

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ,
НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛТЕТА**

**СБОРНИК ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОГО И
ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ПО ГОСПИТАЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ ПО МЕТОДУ ОСКЭ**

Ташкент 2008 год

Составители: проф. Аляви А.Л,
доц. Умарова З.Ф.,
ст. преп. Кодирова Ш.А.
асс. Сидикова Н.Б.
доц. Собиров М.А.
доц. Рябчикова А.М.

Рецензенты: Каримов М.Ш. - зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней,
проф. болезней, гематологии и ВПТ медико-педагогического
факультета ТМА, дмн, профессор.
Абдуллаев А.Х. –зам. директора по науке НИИ терапии и
медицинской реабилитации, дмн, профессор.

Сборник задании утвержден:

- на заседании кафедры №1 от 26.08. 2008 года
- на заседании терапевтической секции ЦМК ТМА, протокол № от. 2008г.

I. ТЕСТЫ НА СООТВЕТСТВИЕ

1. Подберите лабораторные показатели, характерные для различных стадий ХПН:

- | | |
|---------------------|---|
| 1. Латентная | А. креатинин крови – 0,7 ммоль/л |
| 2. Компенсированная | Б. диурез в норме |
| 3. Интермиттирующая | В. клубочковая фильтрация 30-40 мл/мин. |
| 4. Терминальная | Г. мочевины крови – 10,0-19,0 ммоль/л |

2. Подберите препараты, корригирующие различные синдромы при ХПН:

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1. Азотемия | А. карбонат кальция |
| 2. Ацидоз | Б. рекомон |
| 3. Анемия | В. бикарбонат натрия |
| 4. Уремическая остеоидистрофия | Г. леспенефрил |

3. Подберите препараты, по механизму воздействия при системной склеродермии:

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Антифиброзные средства | А. димексид |
| 2. Сосудистые препараты | Б. плазмаферез гемосорбция |
| 3. Противовоспалительная терапия | В. антагонисты кальция, трентал, и ингибиторы АПФ |
| 4. Экстракорпоральная терапия | Г. кортикостероиды, НПВП |
| 5. Локальная терапия | Д. Пенициламин, колхицин |

4. Подберите симптомы, соответствующие перечисленным заболеваниям:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Подагра | А. Геберденовские узлы |
| 2. Ревматоидный артрит | Б. симптом «пробойника» |
| 3. Деформирующий остеоартроз | В. утренняя скованность |
| 4. Болезнь Бехтерева | Г. двухсторонний сакроилеит |

5. Подберите препараты, используемые при соответствующих заболеваниях:

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1. Болезнь Вильсона-Коновалова | А. кровопускания |
| 2. Гемохроматоз | Б. Д-пеницилламин |
| 3. Поствирусные циррозы печени | В. альфа-интерферон |
| 4. Алкогольный ЦП | Г. урсосан |
| 5. Первичный билиарный ЦП | Д. Отказ от алкоголя |

6. Подберите ЭКГ признаки к соответствующим синдромам:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. Гипертрофия левого желудочка | А. $R в V1 > 7 мм$ |
| 2. Гипертрофия правого желудочка | Б. $RV5+S V1 > 35 мм$ |
| 3. WPW синдром | В. полная а-в блокада с мерцанием предсердий |
| 4. Неполная а-в блокада 1 степени | Г. $PQ < 0,12$ наличие d волны |
| 5. Синдром Фредерика | Д. $PQ > 0,22$ |

7. Подберите этиотропные антибиотики при лечении острых пневмоний:

1. Пневмококковые
 2. Стафилококковые
 3. Микоплазменные
 4. Госпитальные
 5. Синегнойной палочкой
- А. цефалоспарин III поколения и аминогликозиды
 - Б. азлоциллин до 24 г в сутки
 - В. эритромицин, кларитромицин, тетрациклин
 - Г. пенициллин, цефалоспорины I поколения
 - Д. Оксациллин, цефалоспорины и антистафилококковая плазма
8. Подберите лечение больным с нефротическим синдромом различной природы:
1. Волчаночный нефрит
 2. Амилоидоз почек
 3. Сахарный диабет
 4. Паранеопластический
- А. делагил, унитиол, плазмоферез
 - Б. трентал, реополиглюкин
 - В. преднизолон, азатиоприн, гепарин, курантил
 - Г. хирургическое
9. Подберите комбинацию препаратов при лечении заболеваний:
1. Дерматомиозит
 2. Системная склеродермия
 3. Реактивные артриты
 4. СКВ
 5. Ревматоидный артрит
- А. кортикостероиды, лидаза, Д-пеницилламин
 - Б. ГКС, ЦС, ЭДТА
 - В. НПВП, тетрациклин, эритромицин
 - Г. НПВП, кризанол, цитостатики
 - Д. ГКС, ЦС, АК, антиагреганты
10. Какой процесс лежит в основе патогенеза:
1. Обструктивной формы ГКМП
 2. Необструктивной формы ГКМП
 3. Дилатационной КМП
 4. Экссудативного перикардита
 5. ИБС
- А. первич. прогрессирующее ухудшение сократительной функции миокарда
 - Б. повышение градиента давления: левый желудочек – аорта
 - В. Ухудшение диастолического расслабления л|ж и его наполнения
 - Г. несоответствие м/у потребностью миокарда в кислороде и его кровоснабжением
 - Д. скопление жидкости в перикарде без дилатации желудочков
11. Найдите аускультативные признаки, характерные для ревматических пороков сердца:
1. Недостаточность аортального клапана
 2. Стеноз устья аорты
 3. Недостаточность митрального
- А. систолический шум, ослабленный II тон во м|р справа от грудины
 - Б. диастолический шум и усиленный I тон на верхушке
 - В. систолический шум, ослабление I

- | | |
|---------|------------------|
| клапана | тона на верхушке |
|---------|------------------|
4. Стеноз митрального отверстия Г. систолический шум у основания грудины
5. Недостаточность трикуспидального клапана Д. диастолический шум в т Боткина-Эрба
12. Найдите ЭКГ признаки характерные для внутрижелудочковой блокады:
- | | |
|------------------------|--|
| 1. Полная блокада ПНПГ | А. QRS V _{5,6} >0,12 сек. QRSV _{1,2} типа QS, время активации ЛЖ V _{5,6} >0.05 сек. |
| 2. Полная блокада ЛНПГ | Б. резкое отклонение ЭОС влево (< 30) QRS III,avF типа rS, RII < SII |
| 3. Блокада ПВ ЛНПГ | В. QRS VI,2>0.12с, типа rSR, время активации ПЖ VI,2>0,03с. |
13. Выберите ЭхоКГ, признаки характерные для заболеваний:
- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Движение створок МК в виде «рыбий-его зева», с выраженной дилатацией ЛЖ | А. постинфарктный кардиосклероз |
| 2. Коэффициент утолщения МЖП к ЗСЛЖ>1.3 | Б. рестриктивная КМП |
| 3. Малый размер ЛЖ | В. дилатационная КМП |
| 4. Регионарное нарушение сокращения ЛЖ | Г. обструктивная форма ГКМП |
14. Подберите рентгенологическую картину, характерную для заболеваний:
- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Ячеистый легочной рисунок | А. очаговая пневмония |
| 2. Гомогенное затемнение участка легкого | Б. экссудативный плеврит |
| 3. Вуалеобразное затемнение участка легкого | В. бронхоэктатическая болезнь |
| 4. Междолевой выпот | Г. абсцесс легкого |
| 5. Наличие полости с уровнем жидкости | Д. крупозная пневмония |
15. Подберите аускультативные признаки, характерные для:
- | | |
|---|--|
| 1. Артериальной гипертензии | А. акцент II тона во II м р слева от грудины |
| 2. Гипертензии в малом круге кровообращения | Б. акцент II тона во II м р справа от грудины |
| 3. Недостаточности МК | В. систолический шум и ослабление I тона на верхушке |
| 4. Обструктивной формы ГКМП | Г. Систолический шум во II м р справа от грудины |
| 5. Стеноз устья аорты | Д. меняющийся |

систолический
шум в III – V м|р слева
от грудины

16. Выберите характерный признак для :

1. Неспецифического аортоартериита
2. Феохромоцитомы
3. Первичного гиперальдостеронизма
4. Тиреотоксикоза
5. Гипотиреоза

- А. быстрый значительный подъем АД с выраженной синус. Тахикардией, потливостью, похуданием
- Б. брадикардия, запоры, сонливость мягкая АГ
- В. отсутствие пульса на одной из лучевых артерий и АГ
- Г. стойкая АГ в сочетании с мышечной слабостью, гипокалиемией, гипорениемией
- Д. Систолическая гипертензия, тахикардия, похудание, полож. Симптом. Мебиуса

17. Подберите признаки, характерные для:

1. Неспецифического язвенного колита
2. Хронического панкреатита
3. Болезни Крона
4. Цирроза печени
5. Развивающейся печеночной комы

- А. боли в правой подвздошной области, диарея, лихорадка
- Б. полифекалия, мышечные волокна с сохранной поперечной исчерченностью, стеаторея
- В. диарея с примесью крови, лихорадка, не поддающаяся антибактериальной терапии
- Г. Нарушение сна, моторное возбуждение, дистальный тремор, нарушение письма
- Д. пальмарная эритема, малиновый язык, гинекомастия у мужчин, спленомегалия

18. Подберите признаки, характерные для:

1. Синдрома портальной гипертензии,
2. ХПН

- А. асцит, спленомегалия, варикозно расширенные вены пищевода
- Б. отеочность и гиперемия I паль-

- ца ноги ,повышенный уровень мочевой кислоты в крови
3. Интермиттирующего подагрического артрита
4. Синдрома гиперспленизма
5. Печеночной желтухи
19. Подберите биохимические показатели характерные для заболевания:
1. Феохромоцитома
 - А. тропонины Т, I, повышение в крови АСТ, МВ- КФК
 - Б. повышенные уровни адреналина, норадреналина, ванилил-миндальной к-ты в крови и мочи
 - В. калий в крови <2.8, гипоренинемия, АГ
 - Г. повышение уровня амилаза в крови и мочи
 - Д. повышение в крови АСТ, АЛТ, Л ДГ- 4.5 тимоловой пробы
 2. Синдрома Конна
 3. Острого ИМ
 4. Циррозы печени
 5. Хронич. панкреатита
20. Выберите характерные для каждого из перечисленных препаратов побочные эффекты:
- | | |
|-------------|------------------------|
| Азатиоприн | А. Язвообразование |
| Делагил | Б. Угнетение гемопоэза |
| Индометацин | В. Тошнота и рвота |
| Линкомицин | Г. Ретинопатия |
| Каптоприл | Д. Кашель |
| | Е. Диарея. |
21. Подберите сочетание препаратов при следующих заболеваниях:
1. Сердечная недостаточность
 2. Бактериальный эндокардит
 3. Констриктивный перикардит
 4. Миокардит
- А. Диуретик+дигоксин+ИАПФ+В-адрено-блокатор
 - Б. Длительное лечение диуретиками, перикардэктомия
 - В. Бактерицидные антибиотики в больших Дозах
 - Г. НПВС, ГКС
22. Какие препараты противопоказаны при нижеследующих заболеваниях:
1. Митральный стеноз без мерцательной аритмии
 2. Хр. систолическая сердечная
- А β – блокаторы.
 - Б β – блокаторы и, внутриаортальная контрпульсация

недостаточность тяжелая степень
3. Аортальный стеноз,
декомпенсированный

В Вазодилататоры, сердечные
гликозиды

4. Двусторонний стеноз
почечных артерий

Г. и АПФ.

23. Выделите соответственно характерные признаки для нижеследующих заболеваний:

1. Неспецифический аортоартериит

А. Пурпура, поражение кожи.
артралгия, лихорадка,

2. Узелковый периартериит

Б. Лихорадка, гиперемия и болезненность
при пальпации артерий в обл. височных
снижение зрения

3. Гранулематоз Венегера

В. Лихорадка, боль в мышцах и суставах,
злокачественная АГ похудание,.

4. Гемморагический васкулит

Г. Поражение верхних, дыхательных
путей, почек

5. Височный артериит,

Д. Симптом перемеж. хромоты ослабление
пульса на одной или обеих плеч. артерий,
разница АД на плечевой артерии

24. Подберите соответствующие синдромы:

1. Портальная гипертензия

А. Повышение содержания щелочной
фосфатазы

2. Холестатические синдром

Б. Асцит, увеличение селезенки.

3. Цитолитический синдром

В. Гаммаглутаминтранспептидаза
ЛДГ, АЛТ

4. Мезенхимально – воспалительный
синдром

Г. Снижение альбумины,
протромбинового индекса,
холинэстеразы, фибриногена

5. Синдром печеночно - клеточной
недостаточности

Д. СОЭ, гамма-глобулин, тимоловая
проба

25. Какие симптомы, кроме повышения АД характерны для нижеперечисленных заболеваний?

1. Хронический пиелонефрит
потливости, мышечная дрожь,
обильное мочеиспускание

А. Приступы сердцебиения и

2. Хронический гломерулонефрит

Б. Лунообразное лицо, ожирение
туловища

3. Тиреотоксикоз

В. Экзофтальм, похудание, тахикардия.

4. Феохромоцитома

Г. Лейкоцитурия, ознобы

5. Синдром Иценко-Кушинга

Д. Протеинурия, эритроцитурия,
цилиндрурия.

26. Выберите характерные для каждого из перечисленных препаратов побочные эффекты:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. Азатиоприн | А. Язвообразование |
| 2. Делагил | Б. Агранулоцитоз |
| 3. Вольтарен | В. Брадикардия |
| 4. Атенолол | Г. Ретинопатия |
| 5. Эналаприл | Д. Кашель. |

27. Поражение каких суставов наиболее характерно для перечисленных заболеваний:

- | | |
|------------------------|--|
| 1. Подагра | А. Плюснефаланговый сустав |
| 2. Болезнь Рейтера | Б. Коленный сустав |
| 3. Ревматоидный артрит | В. Голеностопный сустав |
| 4. Остеоартроз | Г. Пароксизмальные межфаланговые и пястнофаланговые суставы 2-3 пальцев рук. |
| 5. Болезнь Бехтерева | Д. Крестцовоподвздошные сочленения позвоночника. |

28. Подберите клинические симптомы, соответствующие нижеперечисленным заболеваниям:

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Ревматоидный артрит | А. Утренняя скованность |
| 2. Системная красная волчанка | Б. Аллопеция |
| 3. Болезнь Рейтера | В. Болезненность при пальпации ахиллова сухожилия |
| 4. Системная склеродермия | Г. Узелки Гебердена |
| 5. Деформирующий остеоартроз | Д. CREST - синдром |

29. Выберите по одному признаку, наиболее характерному для каждого из заболеваний:

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Системная склеродермия | А. Множественный мононеврит |
| 2. Дерматомиозит | Б. Синдром Рейно |
| 3. Узелковый периартрит | В. Параорбитальный отек |
| 4. Системная красная волчанка | Г. Множественные узурсы на R-грамме суставов кистей |
| 5. Ревматоидный артрит | Д. Эритема на лице. |

30. Соотнесите характерное проявление и порок сердца:

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. Высокое систолическое АД и низкое диастолическое | А. Митральный стеноз |
| 2. Пароксизмы мерцания предсердий, правожелудочковая недостаточность | Б. Митральная недостаточность |
| 3. Выраженная гипертония малого круга, правожелудочковая недостаточность | В. Стеноз устья аорты |
| 4. Стенокардия, низкое пульсовое давление | Г. Аортальная недостаточность |
| | Д. Ни один из названных |

31. Соотнесите элементы патогенеза сердечной недостаточности и выбор лекарственных средств для ее лечения:

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Увеличение сердечного выброса | А. Антиаритмические препараты |
| 2. Устранение застоя | Б. Сосудорасширяющие, периф. вазодилататоры |
| 3. Уменьшение работы сердца | В. Сердечные гликозиды |
| | Г. Диуретики |
| 4. Устранение нарушений ритма | Д. β – блокаторы |

32. Соотнесите факторы, способствующие прогрессированию нефросклероза при хр. гломерулонефрите и выберите подходящие лекарства для подавления этих факторов.

