудистым заболеваниям:

А. Частая встречаемость заболевания.

Б. Высокий риск сосудистых осложнений.

В. Неизлечимость заболевания.

Г. Преимущественная заболеваемость пожилых людей.

Д. СД 2 типа чаще встречается у женщин.

14. Особенности патогенеза ИБС при СД:

А. Наличие более выраженной гиперхолестеринемии.

Б. Гиперкоагуляция.

В. Нарушения микроциркуляции.

Г. Вегетонейропатические нарушения.

Д. Все вышеперечисленное.

15. Укажите клинические особенности ИБС у больных СД:

А. Одинаковая частота развития ИБС у мужчин и у женщин.

Б. Высокая частота безболевых (<<немых>>) форм ИБС и ИМ.

В. Высокий риск <<внезапной смерти>>.

Г. Высокая частота развития постинфарктных осложнений (кардиогенного шока, застойной сердечной недостаточности и нарушений сердечного ритма).

Д. Все вышеперечисленное.

16. Особенности диагностики ИБС при СД:

А. Скрининг ИБС нужно проводить в более молодом возрасте.

Б. Суточное ЭКГ-мониторирование.

В. Пробы с физической нагрузкой.

Г. Раннее проведение коронароангиографии.

Д. Все вышеперечисленное.

17. Целевой уровень АД при неосложненном течении СД:

А. АД < 110/60 мм рт.ст.

Б. АД < 120/70 мм рт.ст.

В. АД < 130/80 мм рт.ст.

Г. АД <140/90 мм рт.ст.

Д. АД <150/100 мм рт. ст.

18. Целевой уровень АД у больных с СД при протеинурии:

А. АД <110/60 мм рт.ст.

Б. АД < 115/65 мм рт.ст.

В. АД < 120/70 мм рт.ст.

Г. АД < L25/75 мм рт.ст.

Д. АД <130/80 ммрт.ст.

19. Какие препараты нежелательно назначать больным с сердечно-

сосудистыми заболеваниями и СД?

А. β-Адреноблокаторы.

Б. Ингибиторы АПФ.

В. Блокаторы рецепторов ангиотензина.

Г. Блокаторы медленных кальциевых каналов.

Д. Агонисты имидазолиновых рецепторов.

20. К препаратам первого ряда для лечения АГ у больных с СДотносят:

А. β-Адреноблокаторы.

Б. Ингибиторы АПФ.

В. Тиазидные диуретики.

Г. Блокаторы медленных кальциевых каналов.

Д. Агонисты имидазолиновых рецепторов.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ:**

**4.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

СД- это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина , действия инсулина или обоих этих факторов. Численность больных СД в настоящее время составляет 177 млн человек, при этом основная часть больных (90 %) - пациенты с СД

типа 2.

**4.2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СД**

**4.3. КЛАССИФИКАЦИЯ СД**

**4.4. СОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СД (СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ)**

**4.5. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СД**

**4.6. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СД**

**4.7. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СД И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ССС**

**5. ЛИТЕРАТУРА**

**Занятие №8**

**методические материалы для студентов по теме занятия:**

**Железодефицитная анемия**

**1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** изучить современные подходы к диагностике, лечению и профилактике ЖДА.

**2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ:**

1. Нормальные значения параметров периферической крови.

2. Роль железа в синтезе гемоглобина и функционировании внутриклеточных ферментов.

3. Строение и функции эритроцитов.

4. Определение, этиология, патогенез и классификация ЖДА.

5. Методы обследования для постановки диагноза и диагностические

критерии ЖДА.

6. Методы лечения, критерии эффективности лечения ЖДА.

**3. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ**

Выберите один правильный ответ.

1. Наиболее точным тестом для оценки содержания железа в организме считается:

А. Расчет цветового показателя.

Б. Определение количества эритроцитов.

В. Определение уровня гемоглобина.

Г. Определение уровня ферритина.

Д. Определение морфологии эритроцитов.

2. К основным причинам нарушения всасывания железа относится:

А. Гипоуглеводная диета.

Б. Синдром нарушенного всасывания.

В. Ожирение.

Г. Дефицит витаминов групnы В.

Д. *helicobacter* руlоri - инфекция.

3. К основным причинам повышенной потребности в железе относится:

А. Прием анаболических стероидов.

Б. Хронические инфекции.

В. ХПН.

Г. Лактация.

Д. Аутоиммунный гастрит.

4. Причиной ЖДА алиментарного генеза считается:

А. Младенческий возраст.

Б. Высокая физическая активность.

В. Недостаточное употребление свежих овощей и фруктов.

Г. Недостаточное употребление мясной пищи.

Д. Недостаточное употребление фруктов и овощей, содержащих железо.

5. Всасывание железа ускоряет:

А. Фосфорная кислота.

Б. Аскорбиновая кислота.

В. Кальций.

Г. Холестерин.

Д. Тетрациклин.

6. Всасывание железа замедляют:

А. Цистеин.

Б. Фруктоза.

В. Кальций.

Г. Витамин В 12.

Д. Фолиевая кислота.

7. ЖДА- это заболевание, характеризующееся:

А. Нарушением синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа.