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| 1. Активация системы гемостаза | А. Эналаприл |
| 2. Очаг стрептококковой инфекции | Б. Курантил |
| 3. Гиперфльтрация клубочков | В. Статины |
| 4. Гиперлипидемия | Г. Каптоприл |
| | Д. Пенициллин |

33. Выберите наиболее характерные признаки для нижеследующих заболеваний:

- | | |
|--|--|
| 1. Хр. систолическая сердечная недостаточность | А. Фракция выброса менее 40% |
| 2. Бактериальный эндокардит | Б. Нарушение и истончение стенки левого желудочка. |
| 3. Инфаркт миокарда | В. Вегетация на клапанах сердца при ЭхоКГ |
| 4. Митральный стеноз | Г. Щелчок открытия, низкочаст. диастолические шум в области верхушки |

34. Подберите сочетание препаратов, применяемых при следующих осложнениях заболеваний:

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Анафилактический шок. | А. Морфин, гепарин, реополиглюкин., допамин |
| 2. Синдром Дресслера | Б. ГКС, адреналин, димедрол, эуфелин |
| 3. Кардиогенный шок | В. Преднизолон, индометацин |
| 4. Отек легких | Г. Диуретики, нитраты, нитропруссид натрия |

35. Перечислите наиболее характерные признаки, присущие для следующих заболеваний, вызывающих недостаточность кровообращения:

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Дилатационная кардиомиопатия | А. Дилатация полостей сердца, наличие внутрисердечного пристеночного тромбоза |
| 2. Постинфарктный кардиосклероз | Б. Наличие нарушений регионарной сократимости миокарда |

3. Диффузный миокардит
4. Идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз
36. Выберите заболевания, соответствующие наиболее характерному патофизиологическому механизму развития недостаточности кровообращения
1. Первичная миокардиальная недостаточность
2. Перегрузка давлением
3. Перегрузка объемом
4. Нарушение диастолического наполнения ЛЖ
5. Вторичная миокардиальная недостаточность
37. Выберите наиболее характерный механизм развития НК при следующих заболеваниях:
1. Артериальная гипертония
2. Миокардит Абрамова-Фидлера
3. Рестриктивная кардиомиопатия
4. Недостаточность аортального клапана
38. Перечислите симптомы, присущие нарушению АВ проводимости различных степеней:
1. АВ блокада I степени.
2. АВ блокада II ст, Мобтц-1
3. АВ блокада II ст, Мобтц-2
4. АВ блокада III степени
39. Перечислите ЭКГ критерии следующих видов нарушений ритма сердца:
1. Синдром Фредерика
2. Трепетание предсердий
- В. Отсутствие нарушений регионарной сократимости ЛЖ
- Г. Наличие систолического шума в точке Боткина-Эрба, (+) симптом Вальсальвы
- Д. Наличие коронарного атеросклероза
- Е. Наличие некоронарогенных некрозов миокарда ЛЖ, полинуклеарно - клеточной инфильтрации миокарда
- А. Инфаркт миокарда
- Б. Дилатационная кардиомиопатия
- В. Аортальный стеноз
- Г. Недостаточность митрального клапана
- Д. Констриктивный перикардит
- А. Первичная миокардиальная недостаточность
- Б. Перегрузка давлением.
- В. Перегрузка объемом
- Г. Нарушение диастолического наполнения ЛЖ.
- А. Наличие интервалов Самойлова Венкебаха
- Б. Интервал PQ=0,28с, без выпадения комплексов QRS
- В. Интервал PQ=0,18с, с периодическим выпадением комплексов QRS 4:1
- Г. Наличие независимого синусового ритма с частотой 90 в 1 мин и желудочкового ритма частотой 42 в 1 мин, QRS=0,13 сек.
- А. Наличие зубцов F на ЭКГ при правильном соотношении зубцов F и QRS 4:1
- Б. Наличие F волн, правильный желудочковый ритм с ЧСС 45 в 1 мин, комплекс QRS=0,15

3. WPW синдром В. PQ=0,08 сек., наличие дельта волны на восходящем колене зубца R в отведении I, V 6. QRS=0,14 сек.
4. Миграция суправентрикулярного водителя ритма Г. Постепенное укорочение интервала PQ с появлением – P в I отведении.

II. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА № 1

18 летний больной прислан военкоматом. Развивался нормально. Выслушивается очень громкий систолический шум в 4-5м межреберье слева у грудины (замечен ещё в раннем детстве). На учете у ревматолога не состоял. На рентгеноскопии грудной клетки – небольшое увеличение левого желудочка.

- А. Ваш предварительный диагноз?
Б. Какое исследование позволит поставить окончательный диагноз?
В. Лечебная тактика.

ЗАДАЧА № 2

У 47-летнего больного и в течении 15 лет компенсированный ревматический митроаортальный порок сердца. Месяц назад после тонзиллоэктомии стал отмечать температуру 37,2-37,8С, потливость, артралгии, слабость и одышку. Пальпируется край селезенки.

- А. Ваш предварительный диагноз?
Б. Что Вы ожидаете увидеть на УЗИ сердца?
В. Схема лечения.

ЗАДАЧА № 3

55-летний больной жалуется на одышку при небольшой нагрузке, уменьшение диуреза, боли в правом подреберье. При осмотре: отечность голеней, набухшие шейные вены, разлитой верхушечный толчок. Аускультативно: грубый систолический шум во II м-реберье справа от грудины, иррадирующий вверх по сосудам шеи. ЧСС 100 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Печень выступает на 7 см из под края реберной дуги.

- Какое из приведенных ниже суждений неверно?
А. У больного хроническая сердечная недостаточность
Б. Прием диуретиков уменьшит одышку
В. Не показано назначение малых доз каптоприла
Г. Имеются признаки выраженного стеноза устья аорты.

ЗАДАЧА № 4

У 50-летнего больного, страдающего избыточным весом, ночью возникла резкая боль и припухлость I плюснефалангового сустава, повысилась температура тела.

- Для уточнения диагноза врач назначил исследование.
1. Наиболее вероятно, что у больного будет выявлено:
А. Гемолитическая анемия

- Б. Повышение щелочной фосфатазы
 - В. Повышение содержания мочевой кислоты
 - Г. Наличие ревматоидного фактора
 - Д. Повышение уровня калия в сыворотке крови.
2. Неотложные мероприятия

ЗАДАЧА № 5

40-летний больной страдает длительной лихорадкой, не снижающейся на фоне антибиотикотерапии, тяжелой артериальной гипертонией, полинейропатией. За месяц похудел на 10 кг. В анализе мочи: протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия. В общем анализе крови: анемия, СОЭ- 50 мм/час.

- А. Ваш диагноз?
- Б. Исследование ,подтверждающее диагноз.
- В. Лечение

ЗАДАЧА № 6

У 38-летнего больного (армянина) с подросткового возраста отмечаются периодически через равные промежутки времени эпизоды болей в животе с одновременным подъемом температуры тела. Боли проходили самостоятельно через сутки. Последний год в анализах мочи отмечается протеинурия до 3,3г/л. Отец пациента умер от заболевания почек.

- А. Ваш предварительный диагноз
 - 1. Хронический гломерулонефрит
 - 2. Периодическая болезнь с развитием амилоидоза
 - 3. Подострый гломерулонефрит
 - 4. Хронический пиелонефрит
- Б. Лечение.

ЗАДАЧА № 7

Какое из суждений относительно лечения острого инфаркта миокарда неверно.

- А. Назначение В-адреноблокаторов улучшает прогноз?
- Б. Профилактические назначения антиагрегантов уменьшает риск тромбоэмболических осложнений.
- В. При развитии левожелудочковой недостаточности показано введение сердечных гликозидов.
- Г. Введение лидокаина показано при появлении желудочковых экстрасистол.

ЗАДАЧА № 8

72-летний больной страдает ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией. В последнее время усилилась одышка, появились кашель и кровохарканье. Рентгенологически выявлено негетмогенное затемнение в нижней доле левого легкого.

- А. Ваш диагноз?
- Б. Какой метод диагностики является наиболее информативным в данном случае?

ЗАДАЧА № 9

20-летний больной прислан для обследования военкоматом. Рост ослабленным – частые легочные инфекции. На основании сердца грубый непрерывный систоло-диастолический шум. АД-150/40 мм рт.ст. Рентгеноскопия: усиленная пульсация аорты и легочной артерии, увеличение левого желудочка, расширение легочной артерии.

А. Ваш диагноз?

Б. Рекомендации по лечению

ЗАДАЧА № 10

У 62-летней больной 5 лет назад была удалена опухоль гипофиза. Полгода назад была выявлена протеинурия – 0.9 г/л. Затем появились и выросли отеки на ногах и лице. При госпитализации выявлено: суточная протеинурия – 6 г; общий белок 50 г/л, холестерин – 8 ммоль/л.

Какие 2 суждения верны?

А. У больной нефротической синдром

Б. У больной острый гломерулонефрит

В. Необходимо дальнейшее дообследование для выявления анкологического заболевания (рецидив опухоли).

Г. Следует немедленно начать терапию преднизолоном и циклофосфаном.

ЗАДАЧА № 11

Больная 21 года. В 8 лет перенесла скарлатину. С 10 летнего возраста находят изменения в анализах мочи. Лечилась стационарно, получала кортикостероиды, гепарин, курантил. Последние 2 года стала отмечать слабость, подташнивание, резко похудела. Гемоглобин – 80 г/л. Креатинин крови – 0,5 ммоль/л. Мочевина крови- 15 ммоль/л. Клубочковая фильтрация – 35мл/мин.

А. Ваш диагноз?

Б. Дополнительные методы исследования

В. Лечение

ЗАДАЧА № 12

Больная 16 лет. Жалобы на лихорадку, артралгии, эритематозные высыпания на лице, имеется отечный синдром. Больна в течение 2-х лет. Анализ мочи – белок 3.3 г/л, лейкоц. 20-30/л эритроциты измененные 30/40\1, гиалиновые цилиндры 5-6/л, зернистые цилиндры 3-4 в поле зрения, в крови - СОЭ 60 мм\ч. Диспротеинемия, гипопротеинемия.

А. Ваш диагноз?

Б. Лечение?

ЗАДАЧА № 13

Больная Ф., 37 лет. Доставлена в стационар в состоянии гипертонического криза, осложненного отеком легких с АД 220/140 мм. Вне криза на протяжении 7 лет АД 140/90 –150/90 мм, (больной произведена экскреторная урография, оказавшаяся без особенностей), сахар в крови во время приступа 7,0 ммоль\л. Криз не удается

купировать внутривенным введением пентамина и лазикса; клофелином, дроперидолом.

А. Ваш диагноз.

Б. Методы исследования, подтверждающие диагноз.

В. Тактика лечения.

ЗАДАЧА № 14

У больного В, 60 лет, с полной поперечной АВ- блокадой и числом желудочковых сокращений 32-46 в мин. возникают гипертонические кризы с повышением АД до 220/100 мм рт.ст.

А. Сформулируйте клинический диагноз

Б. Тактика лечения

ЗАДАЧА № 15

Больная М., 32 лет. Появилась нарастающая мышечная слабость и повышенная общая утомляемость, АД стабильное - 180/100-190/120 мм. Моча щелочная, в моче белок – 0,66%, удельный вес – 1020. На глазном дне – ретинопатия. Калий в сыворотке крови – 2,5 ммоль/л. Гипертоническая ретинопатия. Резерпин, допегит, анаприлин неэффективны.

А. Ваш диагноз.

Б. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 16

Больная Т., 50 лет. Доставлена с диагнозом « гипертонический криз» с жалобами на резчайшие головные боли, повторную рвоту, особенно при поворотах головы и изменениях положения тела. АД 170/100 мм. Заболела остро во второй половине дня. Ранее АД не повышалось. Общие анализы крови и мочи в норме.

А. Ваш диагноз.

Б. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 17

Больной К., 18 лет. На медосмотре было выявлено АД 170/100 мм, больной госпитализирован в терапевтический стационар, где нашли систолический шум над аортой, предположили диагноз ревматического порока. Из анамнеза: на учете у ревматолога по поводу ревматизма не состоял. При осмотре: грудная клетка и мускулатура рук развиты хорошо, нижние конечности – худые, холодные на ощупь.

А. Каков Ваш диагноз?

Б. Обследование, уточняющее диагноз

В. Тактика лечения

ЗАДАЧА № 18

Больной Ф., 46 лет. 3 недели назад лечился стационарно по поводу крупноочагового инфаркта миокарда. Вчера вечером появились боли в грудной клетке, быстро распространившиеся на всю переднюю грудную стенку; затем появился озноб, с повышением температуры до 38,6С. Утром доставлен в приемное

отделение больницы. При аускультации легких выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца- глухие.

ЭКГ: признаки инфаркта миокарда в динамике.

А. Ваш диагноз.

Б. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 19

Больной С., 58 лет. На 2-й день трансмурального инфаркта миокарда появилась аритмия. При осмотре - нерезко выраженный цианоз губ, границы относительной тупости сердца расширены влево на 2 см; тоны сердца приглушенные, аритмичные; в задненижних отделах легких небольшое количество влажных хрипов на фоне жесткого дыхания; АД – 120/80 мм рт. ст.

ЭКГ: на фоне синусового ритма имеются внеочередные, частые, деформированные комплексы QRS длительностью – 0,12 сек., Р в этих комплексах - отсутствует.

А. Какое осложнение возникло у больного?

Б. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 20

Больная Ф., 58 лет. Страдает ревматическим стенозом левого атриовентрикулярного отверстия. Госпитализирована в связи с приступом сильного неравномерного сердцебиения, которое продолжается 3 суток и сопровождается нарастающей одышкой. При осмотре положение ортопное, цианоз губ, акроцианоз, пастозность стоп и голеней. При аускультации сердца – мелодия, характерная для стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, ЧСС – 137 в мин., тоны сердца аритмичные, число дыхания 26 в мин., в задненижних отделах легких влажные хрипы на фоне жесткого дыхания. Пальпируется выступающий край болезненной печени из под края реберной дуги.

ЭКГ: зубец Р отсутствует, расстояния R-R разные.

А. Ваш диагноз?

Б. Назначьте лечение?

ЗАДАЧА № 21

Больной К., 53 лет. Доставлен в блок интенсивной терапии с острым инфарктом миокарда и отеком легких. АД 90/50 мм рт. ст.

ЭКГ: пароксизмальная желудочковая тахикардия.

А. Сформулируйте диагноз.

Б. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 22

Больной З., 72 лет. Перенес инфаркт миокарда, страдает полной поперечной блокадой сердца, имплантирован, ЭКС. В магазине возник глубокий обморок и судорожный синдром. Пульс 38 в 1 мин., АД 170/70 мм рт. ст.

А. Ваш диагноз

Б. Лечебная тактика.

ЗАДАЧА № 23

Больная А., 27 лет. С детства страдает полипозной ринопатией, в прошлом дважды полипэктомия. Две недели назад заболела ОРЗ и приняла 1 таблетку аспирина. Через 3 часа после приема препарата развился приступ удушья, частично купированный врачом скорой помощи введением эуфиллина внутривенно. Участковый врач назначил теофедрин по таблетки 4 раза в день, однако приступы удушья продолжаются.

А. Ваш диагноз.

Б. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 24

Больная Г., 25 лет. Страдает аллергической астмой; выявлена аллергия к пыльце цветущих растений. Обострения болезни бывают только весной. Больная проводит 2-3 недели дома и при приступах пользуется астмопентом. Этой весной тяжесть приступов заметно усилилась и они не исчезли после окончания цветения растений.

А. Ваш диагноз.

Б. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 25

Больная З., 22 лет. Вскоре после простудного заболевания начала испытывать быстро прогрессирующую одышку при физической нагрузке, но врачи не находили ей объяснения. Вскоре возникла одышка в покое и на ЭКГ нашли изменения в миокарде. Поставили диагноз миокардита, начали лечить метиндолом, вольтареном, но состояние ухудшилось. При поступлении в стационар – видимая одышка в покое и цианоз слизистых. При осмотре иной патологии нет. Рентгеноскопия выявляет выбухание ствола легочной артерии.

ЭКГ: признаки перегрузки правого желудочка.

А. Ваш диагноз.

Б. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 26

Больной С., 56 лет. обратился в поликлинику в связи с появлением отеков в ногах. Много лет страдает хроническим бронхитом, много курит. При физическом обследовании выявлена выраженная эмфизема легких и обструктивный бронхит, пальпируется увеличенная малоблезненная печень, ЧСС – 90 в мин., АД – 100/70 мм рт. ст. На ногах – отеки.

ЭКГ: признаки перегрузки правых желудочка и предсердия.

А. Ваш диагноз.

Б. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 27

Больная М., 28 лет. Страдает ревматическим митральным стенозом. После физической нагрузки возник приступ удушья. В приемном отделении врач выслушал в задненижних отделах легких звучные влажные хрипы. ЧСС – 110 в мин., АД – 90/60 мм рт. ст.

А. Какое осложнение развилось у больного?

Б. Неотложное лечение.

ЗАДАЧА № 28

У больного 40 лет, длительное время страдающего бронхоэктатической болезнью, уменьшился диурез, появились отеки на ногах, в области поясницы, на лице.

Объективно: при осмотре больной бледный, мягкие отеки по всему телу, которые оставляют ямку при надавливании. АД - 120/70 мм.рт.ст.

В общем анализе мочи – белок - 6,6 г/л, микрогематурия, цилиндрурия. В общем анализе крови: гемоглобин - 90 г/л, лейкоциты - 8 тысяч, СОЭ - 45 мм/час. Холестерин крови – 7,5 ммоль/л. Мочевина крови - 6,5 ммоль/л, креатинин крови – 0,12 ммоль/л

А. Какое осложнение развилось у больного?

Б. Дополнительные методы исследования, подтверждающие диагноз.

В. Сформулируйте клинический диагноз

Г. План лечения.

ЗАДАЧА №29

Больная И., 42 лет, страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 15 лет.

Получает ежедневно 60 ЕД инсулина. Два года назад стало повышаться АД до 180/100 мм.рт.ст. 6 месяцев назад появились отеки на ногах, которые стали распространяться на все тело, появилась одышка, сухость во рту, тошнота, резко

уменьшилось количество выделяемой мочи. При обследовании: в общем анализе мочи - протеинурия 9,9 г/л. Общий белок крови - 50 г/л, Холестерин – 10 ммоль/л.

Клубочковая фильтрация – 35 мл/мин., Мочевина крови - 12 ммоль/л, креатинин - 0,3 ммоль/л.

А. Какие осложнения развилось у больной?

Б. Сформулируйте диагноз

В. План лечения

ЗАДАЧА № 30

Юноша, 20 лет после переохлаждения стал отмечать нарастающие отеки на лице, руках, ногах, общую слабость, уменьшение диуреза. Лечился по месту жительства стационарно без особого эффекта. 2 месяца спустя госпитализирован в нефрологическое отделение. При осмотре кожные покровы бледные, сухие. Отеки на лице, руках, ногах, асцит. Перкуторно - притупление легочного звука ниже угла лопаток, там же при аускультации дыхание резко ослаблено. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм.рт.ст. Суточная протеинурия 6 грамм.

А. Оформите предварительный диагноз

Б. Дополнительные методы исследования

В. Диета и патогенетическое лечение.

ЗАДАЧА № 31.

Больная 35 лет жалуется на онемение и похолодание пальцев рук, боли в суставах рук и ног, нарушение глотания при приеме пищи, чувство стягивания рта, сухой кашель. Больна в течение 2-х лет. Заболевание началось с болей в суставах, онемения и похолодания рук. Год назад появились изменения кожи лица, нарушение глотания при приеме пищи.

Объективно: «маскообразное» лицо, симптом «кисета», плотный отек кожи пальцев рук и ног. Сердце - тоны приглушены. АД -150/100 мм рт.ст. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное в задненижних отделах. В общем анализе крови : анемия, ускоренное СОЭ, на рентгенограмме легких - картина базального пневмосклероза

- А.Какие 2 исследования позволят уточнить диагноз?
- Б.Сформулируйте клинический диагноз
- В.Какие препараты подавляют прогрессирование фиброза?

ЗАДАЧА № 32.

Студентка 1 курса на сельхозработах осенью заметила появление на лице высыпания красного цвета. Вскоре присоединилось повышение температуры до 38 градусов и припухлость коленных суставов, боли в области сердца и отечность лица и ног по утрам. При осмотре: эритема в виде «бабочки» на лице, суставы припухшие, пульс-100 в минуту, систолический шум на верхушке.

- А. Что Вы ожидаете обнаружить в общем анализе мочи и крови?
- Б. Дополнительные методы исследования
- В. Сформулируйте клинический диагноз
- Г. Патогенетическое лечение

ЗАДАЧА № 33

Больная 25 лет после длительного пребывания на пляже заметила появление боли в суставах рук и ног, эритематозные высыпания на лице. Через неделю появилась одышка и боли в области сердца. Объективно: Общее состояние средней тяжести. Температура тела- 38 градусов. Эритема в виде «бабочки» на лице.

Пульс – 100 в минуту. На верхушке сердца выслушивается систолический шум. В анализе крови: анемия лейкопения, СОЭ -40 мм/час, высокий титр антинуклеарных антител.

- А. Дополнительные методы исследования
- Б. Ваш предварительный диагноз
- В.С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать?
- Г. План лечения

ЗАДАЧА №34

Больная 60 лет жалуется на слабость и боли в мышцах рук и ног, повышение температуры, артралгии. При осмотре мышцы увеличены в объеме, болезненные при пальпации. На лице и на шее видны эритематозные изменения, параорбитальный отек. Больная не может поднять руки, расчесаться, не может поднять ногу на ступеньку.

В общем анализе крови: гемоглобин -70 г/л, СОЭ- 55 мм/час, в биохимическом анализе крови - выраженное увеличение трансаминаз и креатинина.

- А.Ваш предварительный диагноз?
- Б. Метод диагностики, подтверждающий диагноз?
- В. План лечения

ЗАДАЧА №35

Молодую женщину беспокоят боли в суставах, уменьшение диуреза, отеки по всему телу, одышка, кашель сухой, повышение температуры.

При осмотре: эритема на лице, пальпируются увеличенные лимфоузлы. Над легкими – резко ослабленное везикулярное дыхание, ниже угла лопаток – дыхание не прослушивается.

В общем анализе мочи : белок – 6,6 г/л, измененные эритроциты – 3-5, единичные зернистые и восковидные цилиндры.

А. Ваш предварительный диагноз?

Б. Дополнительные методы исследования

В. План лечения

ЗАДАЧА № 36.

Мужчина 45 лет, повар по профессии жалуется на боли в 1 плюсне - фаланговом, коленных и проксимальных и дистальных межфаланговых суставах кистей. Боли возникают остро, часто ночью после приема алкоголя и обильной мясной пищи. Больным себя считает в течение 5 лет. Принимал индометацин при обострении. 3 года назад после сильного приступа отметил выхождение мелкого камня с мочой. Мать больного также страдала аналогичным заболеванием суставов.

А. Выберите правильный диагноз

Б. Какие исследования подтвердят диагноз?

В. Тактика лечения

ЗАДАЧА № 37.

22-летнего студента беспокоят боли в коленных суставах, левом голеностопном суставе, больших пальцах обеих стоп, боли в левой ягодичной области, рези в глазах и слезоточивость. При мочеиспускании ощущает легкое жжение. Болен около 2 месяцев. Неразборчив в сексуальных связях. При осмотре: со стороны внутренних органов изменений нет. Температура тела 37,7 градусов. В области прикрепления левого ахиллова сухожилия к пяточной кости – припухлость. Окулист поставил диагноз «конъюнктивит»

В общем анализе крови : лейкоцитоз, СОЭ- 54 мм/час

В мазке из уретры гонококки не обнаружены.

А. Назовите исследование, имеющее наиболее высокую информативность

Б. Сформулируйте диагноз

В. План лечения

ЗАДАЧА № 38

33-летний мужчина обратился с жалобами на боли и скованность в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника, боли в ягодицах усиливающиеся ночью. Болен в течение 5 лет. Постоянно принимает индометацин.

Объективно: кифоз шейного отдела позвоночника, « поза просителя», паравертебральные мышцы напряжены. Периферические суставы не изменены.

В анализе крови – СОЭ -38 мм/час

- А.Какое исследование позволит уточнить диагноз?
- Б.Какие изменения Вы ожидаете обнаружить при этом исследовании?
- В.Сформулируйте клинический диагноз
- Г.Назначьте лечение

ЗАДАЧА № 39.

Больная 38 лет, жалуется на частый стул со слизью, кровью, гноем, тенезмы, боль в животе, потерю веса, температура 38. Болеет несколько лет. мелкоточечные уртикарные высыпания на коже. Язык малиновый, трещины на языке. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Печень не пальпируется. Отеков на теле нет.

При ректороманоскопии – стенки кишечника инфильтрированы, кровоточивы, слизисто-гнойные тяжи, язвы.

- А.Предварительный диагноз.
- Б.С какими заболеваниями надо дифференцировать?
- В.Назовите препараты базисной группы, применяемые для лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА № 40

Больная 45 лет, жалуется на опоясывающие боли в верхней половине живота, периодическую рвоту, неустойчивый стул. В анамнезе в течении 10 лет страдает хроническим холециститом, желчнокаменной болезнью. Объективно: Повышенного питания. Язык - сухой, обложен белым налетом. При пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области и в левом подреберье. Френикус-симптом слева – положительный. В крови повышение амилазы. В кале креаторея и стеаторея.

- А.Предварительный диагноз.
- Б.С какими заболеваниями надо дифференцировать?
- В.Рекомендуемое лечение

ЗАДАЧА № 41.

Больной, Р., 45 лет. Жалуется на одышку при малейшей физической нагрузке, перебои сердцебиение, отеки на ногах. Болеет в течении 5 лет, в анамнезе нет указаний на ревматизм, ИБС. Состояние прогрессивно ухудшается., отеки нарастают. Объективно: состояние средней тяжести, массивные отеки на ногах, над легкими ослабленное везикулярное дыхание, границы сердца расширены во все стороны, тоны резко приглушены, систолический шум на верхушке, мерцательная аритмия, ЧСС 105, пульс аритмичный 96 ударов в мин. дефицит пульса 9. На ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС 110-90, признаки гипертрофии обеих желудочков с перегрузкой снижение вольтажа.

- А.План обследования больного.
- Б.Какое исследование и его результаты будут решающим в постановке диагноза?
- В.Сформулируйте диагноз
- Г. Рекомендуемое лечение.

ЗАДАЧА № 42.

Больной 48л, жалуется на головные боли, мышечную слабость, подергивание мышц, увеличение диуреза, периодическую отечность век, парестезии и онемение пальцев рук. Объективно: Тоны сердца приглушены, экстрасистолия. АД 170/100 мм рт ст.

В крови уровень калия снижен до 2,6 ммол/ л Уровень ренина в плазме также снижен. Хороший лечебный эффект верошпирона

А. Какие изменения Вы ожидаете обнаружить при исследовании со стороны почек?

Б. Сформулируйте клинический диагноз

В. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 43.

Больной К, 52 лет. Жалуется на кашель с мокротой, затрудненной выдох, одышку, увеличение живота, отеки на ногах. Болеет много лет хроническим обструктивным бронхитом. Лечился много раз стационарно. Отеки появились год назад и постепенно стали нарастать. Объективно: Состояние больного тяжелое.

Одышка в покое. ЧДД -28 в минуту. Диффузный цианоз лица и конечностей.

Акроцианоз. Отеки на ногах. Пульс -100 в минуту, уд.н.н. АД -110/70 мм. рт. ст.

Сердце: расширена правая граница, отмечается эпигастральная пульсация. Над легкими выслушивается ослабленное в нижних отделах везикулярное дыхание.

Рассеянные сухие свистящие хрипы. В задненижних отделах мелкопузырчатые влажные незвонкие хрипы. Печень выступает на 3 см из под реберной дуги.

А.Какое осложнение развилось у больного?

Б.Что Вы ожидаете обнаружить на ЭКГ ?

В.План лечения

ЗАДАЧА № 44.

Больной Ф., 46 лет. Месяц назад был госпитализирован в стационар по поводу крупноочагового инфаркта миокарда. Выписан 2 дня назад с улучшением. Вчера вечером появились интенсивные загрудинные боли, быстро распространившиеся на всю переднюю грудную стенку; затем появился озноб, с повышением температуры до 38,6С.Выслушивается шум трения перикарда.

А.Какие методы исследования помогут в диагностике?

Б.Какое осложнение развилось у больного?

В.План лечения

ЗАДАЧА № 45.

В конце напряженного трудового дня женщина, 35 лет, отметила резкое ухудшение состояния , появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, учащенное обильное мочеиспускание. Женщина обратилась к фельдшеру здравпункта.

Объективно: пациентка возбуждена. Кожные покровы гиперемированы, влажные.

Тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается акцент II тона на аорте. Пульс

100 уд./мин., ритмичный. АД 180/100ммрт.ст. В анализе крови выявлено повышение глюкозы в момент приступа.

А. Ваш предварительный диагноз

Б. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

В. Купирование приступа и рекомендации по дальнейшему лечению?

ЗАДАЧА № 46.

30-летняя женщина жалуется на слабость, ухудшение зрения на левый глаз, «летучие» боли в крупных суставах, ощущает слабость и дискомфорт в левой руке, Объективно: асимметрия пульса (слева пульс слабее) и АД (справа АД 180/100, слева 160/94 мм.рт.ст.). Над брюшным отделом аорты выслушивается систолический шум. Периодически повышается температура до 37,5 -38 градусов. В ОАК: анемия, ускоренная СОЭ. Повышены острофазовые показатели.

А. Какой метод исследования будет решающим в постановке диагноза?

Б. Сформулируйте предварительный диагноз

В. План лечения

ЗАДАЧА №47.

Больная Б. 20 лет поступила в клинику, с 10 лет страдает повышением АД. Отмечались отеки на ногах, руках, на лице, беспокоили головные боли.. Неоднократно лечилась в нефрологическом отделении. Последнее ухудшение неделю назад после перенесенной простуды . Объективно : состояние тяжелое. Запах мочевины изо рта. Дыхание шумное. ЧДД-30 в минуту. Заторможена., на вопросы отвечает с трудом. Кожа-сухая со следами расчесов на теле. АД 220/120-180/110 мм.рт.ст. В общем анализе мочи: альбуминурия 1,165-033%, гематурия, эритроциты единичные, цилиндры гиалиновые 1-2/1, мочевины крови - 28ммоль/л. Креатинин крови - 0,7 мол/л

А. Что Вы ожидаете выявить в пробе Реберга, на УЗИ почек?

Б. Сформулируйте клинический диагноз

В. Рекомендуемое лечение

ЗАДАЧА № 48.

Больной И. 58 лет, в течение многих лет злоупотреблял спиртными напитками. Последние 3 года на фоне пониженного аппетита, слабости начал отмечать уменьшение диуреза, увеличение живота, тяжесть в левом подреберье. Неоднократно были носовые кровотечения. Объективно: Общее состояние больного тяжелое Отмечается асцит, венозные коллатерали, “сосудистые звёздочки”. Печень не пальпируется. Селезенка на уровне пупка. В ОАК: анемия, лейкопения, тромбоцитопения. БАК: гипербилибубинемия, АСТ и АЛТ – повышены.