Б. Снижением как концентрации гемоглобина, так и количества

эритроцитов.

В. Снижением концентрации гемоглобина и формированием

микросфероцитов.

Г. Снижением концентрации гемоглобина в крови и увеличением

его концентрации внутри эритроцита .

Д. Снижением активности ферментных систем, в состав которых

входит железо.

8. К симптомам ЖДА относится:

А. Ангулярный стоматит.

Б. Изменение ногтей по типу <<часовых стекол>>.

В. Желтуха.

Г. Пятна Рота.

Д. Фуникулярный миелоз.

9. При ЖДА выявляются:

А. Сухость, бледность кожи, ломкость ногтей, тахикардия, мягкий, дующий систолический шум на верхушке.

Б. Диффузный цианоз, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины.

В. Покраснение кожи лица, зоны декольте.

Г. Трехцветное изменение кожи дистальных отделов верхних и

нижних конечностей на холоде.

Д. Крапивница, зуд, отек гортани.

10. Для постановки диагноза ЖДА больным показано про ведение:

А. Определения активности ЩФ лейкоцитов.

Б . Исследования общей железосвязывающей способности сыворотки .

В. Выявления Рh-хромосомы.

Г. Морфологического исследования биоптата костного мозга.

Д. Пробы Кумбса.

11. К морфологическим характеристикам эритроцитов при ЖДА

относят:

А. Наличие токсогенной зернистости.

Б. Тени Боткина-Гумпрехта.

В. Макроцитоз.

Г. Наличие мегалобластов.

Д. Анизоцитоз.

12. ЖДА средней тяжести соответствует содержание уровня гемоглобина в крови:

А. 120- 90 г/л.

Б. 90- 70 г/л.

В. Менее 70 г/л.

Г. 60- 40 г/л.

Д. 140- 120 г/л.

13. Сидеропенический синдром проявляется:

А. Кожным зудом.

Б. Прогрессированием онихомикоза.

В. Изменением дистальных фаланг пальцев по типу барабанных

палочек.

Г. *Picachlorotica.*

Д. Склонностью к соленой пище.

14. На стадии латентного дефицита железа может выявляться:

А. Снижение уровня гемоглобина.

Б. Циркуляторно-гипоксический синдром.

В. С н и жени е гематокрита.

Г. Изменение морфологии эритроцитов.

Д. Ретикулоцитоз.

15. Лабораторными признаками дефицита железа считаются:

А. Мишеневидные эритроциты.

Б. Макроцитоз.

В. Микросфероцитоз.

Г. Снижение общей железосвязывающей способности сыворотки крови.

Д. Повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови.

16. Основными источниками железа для человека считаются:

А. Мясо.

Б. Молочные продукты.

В. Крупы.

Г. Фрукты.

Д. Вода.

17. Лечение ЖДА проводится с соблюдением следующих правил:

А. Обязательное использование препаратов с достаточным количеством трехвалентного железа.

Б. Одновременное назначение препаратов железа и витаминов группы В.

В. Парентеральное назначение препаратов железа при алиментарном генезе анемии.

Г. Проведение насыщающего курса продолжительностью не

менее 1- 1,5 мес.

Д. Отсутствие необходимости в проведении поддерживающей

терапии препаратами железа после нормализации уровня гемоглобина.

18. Лечение ЖДА проводится с соблюдением следующего правила:

А. При легкой степени тяжести возможно использование только диетических методов.

Б. Наиболее высока эффективность гемотрансфузии.

В. При тяжелой степени анемии показано применение витамина В 12 .

Г. Депо железа восполняется при любом пути введения препаратов железа.

Д. Использование коротких курсов лечения высокими дозами препаратов железа.

19. Основными принципами лечения препаратами железа для приема внутрь считаются:

А. Применение препаратов железа с достаточным содержанием

двухвалентного железа.

Б. Применение препаратов железа с достаточным содержанием

трехвалентного железа.

В. Назначен и е препаратов железа совместно с фосфорной кислотой.

Г. Назначение препаратов железа совместно с витаминами группы В.

Д. Продолжительность поддерживающего курса терапии не менее l нед.

20. Показаниями для парентерального применения препаратов железа считаются:

А. Соблюдение пациентом вегетарианства.

Б. Эрадикация *Helicobacter pylori.*

В. Резекция тощей кишки.

Г. Желание пациента.

Д. Планируемая беременность.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ:**

**4.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

Анемия - синдром, обусловленный уменьшением массы циркулирующих эритроцитов. Все анемии считаются вторичными и обычно являются симптомом основного заболевания.

ЖДА - заболевание, при котором анемия развивается вследствие дефицита железа в организме, что приводит к нарушению синтеза гемоглобина.

**4.2.ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

**4.3. ЭТИОЛОГИЯ**

**4.4. ПАТОГЕНЕЗ**

**4.5. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ**

**4.5.1. ЦИРКУЛЯТОРНО-ГИПОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

**4.5.2. СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

**4.6. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**4.7. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ**

**4.8. КЛАССИФИКАЦИЯ**

**4.9. ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

**4.10. ЛЕЧЕНИЕ**

**5. ЛИТЕРАТУРА**