А. Сформулируйте предварительный диагноз

Б. Назначьте дополнительные методы исследования

В. План лечения

ЗАДАЧА № 49.

Больная 32. года два года назад перенесла вирусный гепатит в тяжёлой форме. В инфекционной больнице лечилась в течении 63 дней. После выписки в течение года соблюдала диету, принимала амбулаторное лечение. Неоднократно отмечалось

повышение билирубина и ферментов. Объективно: состояние средней тяжести, желтушность склер и кожи. Небольшой зуд кожи. По вечерам повышение температуры до 38. Печень 5-6 см. плотная, болезненная, пальпируется несколько узлов. Селезенка 1-2 см. плотная. Со стороны анализа крови уменьшение Hb, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, повышение содержание билирубина и ферментов АЛТ, АСТ, ЛДГ.

А. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Б. Сформулируйте предварительный диагноз

В. Назначьте лечение

ЗАДАЧА № 50.

У больной 38 лет, 2 месяца назад экстрагирован зуб. Последние 4 недели жалуется на повышение температуры до 38°С, ознобы, боли в сердце, одышку и сердцебиение. Кожа лица - бледная, имеются мелкоточечные высыпания на руках и ногах, границы сердца увеличены влево. АД-110/70 мм.рт.ст. Пульс – 92 в минуту. В точке Боткина выслушивается диастолический шум, печень +2. Тромбоэмболия бедренной артерии. В анализе крови – анемия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Фибриноген крови - 6 ммоль/л

На ЭКГ- признаки гипертрофии левого желудочка.

А. Ваш предварительный диагноз

Б. Методы исследования, подтверждающие диагноз

В. План лечения

ЗАДАЧА № 51.

Больной Х. 36 лет. Жалуется на внезапно начинающиеся приступы сердцебиения, чувство нехватки воздуха, общую слабость.

Объективно: Состояние тяжелое, кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца резко приглушены. ЧСС 180 уд. в минуту.

АД 100/70 мм. рт. ст. На ЭКГ: комплекс QRS уширен, больше 0,12 сек. Сегмент S-T и зубец Т расположены дискордантно к комплексу QRS. зубец Р не определяется. ЧСС 160 в мин.

А. О каком нарушении ритма можно говорить у этого больного?

Б. Купирование приступа

В. Причины и патогенез нарушения ритма у данного больного?

III. КЛАССИФИКАЦИИ

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (КИЛИП 1967 г.). (ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КЛАССЫ)

Класс 1: признаков дисфункции левого желудочка нет.

Класс 2: диастолический ритм галопа и умеренный или средне-тяжелый застой в легких.

Класс 3: отек легких.

Класс 4: кардиогенный шок.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ (по ЛАУНУ)

Класс	Желудочковые экстрасистолы
0	Отсутствуют
I	Менее 30 в час
II	Более 30 в час
III	Политопные
IV А	Парные
IV Б	Пробежки (залпы) желудочковой тахикардии
V	Ранние, «R на T»

КЛАССИФИКАЦИЯ ИБС (с изменениями IV Съезда Кардиологов Узбекистана, 2000 г)

1. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца)
2. Стенокардия
Стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса)
Нестабильная стенокардия:
 - впервые возникшая стенокардия
 - прогрессирующая стенокардия напряжения
 - ангиоспастическая стенокардия
 - ранняя постинфарктная стенокардия
 - ранняя послеоперационная стенокардия
3. Безболевого ишемия миокарда
4. Инфаркт миокарда: с зубцом Q без зубца Q
5. Постинфарктный кардиосклероз
6. Нарушение сердечного ритма (с указанием формы)
7. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии)

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. (Лопаткин К.А., Кучинский И.Н., 1971 г.)

I. ЛАТЕНТНАЯ СТАДИЯ:

Клубочковая фильтрация (КФ) – 45-50 мл/мин

Мочевина крови – 8,8 ммоль/л

Креатинин крови – 0,18 ммоль/л

II. КОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ

Клубочковая фильтрация (КФ) – 30 - 40 мл/мин

Мочевина крови – 8,8 – 10,0 ммоль/л

Креатинин крови – 0,2 - 0,28 ммоль/л

Легкая полиурия

III. ИНТЕРМИТИРУЮЩАЯ СТАДИЯ

Клубочковая фильтрация (КФ) – 20 - 30 мл/мин

Мочевина крови – 10,0 – 19,0 ммоль/л

Креатинин крови – 0,3 - 0,6 ммоль/л

Выраженная полиурия Гипоизостенурия

IV. ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ

Клубочковая фильтрация – ниже 15 мл/мин

Нарастает азотемия

Ацидоз. НК II – III ст. Олигоанурия Анасарка. Дистрофия внутренних органов.

КЛАССИФИКАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Классификация уровней АД ВОЗ-МОГ (1999).

<i>Категория</i>	<i>Систолическое</i>	<i>Диастолические</i>
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	< 130	< 85
Высокая норма	130-139	85-89
I степень гипертонии	140-159	90-99
II степень гипертонии	160-179	100-109
III степень гипертонии	> 180	>110
Изолированная	> 140	> 90

Классификация артериальной гипертонии (АГ) по стадии заболевания (IV Съезд Кардиологов Узбекистана, 2000)

I стадия Объективные проявления поражения органов-мишеней отсутствуют

II стадия Присутствует поражение одного из ниже приведенных признаков поражения органов-мишеней:

- Сердце: гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, эхокардиографии, рентгенографии).
- Сетчатка: генерализованное или фокальное сужение сосудов сетчатки.
- Мозг: начальные проявления неполноценности кровоснабжения головного мозга, гипертоническая энцефалопатия I стадия, редкие эпизоды преходящих нарушений мозгового кровообращения.

Почки: микроальбуминурия, белок в моче и/или незначительное повышение концентрации креатинина в плазме крови (1.2-2.0 мг/дл).

Сосуды: атеросклеротические изменения (бляшки) по данным ультразвукового обследования или ангиографии (в сонных артериях, аорте, в подвздошных бедренных артериях).

III стадия Наличие следующих признаков поражений органов-мишеней и клинических проявлений;

Сердце: Стенокардия. Инфаркт миокарда. Сердечная недостаточность.

Мозг: Гипертоническая энцефалопатия II, III стадии. Частные преходящие нарушения мозгового кровообращения. Инсульт.

Сетчатка: Кровоизлияния или экссудаты с отеком (или без отека) зрительного нерва (эти признаки характерны для быстро прогрессирующей или злокачественной артериальной гипертонии).

Почки: Креатинин плазмы крови > 2.0 мг/дл. Почечная недостаточность.

- Сосуды: Расслаивающая аневризма аорты. Оклюзивные поражения артерий с клиническими проявлениями.

Примечание:

*- дополнение данной рубрикой классификации ЛГ ВОЗ (1996) продиктовано необходимостью обратить внимание терапевтов на необходимость раннего выявления и своевременной коррекции начальных проявлений поражения головного мозга у больных АГ.

** - данная рубрика представлена иной по сравнению с классификацией ЛГ ВОЗ (1996) формулировкой (Мозг: Инсульт. Транзиторные нарушения мозгового кровообращения. Гипертензивная энцефалопатия. Сосудистые деменции.).

- диагноз АГ стадия II! в случае наличия > большого стенокардии следует выставлять в случаях инструментальной верификации атеросклеротического поражения коронарных артерий (по данным коронаровентрикулографии, эхокардиографии, компьютерной томографии, велоэргометрии), в случае ее отсутствия больному следует выставлять диагноз АГ (стадия II).

Классификация основных этиологических причин АГ (ВОЗ, 1996)

А. Эссенциальная гипертония

Б. Вторичные А 1

1. Лекарства или экзогенные вещества

Гормональные контрацептивы

Кортикостероиды

Симпатомиметики Эритропоэтин

2. Заболевания почек

Почечные паренхиматозные заболевания:

Острые и хронические гломерулонефрит

Хронические пиелонефрит

Поликистоз почек

Диабетическая нефропатия

Гидронефроз

Травмы почек

Реноваскулярные АГ (мышечно-фиброзная дисплазия, НАА почечных артерий, атеросклероз почечных артерий)

3. Эндокринные заболевания

Акромегалия

Гипотиреоз

Гипертиреоз Болезни надпочечников:

А: Поражения коркового слоя:

Синдром Кушинга

Первичный альдостеронизм (Синдром Кона)

Б: Поражения мозгового слоя:

Феохромоцитома и опухоли из хромоаффинных клеток, расположенных вне надпочечников

Раковая опухоль

4. Коарктация аорты и аортиты

5. Осложнения беременности

6. Неврологические заболевания

Повышение внутричерепного давления (после травмы и др. причин)

Опухоли мозга

- Энцефалиты
- Апноэ во время сна
- 7. Хирургические осложнения
- Постоперационная гипертония

Стратификация риска для оценки прогноза больных артериальной гипертонией.

Другие факторы риска (кроме АГ) поражение органов мишеней, ассоциированные заболевания	<u>Степень 1</u> АДс 140-159 АДд 90-99	<u>Степень 2</u> АДс 160-179 АДд 100-109	<u>Степень 3</u> АДс 180 и выше АДд 110 и выше
Нет факторов риска ,поражение органов мишеней, ассоциированные заболевания	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1-2 фактора риска	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
3 фактора риска и более и / или поражение органов мишеней и /или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Ассоциированные клинические состояния	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Клиническая классификация аритмий сердца:

I.Нарушения образования импульса

Синусовая тахикардия.

Синусовая брадикардия.

Синусовая аритмия.

Миграция источника ритма

Синдром слабости синусового узла

Экстрасистолы:

- а) суправентрикулярные и желудочковые;
- б) единичные, групповые, аллоритмические;
- в) ранние, средние и поздние.

Пароксизмальная тахикардия:

Непароксизмальная тахикардия и ускоренные эктопические ритмы:

Трепетание предсердий:

Мерцание (фибрилляция) предсердий:

Трепетание и мерцание (фибрилляция) желудочков.

II. Нарушения проводимости

Синоаурикулярная блокада:

- а) полная и неполная;
- б) преходящая и стойкая.

Предсердная блокада:

- а) полная и неполная;
- б) преходящая и стойкая.

Атриовентрикулярная блокада:

- а) I, II и III степени;
- б) проксимальная и дистальная;
- в) преходящая и стойкая.

Внутрижелудочковые блокады:

- а) моно-, би- и трифасцикулярная, очаговая, арборизационная;
- б) неполные и полные;
- в) преходящие и стойкие.

III. Комбинированные аритмии

1. Ускользящие (выскакивающие) сокращения и ритмы:

- а) предсердные; б) атриовентрикулярные; в) желудочковые.

2. Реципрокные (эхо-) ритмы:

- а) реципрокные экстрасистолы; б) реципрокная тахикардия

3. Атриовентрикулярная диссоциация:

- а) активные формы; б) пассивные формы.

4. Синдром преждевременного возбуждения желудочков:

- а) типа Кента, Джеймса и Махейма; б) типа А, В, АВ и др.

5. Парасистолия:

- а) парасистолические экстрасистолы, ускоренные ритмы, непароксизмальная и пароксизмальная тахикардия; б) предсердная, атриовентрикулярная, желудочковая и сочетанная.

КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ. (по Гусевой, 1992)

I. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Диффузная склеродермия.

Лимитированная ССД или CREST-синдром.

Перекрестный синдром или OVERLAP –сочетания ССД с ДМ, РА или СКВ.

Преимущественно висцеральные формы.

Ювенильная СД,, при которой выражен суставной синдром с развитием контрактур.

II. ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ:

Острое.

Под острое.

Хроническое.

III. СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ:

Минимальная.

Умеренная.

Максимальная.

IV. СТАДИИ РАЗВИТИЯ:

Начальная.

Генерализованная.

Терминальная.

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (В.Ф.ФЕДЕРОВ, М.Х.Левитан, 1982, Г.А.Григорев,1996)

I. ТЕЧЕНИЕ:

1. Молниеносное.

Острое.

Хронический рецидив

Хронически непрерывное.

II. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ:

1. Легкая

2. Средняя степень

3. Тяжелая.

III. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПРОЦЕССА:

1. Тотальный колит.

2. Левосторонний колит.

3. Дистальный колит (проктосигмоид, проктит)

IV. АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ:

Минимальная.

Умеренная.

Выраженная.

V. НАЛИЧИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ:

Местные

Системные

КЛАССИФИКАЦИЯ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИТА (Е.Н.Семенкова, 1988)

I. Клинические варианты:

Классический (лочечно-висцеральный, почечно-полиневритич.)

Астматический.

Кожно-тромбоангиический.

II. Течение:

Медленно прогрессирующее.

Рецидивирующее.

Быстро прогрессирующее.

Острое.

III. Фазы:

Активная.

Неактивная.

Склеротическая.

IV. Осложнения:

Инфаркты различных органов.

Геморрагии (разрыв аневризм)

Прободение язв.

Гангрена кишечника.

Уремия.

Нарушение мозгового кровообращения.

Энцефаломиелит.

КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ (СКВ)

В настоящее время нашей стране принята рабочая классификация клинических вариантов течения СКВ. Учитывающая 1)характер течения; 2)активность патологического процесса; 3)клинико-морфологическую характеристику поражения органов и систем.

I. Характер течения болезни:

Острое течение: внезапное начало-больные могут указать день, когда началась лихорадка, полиартрит, появились изменения на коже. В ближайшие 3-6 мес. Развиваются полисиндромность, люпус-нефрит, поражение ЦНС.

Продолжительность заболевания без лечения не более 1-2 лет, однако, при своевременном распознавании и активном лечении кортикостероидами и многолетней поддерживающей терапии можно добиться полной ремиссии. Этот вариант болезни наблюдается преимущественно у подростков, детей и молодых.

Подострое течение: Встречается наиболее часто, начинается как бы исподволь, с общих симптомов, артралгий, рецидивирующих артритов, разнообразных неспецифических поражений кожи. Отчетлива волнообразность течения. Развернутая картина болезни формируется через 2-3, реже через 3-4 года.

Хроническое течение:

Рецидивирующий полиартрит.

Синдром дискоидной волчанки.

Синдром Рейно.

Синдром Верльгофа.

Синдром Шегрена.

Заболевание длительное время проявляется рецидивами различных синдромов – полиартрита, реже полисерозита, синдромом дискоидной волчанки, синдромом Рейно. На 5-10-м году болезни присоединяются другие органые поражения (почки, легкие).

II. Фаза и степень активности процесса:

Фаза: активная:

Степень активности: высокая (III), умеренная (II), минимальная (I).

Фаза: неактивная (ремиссия).

III. Клинико-морфологическая характеристика поражений:

Кожи: симптом «бабочки», капилляриты, экссудативная эритема, пурпура, дискоидная волчанка.

Суставов; артралгий, острый, подострый и хронический полиартрит.

Серозных оболочек: полисерозит (плеврит, перикардит), выпотной, сухой, адгезивный перигепатит, перисипленит.

Сердца: миокардит, эндокардит, недостаточность митрального клапана.

Легких: острый, хронический пневмония, пневмосклероз.

Почек: люпус-нефрит нефротического или смешанного типа, мочевого синдром.

Нервной системы: менингоэнцефалополирадикулоневрит, полиневрит.

Типы аллергических реакций по (Gell, R. Coombs, 1975)

Тип	Наименование типа реакции	Иммунный механизм реакции
I	Анафилактический	IgE и реже IgG антитела

II	Цитотоксический	IgG и IgM антитела
III	Феномен Артюса-повреждение тканей иммунным комплексом	IgG и IgM антитела
IV	Замедленная гиперчувствительность	Сенсибилизированные лимфоциты.

Классификация кардиомиопатий (ВОЗ 1995 г)

Дилатационная

Гипертрофическая

Рестриктивная

Специфическая (метаболическая, ишемическая, воспалительная, клапанная и др.). К метаболическим также относятся диабетическая, алкогольная и пр.

Аритмогенная дисплазия правого желудочка.

Неклассифицируемые кардиомиопатии (фиброэластоз и др.)

Классификация хронической сердечной недостаточности (функциональные классы), предложенная Нью-йоркской ассоциацией кардиологов (NYHA 1956).

1. ФК – нет ограничений: обычная физическая нагрузка не вызывает утомляемости, слабости, одышки или сердцебиений (бессимптомная дисфункция ЛЖ.).
2. ФК – умеренное ограничение физической активности: у пациентов нет каких-либо патологических симптомов в состоянии покоя. Обычная физическая активность приводит к появлению утомляемости, сердцебиений, одышки.
3. ФК – выраженное ограничение физической активности. Даже небольшая физическая нагрузка ведет к появлению клинической симптоматики.
4. ФК – невозможность любой физической активности без появления дискомфорта: симптомы СН появляются в покое.

Типы подагры

I. Метаболический (у 60% больных).

Высокая уратурия - > 3.6 ммоль\сут.

Нормальный клиренс мочевой кислоты (6-7 мл\мин)

II. Почечный тип (у 10% больных). Низкая уратурия - <1,8 ммоль\с сниженный клиренс мочевой кислоты (3-3.5 мл\мин)

III. Смешанный тип (у 30% больных) Нормальная или сниженная уратурия
Нормальный клиренс мочевой кислоты.

Классификация цирроза печени

Логинов А.С., Блок Ю.Е. (1987)

Этиология	Морфология	Стадии печёночной недостаточности	Активность и фаза
1.Вирусный 2.Алкогольный 3.Аутоимунный 4.Токсический 5.Генетический 6.Кардиальный 7.Всл.в/печё_ночного холестаза 8.Криптогенный	1.Микронодулярный 2.Макронодулярный 3.Смешанный 4.Неполный септальный 5.Билиарный	1.Компенсированная 2.Субкомпенсированная 3.Декомпенсированная	1.Активность минимальная, умеренная, выраженная 2.Неактивная фаза

Оценка степени тяжести цирроза печени

В настоящее время признано, что для прогноза большое значение имеет определение этиологии и степени тяжести цирроза печени по шкале Чайльда - Пью. При классе «А» выживаемость составляет 6-7 лет, при классе «С»-2 месяца. Класс тяжести учитывается при отборе лиц для трансплантации печени. Эта система применяется вне резкого обострения заболевания.

Система критериев Чайльда-Пью.

Класс тяжести	Билирубин	Альбумины	ПТИ	Асцит	Печёночная Энцефалопатия
А	До 20,5 Мкмоль/л (N)	До 35 г/л (N)	80-60%	отсутствует	Латентная или отсутствует
В	20-30 мкмоль/л	35-25 г/л	2-4 секунды (60-40 %)	Краевой	I-II стадии
С	Более 30 мкмоль/л	Менее 25 г/л	Более 4 секунд (менее 40%)	Субтотальный, тотальный	II-III стадии

Классификация хронического панкреатита (А.Л.Гребнев 1982г.)

- I. По этиологическому признаку
 1. Первичный
 2. Вторичный
- II. По морфологическому признаку
 1. Отечная форма
 2. Склеротически-атрофическая форма.

3. Фиброзная форма 4. Псевдокистозная форма.

5. Кальцифицирующая форма.

III. По клиническому течению:

Полисимптомная

Болевая

Псевдоопухолевая

Диспептическая

Латентная

IV. По течению заболевания:

Легкой степени течение

Средней тяжести течение

Тяжелая степень течения

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА (Б.Е.Вотчал.1964.)

Предлагает классифицировать легочное сердце по 4-м основным признакам (табл.4):

1) характер течения; 2) состояние компенсации; 3) преимущественный патогенез;

4) особенности клинической картины.

Характер течения	Состояние компенсации	Преимущественный патогенез	Клиническая картина
Острое ЛС (развитие в течение нескольких часов, дней)	Декомпенсированное	Васкулярный Бронхолегочной.	Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Клапанный пневмоторакс, пневмомедиастинум. Бронхиальная астма, затяжной приступ, астматический статус. Пневмония с большой площадью поражения, экссудативный плеврит с массивным выпотом.
Подострое ЛС (развитие в течение нескольких недель, месяцев)	Компенсированное	Васкулярный	Повторные мелкие тромбоэмболии в системе легочной артерии.
	Декомпенсированное	Бронхолегочной. Торакодиафрагмальный	Повторяющиеся приступы Бронхиальной астмы. Раковый лимфангит легких. Хроническая гиповентиляция центрального и периферического происхождения (ботулизм, полиомиелит, миастения и др.).
Хроническое ЛС (развитие	Компенсированное	Васкулярный	Первичная легочная гипертензия. Артерииты. Повторные эмболии.

в течение ряда лет)	Декомпенсированное по правожелудочковому типу.	Бронхолегочной. Торакодиафрагмальный	Резекция легкого. Обструктивные процессы в бронхах и легких различной этиологии (хронический бронхит, бронхиальная астма, эмфизема легких, диффузный пневмосклероз с эмфиземой). Рестриктивные процессы фиброзы и гранулематозы; Поликистоз легких. Поражение позвоночника и грудной клетки с ее деформацией. Плевральные спайки. Ожирение (синдром Пиквика).
---------------------	--	---	--

Классификация пневмоний

По форме:

1. Внебольничная (первичная, амбулаторная)
2. Госпитальная (вторичная, нозокомиальная)
3. Аспирацион.
3. Атипичная.
4. На фоне иммунодефицитных состояний

По локализации:

1. Очаговая (бронхопневмония)
2. Долевая (пневмококковая)
3. Сегментарная, полисегментарная
4. Интерстициальная

По осложнениям:

1. Без осложнений
2. Осложнения:
 - Экссудативный плеврит
 - Деструкция легких
 - Инфекцион. Токсич. шок
 - Перикардит

По течению:

1. Острое течение (в течение 4 недель)
2. Затяжное (более 4 недель)

Классификация бронхиальной астмы:

Классификации международного консенсуса'GfNA 2002г.

Бронхиальная астма делится на 4 степени тяжести процесса:

1. Интермиттирующая астма (степень I) характеризуется короткими обострениями с частотой менее, чем 1 раз в неделю, длящиеся от нескольких часов до нескольких дней. Симптомы ночной астмы появляются 2 раза в месяц или реже. В межприступные периоды симптомы болезни отсутствуют. ОФВ1 или ПСВ до приема медикаментов более 80% от должных значений. Разброс показателей в течение суток колеблется менее чем на 20%..

2. Легкая персистирующая астма (ступень II) характеризуется появлением у больного симптомов обострения 1 раз в неделю или чаще, но реже, чем 1 раз в день-симптомы ночной астмы возникают чаще 2 раз в месяц. Больной с этой формой астмы имеет значение ПСВ или ОФВ1 до лечения более или равные 80% от должных значений, а колебания показателей сохраняются в пределах 20-30%. 3. Персистирующая астма средней тяжести (ступень III) характеризуется ежедневными симптомами болезни в течение длительного времени, симптомами ночной астмы чаще, чем 1 раз в неделю. Значение ПСВ или ОФВ1 до приема медикаментов колеблется от 60% до 80% от должного значения, а колебания этих показателей в течение суток составляют 20-30%.

4. Тяжелая персистирующая астма (ступень IV), когда у больного симптомы болезни держатся длительное время, часто возникают ночные симптомы, наблюдается ограничение физической активности и, несмотря на прием препаратов, рецидивируют тяжелые приступы удушья. Показатели ПСВ и ОФВ1 до назначения лечения менее 60% от должного значения, а колебания их в течение суток превышают 30%.

КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА)

Наиболее приемлема для индивидуальной диагностики, терапии и профилактики расширенная и дополненная Г. Б. Федосеевым (1982 г.).

1. Этапы развития БА.

- 1.1 Биологические дефекты у практически здоровых людей.
- 1.2 Состояние предастмы.
- 1.3 Клинически выраженная астма.

2. Клинико - патогенетические варианты.

- 2.1 Атопический.
- 2.2 Инфекционно - зависимый.
- 2.3 Аутоиммунный.
- 2.4 Дисгормональный (гормонозависимый).
- 2.5 Дизовариальный.
- 2.6 Выраженный адренергический дисбаланс.
- 2.7 Холинергический
- 2.8 Нервно - психический.
- 2.9 Аспириновый.
- 2.10 Первично - изменённая реактивности бронхов.

3. Тяжесть течения болезни.

- 3.1 Лёгкое течение.
- 3.2 Течение средней тяжести.
- 3.3 Тяжёлое течение.

4. Фазы течения БА.

- 4.1 Обострение.
- 4.2 Нестабильная ремиссия.
- 4.3 Ремиссия.
- 4.4 Стойкая ремиссия. (более 2-х лет).

5. Осложнения.

- 5.1 Лёгочные: ателектаз, пневмоторакс, лёгочная недостаточность.

Классификация астматического статуса

(ГБ.Федосеев, 1984; 1988; А.Г.Чучалин, 1985; Т.А.Сорокина, 1987).

1. Патогенетические варианты.

Медленно развивающийся астматический статус.

Анафилактический астматический статус.

Анафлактоидный астматический статус.

2. Стадии:

Первая - относительной компенсации.

Вторая - декомпенсации или «немого легкого».

Третья - гипоксическая гиперкапническая кома.

СТЕПЕНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

I степень – одышка и тахикардия возникают при физической нагрузке, цианоза нет. МОД,ЖЕЛ в покое в пределах нормы, но изменяются при нагрузке. КЩС в норме

II степень – одышка и тахикардия при незначительной нагрузке. Значительно изменены МОД,ЖЕЛ, МВЛ. Выражен цианоз. Дыхательный алкалоз, признаки НК

III степень – одышка и тахикардия в покое, резкий цианоз. Значительно снижены ЖЕЛ, МВЛ – невыполнима. Гипоксемия, гиперкапния, дыхательный ацидоз, НК.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

(О.М. Буткевич, Т.Л. Виноградова.)

Этиология: зеленающий стрептококк, золотистый стрептококк, стафилококк белый, энтерококк грамотрицательные микроорганизмы, грибы, др., “абактериальная форма”

Клинико-морфологическая форма:

Первичный (на интактных клапанах)

Вторичный (на измененных клапанах)

Клинические варианты течения:

1. Острое (до 2-х мес)
2. Подострое
3. Затяжное

Особые формы ИЭ:

1. ИЭ протезов клапанов
2. ИЭ при гемодиализе
3. ИЭ наркоманов
4. Пристеночный ИЭ
5. ИЭ при кардиомиопатиях
6. ИЭ при пролапсе митрального клапана

Патогенетические стадии развития ИЭ

1. Инфекционно-токсическая (микробная)
2. Иммуновоспалительная – характеризуется повышенной реактивностью организма и миммунокомплексным поражением различных органов

Дистрофическая – тяжелая органическое и функциональное поражение

IV. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Диагностические критерии болезни Рейтера

1. Хроническая связь между мочеполовой и кишечной инфекцией, артритом (уретроокуло – синовиальный синдром).
2. Молодой возраст.
3. Острый ассиметричный артрит нижних конечностей (коленных, пальцев ног) с энтезопатиями и пяточными бурситами.
4. Симптомы воспалительного процесса мочеполового тракта. Обнаружение хламидий (80 – 90%) в соскобах эпителия. Артрит считается хламидийным при обнаружении в сыворотке хламидийных антител в титре 1:32 и более.

Диагностические критерии подагры

(Римские, 1963)

1. Содержание МК в крови > 0.42 ммоль/л у мужчин и > 0.36 ммоль/л у женщин.
 2. Тофусы.
 3. Кристаллы МК в синовиальной жидкости или отложение их в тканях.
 4. Четкие анамнестические сведения о пораженных суставах.
- Диагноз достоверен при 2-х положительных критериях.

Диагностические критерии подагры

(Американская ревматологическая ассоциация)

- Кристаллы уратов в суставной жидкости.
- Наличие тофусов.
- Наличие 6 из 12 ниже перечисленных признаков.
- Более чем одна острая атака артрита в анамнезе.
- Максимум воспаления сустава уже в первые сутки.
- Моноартикулярный характер артрита.
- Гиперемия кожи над пораженным суставом.
- Припухание или боль в I- плюсне – фаланговом суставе.
- Одностороннее поражение суставов свода стоп.
- Узелки, напоминающие тофусы.
- Гиперурикемия
- Одностороннее поражение I- плюснефалангового сустава.
- Ассиметрия припухлости пораженных суставов.
- Субкортикальные кисты без эрозий на рентгене.
- Отсутствие флоры в суставной жидкости.

Диагностические критерии анкилозирующего спондилоартрита (болезни Бехтерева)

(Нью – Йоркские критерии, 1984)

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.

1. Наличие в анамнезе воспалительных болей в спине или в поясничной области (боли у больных моложе 40 лет с постепенным началом, длящиеся не менее 3-х месяцев, сопровождающиеся утренней скованностью).
2. Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях.
3. Ограничение подвижности грудной клетки.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.

Двухсторонней сакроилеит II – IV стадии.

Односторонней сакроилеит III – IV стадии.

Для постановки диагноза достаточно одного из клинических и одного из рентгенологических критериев.

Диагностические критерии реактивных артритов.

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ.

АРТРИТ (два признака из трех)

- Ассиметричный
- Моно или Олигоартрит
- Поражение нижних конечностей

ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ (один признак из двух)

- Энтерит (диарея в течение 6 недель, предшествующих артриту)
- Уретрит (дизурия в течение 6 недель, предшествующих артриту)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ.

Дополнительные критерии (один признак из двух)

1. Доказательства «триггерной» инфекции

- Положительные результаты соскоба мочеиспускательного канала или шейки матки на хламидии
- Положительные результаты бактериологического исследования кала на энтеробактерии.

2. Доказательство стойкой инфекции в синовиальной оболочке (положительные результаты иммуногистологических исследований)

- Положительная ПЦР на хламидии.

Электрокардиографические критерии гипертрофии левого желудочка. (по р.м. okin др., 1996)

Критерий Соколова – Лайона	$Sv_1 - v_2 + Rv_5 - v_6$	>35мм
Корнельский вольтажный признак	$R_{AVL} + Sv_3$	>28мм для мужчин >20мм для женщин

Электрокардиографические критерии гипертрофия правого желудочка.

$R_{V1} > 7\text{мм}$

$R/S_{V1} > 1.$

$R_{V1} + Sv_5 > 10,5\text{мм}$

Неполная блокада правой ножки пучка Гиса при $R_{V1} > 10\text{мм}$

Полная блокада правой ножки Гиса при $R_{V1} > 15\text{мм}$

Перегрузка правого желудочка в V1 – V2 (-T)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА(Е.М. СЕМЕНКОВА 1988Г.).

«Большие критерии».

1. Поражение почек.
2. Коронариит.
3. Абдоминальный синдром.
4. Полиневрит.
5. Бронхиальная астма с эозинофилией.

«МАЛЫЕ КРИТЕРИИ».

1. Лихорадка.
2. Снижение массы тела.
3. Миалгический синдром.

Диагноз достоверен при наличии 3 –х больших и двух малых критериев.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НАА:

1. Начало заболевания в возрасте до 40 лет
2. Синдром перемежающей хромоты (слабость и боли в мышцах конечности при движении)
3. Ослабление пульса на одной или обеих плечевых артериях.
4. Разница АД больше 10 мм рт. ст. на плечевых артериях.
5. Шум на подключичных артериях или брюшной аорте.
6. Изменение при ангиографии: сужения просвета или окклюзия аорты её крупных ветвей в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей, не связанные с атеросклерозом, фибромускулярной дисплазией и др.

Наличие 3 и больше критериев подтверждает диагноз НАА.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СКВ АРА

СИМПТОМ	ХАРАКТЕРИСТИКА
1.Высыпания на скулах Люпоидная «бабочка»	Фиксированная эритема (плоская или приподнятая),имеющая тенденцию к распространению в носогубной зоне
2.Дискоидная сыпь	Эритематозные приподнятые бляшки с прилегающими чешуйками и фолликулярными пробками; на старых могут быть атрофические рубцы
3.Фотодерматит	Кожная сыпь, возникающая в результате воздействия на кожу солнечного света
4.Эрозии и язвы в ротовой полости	Изъязвления в полости рта или носоглотки, обычно безболезненные.(должен зафиксировать врач)
5.Артрит	Неэрозивный артрит 2 или более периферических суставов, проявляющийся болезненностью, отеком и выпотом
6.Серозиты	Плеврит: плевральные боли, шум трения плевры и/или наличие плеврального выпота; перикардит, документированный эхокардиографией или выслушиваемый врачом шум трения перикарда
7.Поражение почек	Стойкая протеинурия более 0,5 г/сутки или цилиндры, гематурия

8. Поражение ЦНС	Судороги – при отсутствии приема лекарств или метаболических нарушений (уремии, кетоацидоза, электролитного дисбаланса); психоз – при отсутствии приема лекарств или электролитных нарушений
9. Гематологические нарушения	Лейкопения менее 4000/л, зарегистрированных не менее, чем в 2 анализах, лимфопения менее 1,500/л, зарегистрированная не менее 2 раз, тромбоцитопения менее 100000/л, не связанная с приемом лекарств
10. Иммунологические нарушения	Анти-ДНК: АТ к нативной ДНК в повышенном титре, анти-Sm; АТ к ядерному Sm-Ar, обнаружение антифосфолипидных антител, основанное на повышенном уровне сывороточных IgG- или IgM-А к кардиолипину; обнаружение волчаночного антикоагулянта; ложноположительная реакция Вассермана в течение как минимум 6 месяцев при подтвержденном отсутствии сифилиса.
11. Антинуклеарные антитела	Повышение их титра, выявленное методом иммунофлюоресценции при отсутствии приема ЛС, вызывающих волчаночноподобный синдром

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ АРА

А БОЛЬШОЙ КРИТЕРИЙ: Проксимальная склеродермия

Б. МАЛЫЕ КРИТЕРИИ: 1. Склеродактилия

2. Рубцы на кончиках пальцев или потеря вещества подушечек пальцев.

3. Двусторонний базальный легочной фиброз.

Диагноз достоверен при наличии 1 большого и 2-х малых критериев.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДМ

А. ОСНОВНЫЕ:

1. Характерное поражение кожи: параорбитальный отек и эритема открытых участков тела.

2. Поражение мышц (проксимальных отделов конечностей)

3. Патоморфологические изменения в мышцах при биопсии (дегенерация, некроз, базофилия, воспалительная инфильтрация, фиброз)

4. Повышенная активность сывороточных ферментов: КФК, альдолазы, трансаминаз на 50% и более.

5. Характерные данные электромиографического исследования

Б. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:

1. Кальциноз

2. Дисфагия

Диагноз достоверен: при наличии 3-х основных критериев и сыпи, при наличии 2-х основных критериев + 2-х дополнительных + сыпи.

DUKE-КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ИЭ	
ОПРЕДЕЛЕННЫЙ (ДОКАЗАННЫЙ) ИЭ	
Морфологические критерии	Обнаружение микроорганизмов при гистологическом исследовании вегетаций, вегетаций-эмболов, внутрисердечных абсцессов. Патологические повреждения: вегетации или внутрисердечный абсцесс с гистологическим подтверждением активного эндокардита.
Клинические критерии Большие критерии	Положительная гемокультура из 2 отдельных культур крови типичных возбудителей ИЭ* в пробах, полученных с интервалом 12ч, или во всех 3 (а также в большинстве из 4 и более) посевах крови, осуществленных с интервалом более 1ч. ЭхоКГ-признаки ИЭ – вегетации на клапанах сердца или подклапанных структурах, абсцесс или дисфункция протезированного клапана, появление признаков клапанной регургитации.
Малые критерии	Предшествующее поражение клапанов или внутривенное введение наркотиков. Температура выше 38°C. Сосудистые симптомы: артериальные эмболии, инфаркты легких, микотические аневризмы, интракраниальные кровоизлияния, симптом Лукина. Иммунологические проявления: гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота, ревматоидный фактор. Положительная гемокультура, не соответствующая требованиям больших критериев. ЭхоКГ-признаки, не соответствующие большим критериям.
ВОЗМОЖНЫЙ (ВЕРОЯТНЫЙ) ИЭ	
Признаки не такие полные, как при доказанном ИЭ, но без критериев, позволяющих исключить заболевание. * Зеленышый стрептококк, <i>Str.bovis</i> , НАСЕК-группа: <i>hemophilus spp.</i> , <i>anetobacillus ac.</i> , <i>cardiobacterium.</i> , <i>eikenella spp.</i> , <i>kingeii kingae</i> , а также внебольничные штаммы золотистого стафилококка и энтерококка при отсутствии гнойного очага.	
ИСКЛЮЧЕННЫЙ ИЭ:	
Очевидно другое заболевание, объясняющее симптомы, или исчезновение симптомов при лечении антибиотиками в течение 4 дней и быстрее, или Отсутствие патологоанатомических признаков ИЭ на секции либо при оперативном лечении после антибиотикотерапии в течение 4 дней или менее.	

Примечание: по DUKE-критериям, ИЭ считается доказанным, если представлены 2 больших критерия, 1 большой и 3 малых или 5 малых критериев. Многочисленными

работами подтверждена высокая эффективность DUKE-критериев (63-81%). Начало болезни может протекать под различными клиническими масками, обусловленными преимущественной органной патологией - "острый живот", инсульт, мочекаменная болезнь, ревматизм, туберкулез, гематологические "маски" и др. Важно обращать внимание на отсутствие эффекта от обычных доз антибактериальных препаратов и

V. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ (классификации, противопоказания, побочные свойства). РЕЦЕПТУРА

КАРДИОЛОГИЯ.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

<i>Группы препаратов:</i>	<i>Клинические примеры:</i>
I. Диуретики:	гипотиазид, индапамид (арифон, андап)
II. Бета-адреноблокаторы	пропранолол, атенолол, метопролол
III. Антагонисты кальция	
Дигидропиридиновые	нифедипин, амлодипин (норваск)
Бензодиазепины	дилтиазем
Фенилалкиламинны	вераламил
IV. Ингибиторы ангиотензин-конвертирующего фермента	каптоприл, эналаприл, периндоприл,
V. Блокаторы рецепторов 1-го типа	лозартан (козаар), ирбесартан (апровель), валсартам (диован)
VI. Альфа-адреноблокаторы	празозин, теразозин, доксазозин.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ИБС	Бета-блокаторы, антагонисты кальция, ИАПФ
Систолическая/Диастолическая дисфункция	Диуретики, бета-блокаторы, ИАПФ, ингибиторы АРА II
Сахарный диабет	Ингибиторы АПФ/АРА II, антагонисты кальция, тиазидоподобные диуретики
Почечная недостаточность	Петлевые диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ/АРА II
Бронхиальная астма, ХОБЛ	Ингибиторы АРА II, антагонисты кальция, диуретики

β – адреноблокаторы.

Классификация бета-адреноблокаторов

- I. Неселективные:
 - I. 1. Без внутренней симпатомиметической активности (ВСА): пропранолол, надолол, соталол.
 - I. 2. С ВСА: пиндолол, тразикор
 - I. 3. С вазодилатирующей активностью (ВДА): карведилол, лабетолол
- II. Селективные:
 - II. 1. Без ВСА: атенолол, бисопролол, нетопролол

II. 2. С ВСА: ацебутолол

II. 3. С ВДА: небиволол

Абсолютные противопоказания.

1. Бронхиальная астма и тяжелая обструктивная дыхательная недостаточность.
2. Синдром слабости синусового узла.
3. Атриовентрикулярная блокада II, III ст.
4. Брадикардии (менее 50 в/)
5. Артериальная гипотензия (АД 100 мм.рт.ст. и ниже)

Относительные противопоказания.

1. Перемежающаяся хромота
2. Инсулинзависимый сахарный диабет
3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Побочные эффекты:

- Бронхоспазм
- Синусовая брадикардия
- Сердечная недостаточность
- Блокада сердца
- Похолодание нижних конечностей
- Головокружения
- Нарушения сна
- Усиление моторики ЖКТ
- Половые дисфункции
- Гипогликемия, гипергликемия
- Дислипидемия, гиперурикемия
- Синдром отмены: тахикардия, аритмия, ↑ АД, обострение стенокардии и даже внезапная сердечная смерть.

Propranolol (Anaprilin, Obsidan) таб. 0.01; 0.04

Rp.: Tab. Anaprilini 0.04

D.t.d. №50

S. Принимать по 1 таб. 3 раза в день

Nadolol (Corgard) таб. 0.02; 0.04; 0.08; 0.12; 0.16;

Rp.: Tab. Corgardi 0.04

D.t.d. №50

S. Принимать по 1 таб. 1 раз в день, затем увеличивать каждые 3-7 дней на 1 таб. до 6-8 таб. В сутки в 1-2 приема

Sotalolum (Sotalex) таб. 0.04

Rp.: Tab. Sotaloli 0.04

D.t.d. №50

S. Принимать по 2 таб. 1 раз в день

Oxprenolol (Trasicor) таб. 0.02

Rp.: Tab. Trasicori 0.02

D.t.d. №50

S. Принимать по 1 таб. 3 раза в день каждые 3-5 дней увеличивать по 1 таб. до 4 таб. 3-4 раза в день

Atenolol (Tenormin) таб. 0.05; 0.1

Rp.: Tab. Atenoloti 0.05

D.t.d. №50

S. Принимать по 1 таб. 1 раз в день с послед. увеличением до 4 таб. В 2 приема

Metoprolol (Betaloc; Vasocardin, Corvitol, Spesicor) таб. 0.05; 0.1

Rp.: Tab. Metoprololi 0.05

D.t.d. №50

S. Принимать по 1 таб. 3 раза в день с увеличением на 1 таб. В 3 дня до 4-6 таб. В 2-3 приема.

Bisoprolol (Concor) таб. 0.0025

Rp.: Tab. Bisoprololi 0.0025

D.t.d. №50

S. Принимать по 1 таб. 1-2 раза в день с последующим увеличением до 1 таб. в 3 дня до 4-8 таб. В 1-2 приема

Carvedilol (Dilatrend) таб. 0.0125; 0.025

Rp.: Tab. Carvedilol 0.025

D.t.d. № 20

S. Принимать по 1/2 таб. 2 раза в день.

Nebivolol (Nebilet) таб. 0.005

Rp.: Tab. Nebivololi 0.005

D.t.d. №20

S. Принимать по 1 таб. 1 раз в день под контролем АД и ЧСС.

α – адреноблокаторы.

Классификация по селективности.

1. Селективные (празозин, доксазозин).
2. Неселективные (фентоламин, пропарен).

По длительности действия.

1. Короткого действия (празозин).
2. Длительного действия (доксазозин).

Противопоказания:

1. артериальная гипотензия.
2. ортостатическая гипотензия.
3. СН.

Побочные эффекты:

Головокружение, сердцебиение, отеки, ортостатическая артериальная гипотония

Prazosin (Minipress) таб. 0.001; 0.002; 0.005

Rp.: Tab. Bisoprololi 0.001

D.t.d. №50

S. Принимать по 1/2 таб. 2 раза в день с последующим увеличением до 4-6 таб. В 2-3 приема

Doxazosin (Cardura, Kamiren, Tonocardin). таб. 0.001; 0.002; 0.004, 0.008.

Rp.: Tab. Bisoprololi 0.001

D.t.d. №50

S. Принимать по 1/2 таб. 2 раза в день с последующим увеличением дозы.

Bellaspon драже №30

Rp.: Dr. Bellasponi № 30

D.S. Принимать по 1 драже 3 раза в день после еды с возможным увеличением до 6 драже в 3 приема

Bellataminali № 50

Rp.: Tab. Bellasponi № 30

D.S. Принимать по 1 таб. 2-3 раза в день после еды.

Блокаторы Ca²⁺ - каналов. Классификация.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ

Группы	I поколение	II поколение		III поколение
		II а	II б	
Дигидроперидины	Нифедипин	Адалат SL	Исрадипин	Амлодипин
Бензодиазепины	Дилтиазем	Дилтиазем SR	Клентиазем	
Фенилалкиламины	Верапамил	Изоптин SR	Анипамид	

Побочные эффекты:

- вазодилатация, характеризующаяся головной болью, покраснением кожи лица, сердцебиением, периферическим отеками (нифедипин).
- отрицательное инотропное действие, усугубление сердечной недостаточности.
- нарушение АВ – проводимости (верапамил, дилтиазем).
- диспепсические расстройства в виде тошноты, запоров, диареи.
- метаболические нарушения.

Противопоказания.

- АВ блокада II – III степени (верапамил).
- сердечная недостаточность.

Verapamil (Isoptin, Finoptin). таб. 0.04; 0.08,0.012; 0.024, амп.2мл – 0.25%

Rp.: Tab. Verapamili 0.04

D.t.d. №50

S. Принимать по 2 таб. 3 раза в сутки.

Nifedipin (Adalat, Corinfar). таб. 0.005; 0.01. капс.0.01; 0.02.

Rp.: Tab. Corinfari 0.01

D.t.d. №50

S. Принимать по 1 таб. 3 раза в день.

Diltem (Diltiazem, Cardil). таб. 0.06; 0.09; 0.12; 0.18.

Rp.: Tab. Dilzemi 0.06

D.t.d. №100

S. Принимать по 1 таб. 3 раза в сутки.

Cinnarizin (Stugeronum). таб. 0.025; 0.075.

Rp.: Tab. Cinnarizini 0.025

D.t.d. №50

S. Принимать по 1 – 2 таб. 3 раза в день после еды.

Amlodipin (Norvask). таб. 5 и 10мг.

Rp.: Tab. Norvaski 0.01

D.t.d. №100

S. Принимать по 1 таб. 1 раза в день.

Adalat SZ. таб. 0.02.

Rp.: Tab. “Adalat SZ”. 0.02

D.t.d. №40

S. Принимать по 1 таб. 1 – 2 раза в сутки после еды, не разжевывая.

Стимуляторы α_2 – адренорецепторов.

Наемитон (Clonphelinum). таб. 0.075; 0.3, амп. 0.01%. – 1мл

Rp.: Tab. Наемитони 0.075

D.t.d. №50

S. Принимать по 1/2 таб. 2 раза в сутки.

Периферические вазодилататоры.

Противопоказания к назначению.

- артериальная гипертензия.
- коллапс, шок.
- острый инфаркт миокарда с артериальной гипотензией.
- геморрагический инсульт.
- черепно-мозговая травма.
- закрыто – угольная глаукома.
- повышенная чувствительность к нитратам.

Побочные эффекты.

- головная боль.
- головокружения.
- тошнота.
- преходящая гиперемия лица.
- тахикардия.
- снижение АД.
- сонливой.

Nitroglycerin (Perlinganit). капс., таб. 0.0005, амп. 0,1% - 10мл., фл. 10мл
(для р/о применения)

Rp.: Caps. Nitroglycerini 0.0005

D.t.d. №50

S. Принимать по 1 таб. под язык при болях в сердце.

Issosorbide dinitrate (Isomak, Isoket, Nitrosorbid). таб. 0.01; 0.02, амп. 0.1% – 1мл

Rp.: Sol. Isoketi 0.1% - 1ml.

D.t.d. №3 in amp.

S. Содержимое 1 амп. растворить в 500 мл изотонического раствора.

NaCl, в водить в/в кап. 7кап. В минуту с последующим увеличением по 7 кап. в минуту до обезболивания.

Issosorbide mononitrate (Monosan). таб. 0.02; 0.04.

Rp.: Tab. Monosani 0.02 №30.

D.S. По 1 таб. 4 раза в день.

Nanipruss (Sodium nitrosorbide). сухое вещество в амп. 30мг.

Rp.: Nanipruss 0.03

D.t.d. №5 in amp.

S. Развести в 100 мл 0.9% NaCl, в/в капельно в течение 50 мин.

Ингибиторы АПФ.

Классификация ингибиторов ангиотензин превращающего фермента.

Классификация.

Химическая.

1. Препараты, содержащие сульфгидрильную группу (каптоприл, зареноприл).
2. Препараты, содержащие карбоксильную группу (эналаприл, лизиноприл).
3. Препараты, содержащие фосфинильную группу (фозиноприл, церонаприл).
4. Препараты, содержащие гидроксаловую группу (индраприл).

Фармакокинетическая.

1. Липофильные препараты каптоприл, эналаприл.
2. Гидрофильные препараты лизиноприл, церонаприл.

По продолжительности действия.

1. Короткодействующие каптоприл, метиоприл.
2. Средней продолжительности эналаприл, зафеноприл.
3. Длительного действия периндоприл, рамиприл.

Показания.

1. АГ в сочетании ГЛЖ.
2. Перенесенной инфаркт миокарда.
3. Сердечная недостаточность при гипергликемии, гипертрикемии, гиперлипидемии.

Противопоказания.

- беременность и лактация.
- гиперкалиемия (боле 5,5 ммоль/л).
- двухсторонний стеноз почечных артерий
- ХПН (боле 300мкмоль/л).

- гиперчувствительность – артериальная гипотония.
- аортальный стеноз.

Побочные эффекты:

Артериальная гипотензия при приеме больших доз, усугублению почечной недостаточности, гиперкалиемия, сухой кашель, неврологические расстройства.

Captopril (Capoten, Tensiomin) таб. 0.0125; 0.025; 0.05; 0.1.

Рр.: Tab. Captoprili 0.05 №50.

D.S. По 1 таб. 3 раза в день 1 час до еды.

Enalapril (Enam) таб. 0.0025; 0.005; 0.01; 0.02 амп. 1мл-25мг.

Рр.: Tab. Enami 0.005 №50.

D.S. По 0.5 таб. 2 раза в день.

Lisinopril (Diroton). Таб. 2; 5; 10; 20мг.

Рр.: Tab. Lisinoprili 0.005

D.t.d. №10

S. Принимать по 1 таб. 1 раза в день.

Fosinopril (Monopril). Таб. 10мг.

Рр.: Tab. Fosinoprili 0.01

D.t.d. №20

S. Принимать по 1 таб. 1 раза в день.

Berlipril (Enalaprili). Таб. 5; 10; 20мг.

Рр.: Tab. Berliprili 0.005

D.t.d. №20

S. Принимать по 1 таб. 2 раза в день.

Блокаторы рецепторов ангиотензина.

Классификация по химическому строению.

1. бифениптетразолиевые (лозартан)
2. небифениптетразолиевые (эпосартил, текмисартал)
3. негетероциклические (волсартан).

Противопоказания.

- беременность.
- гиперкалиемия.
- двухсторонний стеноз почечный артерий.

Lazortan (Cosaar). таб. 25; 50мг.

Рр.: Tab. Fosinoprili 0.01

D.t.d. №20

S. Принимать по 1 таб. 1 раза в день.

Cosaar (Lazortan). таб. 50мг.

Рр.: Tab. Lazortani 0.05 №50

D.S. Принимать по 1 таб. 1 раза в сутки.

Побочные эффекты:

Головная боль, головокружения, тошнота, снижение аппетита, утомляемость, кашель.

ДИУРЕТИКИ

Тиазиды и тиазидоподобные	Петлевые	Калийсберегающие
Гидрохлортиазид, хлорталидон, индапамин, клопамид	Фуросемид, буметанид, пиретанид	Спиронолактон, триамтерен, амилорид

Противопоказания:

- тяжелые формы подагры и сахарного диабета (тиазидовые диуретики)
- петлевые – при аллергии на сульфаниламиды
- калий сберегающие при ХПН, гиперкалиемия, ацидоз.

При одновременном назначении ИАПФ калийсбер. диуретики допустимы в небольших дозах.

Побочные эффекты:

Головная боль, головокружения, метабол. нарушения, гиперурикемия, гипергликемия: эндокринные нарушения (верошпирон).

Петлевые диуретики.

Furosemidum (Lasix) – таб. 0.04, 0.02, амп. 1%-2 мл

Rp: Tab. Lasici 0.04 №.20

D.S. По 1 таб. 1 раз в сутки натощак через день.

Uregit (Ac. Etacrinicum) таб. 0.05, амп. 0.5% - 10 мл

Rp: Tab. Urediti 0.05 №.50

D.S. По 1 таб. натощак утром через день.

Тиазидовые.

Hidrochlorthyazidum (Hypothyazid) таб. 0.025; 0.1

Rp: Tab. Hypothyazidi 0.1 №.50

D.S. По 1 таб. ежедневно утром.

Indapamide (Arifon) таб. 0.0025

Rp: Tab. Arifoni 0.0025 №.20

D.S. По 1 таб. 1-3 раз в сутки.

К - сберегающие.

Spiro nolactonum таб. 0.025, 0.05, 0.1

Rp: Tab. Spiro nolactoni 0.05 №.50

D.S. По 1 таб. 1 раз в сутки.

Ингибиторы карбоангидразы.

Diacarb (Diamax) таб. 0.15, 0.25, капс. 0.5, фл. 0.5 (сухое вещество)

Rp.: Diamaci 0.5

D.t.d. №10

S. развести содержимое флакона в 5 мл дистиллированной воды, вводить в/м ежедневно.

Комбинированные препараты.

Triampur compositum (Триамтерен + гипотиазид)

Rp: Tab. «Triampur compositum» №.20

D.S. По 2 таб. утром и днем.

Сердечные гликозиды.

Digoxinum (Lanicor) таб. 0.00025, амп. 0.25%-1;2 мл

Rp: Tab. Digoxini 0.00025 №.50

D.S. По 1 таб. в сутки в течение 7-10 дней.

Strophanthinum K амп. 0.05%-1 мл

Rp.: Sol. Strophanthini 0.05%-1 мл

D.t.d. №10 in amp.

S. По 0.5 мл в/в 1 раз в день.

Corglyconum амп. 0.06%-1 мл

Rp.: Sol. Corglyconi 0.06%-1 мл

D.t.d. №10 in amp.

S. По 1 мл в/в медленно.

Celanidum (Isolanidum) таб. 0.00025, амп. 0.2%-2 мл, фл. 0.05%-10мл.

Rp: Tab. Isolanidi 0.00025 №.50

D.S. По 1 таб. 2-4 раза в день.

Вазопрессоры.

Adrenalini hydrochloridum амп. 0.1%-1мл; фл. 0.1%-10мл.

Rp.: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0.1%-1мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. Вводить п/к 0.3-0.5 мл.

Noradrenalini hydrotartras амп. 0.2%-1мл.

Rp.: Sol. Noradrenalini hydrotartratis 0.2%-1мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. Вводить в/в капельно, разведя 2-4мл в растворе 5%-1000мл глюкозы.

Mesaton

Rp.: Sol. Mesatoni 1%-1мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. Вводить в/в капельно (1мл на 100мл 5% глюкозы).

Dopamin

Rp.: Sol. Dopamini 4%-5мл.
D.t.d. №10 in amp.
S. Вводить в/в капельно 20 кап. в мин.
(4 амп. на 500мл 5% глюкозы).

**Антиаритмические препараты.
Классификация антиаритмических препаратов.
(по Williams E.M., Singh B.N., Harrison D.)**

Класс по механизму действия и электрофизиологическим особенностям	Препараты:
Класс I: блокаторы натриевых каналов	
IA:	хинидин, новокаинамид, дизопирамид
IB:	Местные анестетики (лидокаин, мексилетин, токаинид)
IC:	а также дифенин флекаинид, энкаинид, этмозин, этализин, пропифенон
Класс II: блокаторы бета-адренорецепторов	пропранолол, надолол, метопролол, атенолол
Класс III: препараты, влияющие на реполяризацию	амиодарон (кордарон, амиокардин), бретилия тозилат, соталол
Класс IV: блокаторы кальциевых каналов	Верапамил, дилтиазем

Novocainamidum таб. 0.25, амп. 10%-5мл, фл. 10%-10мл.

Rp.: Sol. Novocainamidi 10%-5мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. Содержимое 1-2 амп. вводить в/в капельно, растворит в 0.9%-100мл.

Chinidini sulfas таб.0.1.

Rp.: Tab. Chinidini sulfatis 0.1 №10

D.S. По 1таб. 2 раза в сутки.

Lidokainum амп. 2%-2мл, 10мл, 10%-2мл.

Rp.: Sol. Lidokaini 2%-2мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. По 4мл вводить в/в струйно, затем капельно.

Allapininum таб. 0.025.

Rp.: Tab. Allapinini 0.025 №20

D.S. По 1таб. 3 раза в день до еды.

Aethacizinum таб. 0.05 в оболочке

Rp.: Tab. Aethacizini 0.05 №20

S. По 1таб. 3 раза в день до еды.

Cordaron таб. 0.2, амп. 5%-3мл.

Rp.: Sol. Cordaroni 5%-3мл.

D.t.d. №10 in amp.

S. По 1амп. в/в 2 раза в сутки.

Препараты калия.

Panaginum драже №50; амп. 10мл. №10

Rp.: Dr. Panagini №50

D.S. 2-3 раза в сутки по 1 драже.

Kalii chloridum порошок, амп. 4%-5мл.

Rp.: Kalii chloridi 1.0

D.t.d. №10

S. по 1 порошку 2 раза в день.

Средства, улучшающие микроциркуляцию.

Predictal таб. 0.02

Rp.: Tab. Predictali 0.02 №10

D.S. по 1таб. 2-3 раза в сутки во время еды.

Agapurin 0.1 №20

Rp.: Dr. Agapurini 0.1 №20

D.S. по 2 драже 3 раза в сутки.

Trental драже 0.1, 0.4, амп. 2%-5мл

Rp.: Dr. Trentali 0.4 №20

D.S. о ½ драже 3 раза в сутки.

РЕВМАТОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ.

Противовоспалительные препараты.

Кортикостероидные гормоны.

Prednisolonum (Urbason) таб. 0.005, амп. 1мл-30мг.

Rp.: Tab. Prednisoloni 0.005 №30

D.S. по 4таб. в день (2-в 8⁰⁰, 1-10⁰⁰, 1-12⁰⁰), с последующим снижением.

Kenalog-40 амп. 1мл-40мг.

Rp.: Sol. Kenalog-40 4%-1мл.
 D.t.d. №5 in amp.
 S. вводить в/м 1амп. утром.

Hydrokortison фл. 5мл-12.5%

Rp.: Sol. Hydrokortisoni 12.5%-5мл.
 D.t.d. №5 in amp.
 S. вводить периартикулярно 5мл 1 раза в сутки.

**Нестероидные противовоспалительные препараты.
 Классификация НПВС.**

Карбоновые кислоты				Энолиновые кислоты		Коксибы	Производные химических соединений
Производные салициловой кислоты	Производные уксусной кислоты	Производные пропионовой кислоты	Производные никотиновой кислоты	Пирозолонны	Оксикамы		
Ацетилсалициловая кислота Салициламид	Ацеклофенак Диклофенак Индометацин Кеторолак	Ибупрофен Флурбипрофен Напроксен Кетопрофен	Нифлумовая кислота	Метамизол натрия Фенилбутазон	Лорноксикам Приоксикам теносикам Мелоксикам	Целекоксиб Рофекоксиб	Набуметон Нимесулид

Неселективные ингибиторы ЦОГ	Селективные ингибиторы ЦОГ 1	Селективные ингибиторы ЦОГ 2
Большинство НПВС	Ацетил салициловая кислота в малых дозах	Целекоксиб Рофекоксиб Мелоксикам Нимесулид

Acidum acethylsalicilicum таб. 0.5,0.25

Rp.: Tab. Acidum acethylsalicilici 0.5 №10
 D.S. по ¼ таб. на ночь.

Indomethacin таб. в оболочке 0.025, др., капс. 0.025

Rp.: Tab. Indomethacini 0.025 №30
 D.S. по 1таб. 3 раза в сутки после еды, запивая молоком.

Voltaren таб. в оболочке 0.025, 0.05, 0.075, свечи рект. 0.025, 0.05, 0.1 амп. 2.5%-3мл

Rp.: Tab. Voltareni 0.05 №10
 D.S. по 1таб. 3 раза в день после еды.

Ibuprofenum (Brufenum) таб. 0.2

Rp.: Tab. Ibuprofenum 0.2 №10

D.S. по 1таб. 3 раза в день после еды.

Naproxen таб. 0.25, 0.5

Rp.: Naproxeni 0.5 № 10

D.S. по 1таб. 3 раза в день после еды.

Movalis таб. 7.5мг, 15мг, свечи рект. 15мг

Rp.: Suppos. Rektale cum Movale 0.015

D.t.d. №10

S. по 1 свече на ночь ежедневно.

Piroxicam капс. 0.01, 0.02

Rp.: Caps. Piroxicami 0.01

D.t.d. №10

S. по 1капс. 2раза в день после еды.

В. Препараты золота.

Rp.: Susp.**Crisanolini** 5%-2мл

D.t.d. №8

S. вводить по 2мл в/м каждые 2 недели в течение 3-4мес.

Г. Производные аминохинолинов.

Placvenilum таб. 0.2

Rp.: Tab. Placvenili 0.2 №50

D.S. по 1таб. в сутки.

Rp.: **Delagili** 0.25 №50

D.S. по 1таб. в сутки.

Антибиотики.

Классификация антибиотиков

I. Пенициллины

1. Природные: 1.1. парентеральные: бензилпеницилина калиевая соль, бензатина бензилпенициллин (экстенциллин), бициллин-3,5.

1.2. пероральные: феноксиметилпенициллин.

2. Полусинтетические: 2.1. метициллин, оксациллин.

2.2. аминопенициллины: ампициллин, амоксициллин.

2.3. карбоксипенициллины: карбенициллин, тикарциллин.

2.4. уреидопенициллины: азлоциллин, мезлоциллин, пиперациллин.

II. Цефалоспорины (ЦФ):

1. ЦФ первого поколения: 1.1. Парентеральные: цефалотин (кефлин), цефалозин (кефзол), тотациф, цефамезин.

1.2. оральные: цефалексин (сукцил), цефадроксил.

2. ЦФ второго поколения: 2.1. парентеральные: цефуросим натрия (зинацеф, кетоцеф), цефамadol (мандол), цефокситин.

2.2. пероральные: цефуроксима аксетил (зиннат),
цефаклор (цеклор).

3. ЦФ третьего поколения: 3.1. цефатаксим (клафоран, лифоран, тарцефоксим),
цефтриаксон (лендацин, лонгацеф, роцефин, лифаксон),
цефодизим (модимид), цефтадизин (фортум, тазицеф,
цефтидин).

3.2 пероральные: цефиксим (цефспан), цефпадоксим
(орелокс).

4. ЦФ четвертого поколения: 4.1. парентеральные: цефпирам, цефипим.

III. Аминогликозиды:

Стрептомицин – 1 поколение, гентамицин – 2 поколение, амикацин, нетиламицин
(нетромицин) -3 –е поколение, торбамицин.

IV. Амфениколы

Хлорамфеникол (левомицетин).

V. Ансамицины: рифампицин.

VI. Гликопептиды: ванкомицин, капреомицин, тейколанин.

VII. Карбапенемы: меропенем, имипенем.

VIII. Линкозамиды: клиндамицин, линкомицин.

IX. Макролиды и азалиды

Эритромицин, азитромицин (сумамед), кларитромицин (клацид), рокситромицин
(рулид), мидекамицин (макропен), спирамицин (ровамицин).

X. Тетрациклины: доксациклин, метациклин.

XI. Хинолоновые

Ципрофлоксацин (ципринол, ципробай, ципролет), офлоксацин (таривид),
пемфлоксацин (абактал), норфлоксацин (нолицин), максаквин.

XII. Монобактамы: азтреонам.

XIII. Ингибиторы в-лактамаз: сульбактам, клавулоновая кислота, амоксиклав,
аугментин.

Benzylpenicillinum сухое вещество во флак. 500 000 ЕД., 1 000 000 ЕД.

Rp.: Benzylpenicillini 1 000 000 ЕД.

D.t.d. №28

S. В/м по 1 000 000 ЕД. кажд. 6ч ежедневно, разводить 0.5% р-ром новокаина.

Ampicillinum капс. 0.2; 0.25.

Rp.: Caps. Ampicillini 0.5

D.t.d. №20

S. по 1 капс. 4 раза в день.

Rp.: Caps. **Ampioxi** №20

D.S. по 2 капс. 3 раза в день.

Amoxiclav таб. №15, сухое вещество во флаконе для инъек. 100 мл(в/в кап.), сух.
вещество для приготовления в/в

Rp.: Tab. Amoxiclavi №15

D.S. по 1 таб. 3 раза в день.

Cefzol сухое вещество во флаконах 0.5, 1.0 (в 10 мл)

Rp.: Cefzoli 1.0

D.t.d. №. 10

S. содержимое фл. растворить в 10 мл 0.9% NaCl, в/м 2 р/д.

Claforan 1.0 сухое вещество во флаконах

Rp.: Claforani 1.0

D.t.d. №.10

S. содержимое фл. растворить в 4 мл 0.9% NaCl, в/м 2 р/д

Abactal таб. 0.4, амп. 8% - 5мл

Rp.: Sol. Abactali 8%-5мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. содержимое амп. развести в 250 мл 5% раствора глюкозы, в/в капельно 2 раза в сутки.

Tarivid таб. в оболочке 0.2, р-р 0.2%-100мг

Rp.: Tab. Tarividi 0.2 №.20

D.S. по 2 таб. утром.

Gentamycin амп. 1%, 2%, 4%, 6%-2 мл; 1мл; фл. 4%-15.0, глаз. Капли 0.3 %-10мл.

Rp.: Sol. Gentamycini

D.t.d. №.30 in amp.

S. по 2 мл в/в 3 раза в сутки.

Levomycetinum таб. в оболочке, капс. 0.25, 0.5, 0.65

Rp.: Tab. Levomycetini 0.25 №.20

D.S. по таб. 2 раза в день.

Rp.: Sol. **Canamycini** 5%-10мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. по 10 мл в/в 2 раза в сутки.

Metacyclini hydrochloridum капс. 0,3

Rp.: Caps. Metacyclini hydrochloride 0,3 №.30

D.S. по 1 капс. 3 раза в день.

Doxycycline капс. 0.05, 0.1, 0.2, сухое вещество во флаконах 0.1 0.2 (для инъек.)

Rp.: Caps. Doxycyclini 0,1 №.20

D.S. по 1 капс. 2 раза в день.

Erythromycinum таб. в оболочке 0.25, 0.5, 0.05, 0.1, 0.2

Rp.: Tab. Erythromycini 0.5 №.20

D.S. по 1 таб. 2 раза в день.

Riphampicin (Rimactane) капс. 0.15, 0.3

Rp.: Caps. Rimactani 0,3 №.30

D.S. по 1 капс. 3 раза в день.

Lincocin (Lincomycinum) капс. 0.5, фл. 30%-2 мл

Rp.: Sol. Lincocini 30%-2 мл

D.t.d. №.30

S. по мл в/м 3 раза в сутки.

Nystatinum таб. В оболочке 250 000 ЕД, 500 000 ЕД, вагинальные свечи 250 000 ЕД, 500 000 ЕД, мазь 15.0 по 50 000, 350 000, 100 000 в 1 гр.

Rp.: Tab. Nystatini 500 000 ED №.30

D.S. по 1 таб. 2 раза в сутки.

Trichopol таб. 0.25

Rp.: Tab. Trichopoli 0.25 №.30

D.S. по 1 таб. 3 раза в день.

Сульфаниламиды.

Sulfadimetoxinum таб. 0.2, 0.5

Rp.: Tab. Sulfadimetoxinumi 0.2 №.20

D.S. по 1 таб. 2 раза в день.

Biseptol -480 таб. № 20; амп. 5 мл

Rp.: Sol. Biseptoli -480 -5 ml

D.t.d. №.20 in amp.

S. по 10 мл в/в капельно 2 раза в сутки.

Уросептики.

Nitroxolinum (5-NOK)

Rp.: Tab. Nitroxolini 0.05 №.20

D.S. по 2 таб. 2 раза в сутки.

Nevigramon капс. 0.5

Rp.: Caps. Nevigramoni 0,5 №.20

D.S. по 1 капс. 2 раза в день

S. по 1 капс. 2 раза в день.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ.

Брохолитики, В2-адреномиметики.

Salbutamol таб. 0.002, 0.004, 400 доз

Rp.: Tab. Salbutamoli 0.004 №.20

D.S. по 1 таб. 2 раза в день

Berotec 200 доз, порошок в капс. для ингал. №.50

Rp.: «Berotec» 200 доз

D.S. дозированный аэрозоль, по 1-2 вдоха 2-3 раза в день.

Ингибиторы фосфодиэстеразы.

Euphyllinum таб. в оболочке 0.015, 0.24, 0.025, амп. 2.4%-10 мл, 24%-1 мл

Rp.: Tab. Euphyllini 0.024 №.30

D.S. по 1 таб. утром и вечером после еды.

Teofillinum капс. 0.2, 0.35, 0.5

Rp.: Caps. Teofilini 0.5

D.t.d. №.40

S. по 1 капс. 2 раза в день после еды.

Teophedrinum таб №.10

Rp.: Tab. Teophedrini №10

S. по 1 таб. 2 раза в день после еды.

Блокаторы М-холинорецепторов.

Atrovent 300 доз (15 мл), порошок для ингал. в капс. №100

Rp.: «Atrovent» – 15 мл

D.S. дозированный аэрозоль, по 1-2 вдоха 3-4 раза в день.

Комбинированные препараты.

Berodual 300 доз, раствор для ингал. 20 мл

Rp.: Berodual – 300 доз

D.S. дозированный аэрозоль, по 1-2 вдоха 3-4 раза в день.

Broncholytin сироп 125 мл

Rp.: Siropi Broncholytini – 125 мл

D.S. по 1 стол. Ложке 3-4 раза в сутки.

Solutanum капли внутрь 50 мл

Rp.: Sol. Solutani -50 мл

D.S. по 10-30 кап. 2-4 раза в сутки после еды.

Муколитики и отхаркивающие л/с.

Bromhexinum таб. 0.004, 0.008, 0.016, сироп 100 мл, драже 0.004, 0.012

Rp.: Tab. Bromhexini 0.008 №.20

D.S. по 1 таб. 3 раза в день после еды.

Rp.: Tab. **Ambrosani** 0.03 №.20

D.S. по 1 таб. 3 раза в день после еды.

Противокашлевые средства.

Tusuprex таб. в оболочке 0.01, 0.02

Rp.: Tab. Tusuprexi 0.02 №.20

D.S. по 1 таб. 3 раза в день после еды.

Rp.: Tab. **Libexini** 0.1 20
D.S. по 1 таб. 3 раза в день после еды.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ. **Блокаторы H2-рецепторов.**

Ranitidin таб. 0.15, 0.3, амп. 2.5%-2мл
Rp.: Tab. Ranitidini 0.15 №.50
D.S. по 1 таб. 2 раза в день (4-8 недель).

Famotidin (Ulfamed, Famosan) таб. 0.02, 0.04
Rp.; Tab. Famotidini 0.02 №.50
D.S. по 1 таб. 2 раза в день (4-8 недель).

Блокаторы М-холинорецепторов.

Gastrozepin таб. 0.025, 0.05, амп. 50 мг сухого вещества для инъекций.
Rp.: Tab. Gastrozepini 0.05 №.50
D.S. по 1 таб. 2 раза в день.

Atropini sulfas таб. 0.0005, амп. и шприц-тюбик 0.1%-1 мл, глаз. мазь 1%, глаз. пленки.
Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0.1%-1 мл
D.t.d. 10 in amp.
S. Вводить п/к по 1 мл 2 р/с.

«**Almagel**» сусп. 170 мл и 200 мл
Rp.: Susp. «Almagel» 170 мл
D.S по 2 чайной ложке за 30 минут до еды и перед сном.

Maalox таб. № 40, сусп. 250 мл, сусп. 15 мл в пакетах №.30
Rp.: Tab. Maaloxi №.40
D.S. по 1 таб. За 1-1.5 часа до еды, разжевать.

De-Nol таб. 0.12
Rp.: Tab. «De-Nol» 0.12 №.50
D.S. по 1 таб. За 30 мин. до еды и перед сном в течение 4-6 недель.

Ферментные препараты.

Mesim forte (Pancreatin) таб. в оболочке № 20
Rp.: Tab. «Mesim forte» in idb. №.20
D.S. по 2 таб. перед едой.

Festal драже в оболочке №.20
Rp.: Dr. «Festal» №.20
D.S. по 1 драже во время или после еды.

Panzinorm forte драже в оболочке №.30

Rp.: Dr. «Panzinorm forte» №.30

D.S. по 1 драже 3 раза в день во время еды, проглотить целиком с небольшим количеством воды.

Блокаторы допамина.

Cerucal таб. 0.01, амп. 0.5%-2 мл

Rp.: Tab. Cerucali 0.01 №.30

D.S. по 1 таб. 3-4 раза в день.

Средства, воздействующие на кишечник.

Bisacodylum таб. в оболочке, драже 0.005, свечи рект. 0.01

Rp.: Tab. Bisacodyli 0.005 №.10

D.S. по 2 таб. на ночь за 30 мин. До еды.

Linex капс. №16

Rp.: Caps. «Linex» №.16

D.S. по 2 капс. 3 раза в сутки.

Imodium капс. 0.002, раствор для приема внутрь 0.02%-100мл

Rp.: Caps. Imodii 0.002 №.20

D.S. по 2 капс. В сутки, с послед. Увеличением.

Intetrix капс. №.20

Rp.: Caps. «Intetrix» №.20

D.S. по 2 капс. 2 раза в сутки.

Sulfasalasin таб. 0.5 №..50

Rp.: Tab. Sulfasalasini 0.5 №.50

D.S. по 3-4 таб. 4 раза в день (начальная доза 1 таб. 1 раз в сутки).

Желчегонные средства.

Allocholium таб. в оболочке №.24, 50

Rp.: Tab. Allocholium №.50

D.S. по 2 таб. После еды 1-3 раза в сутки, в течение 2-3 мес.

Cholenzymum таб. в обол. №50

Rp.: Tab. Cholenzymi №.50

D.S. по 1 таб. После еды 1-3 раза в сутки.

Гепатопротекторы.

Essentiale капс. № 50; амп. 5 мл №.5

Rp.: Sol. Essentiale 5 мл

D.t.d. №.5 in amp.

S. содержимое 2 ампул в/в медленно, разведя кровью.

Carsil капс. 0.07; драже 0.035; сироп 100 мл -1%

Rp.: Caps. Carsili 0.07 №.80

D.S. по 1 капс. 3 раза в сутки (3 мес).

Liv-52 таб. № 100; капли внутрь 60, 120 мл

Rp.: Tab. «Liv-52» №.100

D.S. по 2-3 таб. 3-4 раза в день.

Ингибиторы H⁺-K⁺-АТФ-азы.

Omeprazol (Omez, Omezol) капс. 0.02

Rp.: Caps. Omezoli 0.02 №.30

D.S. по 1 капс. в сутки в течении 2-4 недель.

Коррекция нарушений обмена. Антисклеротические средства.

Lovastatin (Mevacor) таб. 0.01, 0.02, 0.04

Rp.: Tab. Lovastatini 0,02 №30

D.S. по 1 таб. вечером после еды длительно.

Simvastatin (Zocor) таб. 0.005, 0.01, 0.02

Rp.: Tab. Simvastatini 0.005 №.20

D.S. по 2 таб. вечером после еды.

Allopurinolum таб. 0.1

Rp.: Tab. Allopurinoli 0.1 №.50

D.S. по 2 таб. в сутки длительно.

Rumalon амп. 1;2 мл №.25

Rp.: Sol. Rumaloni 2 мл

D.t.d. №.25 in amp.

S. глубоко в/м 2 мл 2 раза в нед, на курс 25 инъекций.

Retabolil 5%-1 мл масл. Раствор в амп.;

Rp.: Sol. Retabolili 5%-1 мл

D.t.d. №.5

S. нагреть до температуры тела; в/м глубоко 1 раз /неделю

Cocarboxilasa сухое в-во д/инъекций в амп. объемом 3 мл, в комплекте с растворителем 50 мг/амп.

Rp.: Cocarboxilasae 0,05

D.t.d. №10 in amp.

S. развести растворителем, в/в медл. Содержимое

Kalli orotat таб. 0,1; 0,5

Rp.: Tab. Kalli orotatis 0,1 №.10

D.S. по ½ таб. 3 раза в сутки за 30 мин. до еды.

(Natrii adenosintriphoshas) амп. 1%-1 мл

Rp.: Sol. Natrii adenosintriphoshas 1%-1мл

D.t.d. 10 in amp.

S.: ВВОДИТЬ в/в медл. В 10 мл 5% р-ра гл-зы.

Actovegin драже №50; амп. 2 мл №25; амп. 5 и 10 мл №5; фл. 10%-250 мл, гуль 20%-20 грамм, мазь 5%-20.0, гл. капли 20%-5.0

Rp.: Ung. Actovegini 5% -20.0

D.S. нанести тонким слоем на ожоговую поверхность.

Lidasum сухое в-во в амп. 5 мл 64 ЕД №.10

Rp.: Lidasi 64 ED №.10

D.S. развести в 5 мл 0.9% р-ра NaCl, использовать для ингаляций.

Magnii cutras (Magnesol) таб. 0.15

Rp.: Tab. Magnesoli 0.15 №.20

D.S. по 2 таб. 3 раза в сутки после еды.

ВИТАМИНЫ.

Piridoxini hydrochloridum (B6) таб. 0.002, 0.01, амп. 1%-1 мл 5%-1мл

Rp.: Sol. Piridoxini hydrochloridum 5% -1 мл

D.t.d. 10 in amp.

S. по 1 мл в/м через день.

Riboflavin таб. 0.002, 0.005, 0.01

Rp.: Tab. Riboflavini 0.002 №.30

D.S. по 1 таб. 2 раза в день.

Thiamini chloridum (B1) амп. 5%-1 мл

Rp.: Sol. Thiamini chloride 5%-1 мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. ВВОДИТЬ в/в 1 мл через день.

Acidum folicum таб. 0.001

Rp.: Tab. Acidum folici 0.001 №.50

D.S. пить по 1 таб. В сутки 3-4 недели.

Цуанособаламинум амп. 0.01%, 0.02%, 0.05%-1 мл

Rp.: Sol. Цуанособаламини 0.01%-1 мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. вводить содержимое 1 амп. в/м или использовать для параневральных блокад (развести в новокаине).

Acidum ascorbinicum (C) драже и таб. 0.05, 0.025, 2.5 амп. 10% 5%-1; 2 мл

Rp.: Sol. Acidum ascorbinici 5%-2 мл

D.t.d №.10 in amp.

S. вводить содержимое 1 амп. в/в, разведя в 40% 0-10 мл глюкозы.

Retinoli acetat (A) капс. 3300; 5000; 33000 МЕ №.25 амп. 1 мл масляного раствора 25000; 50000; 100000 МЕ.

Rp.: Caps. Retinoli acetates 5000 МЕ №.25

D.S. по 1 капс. в день.

Acidum nicotinicum (PP) таб. 0.05, амп. 1%-1 мл

Rp.: Tab. Acidum nicotinicum 0.05 №.20

D.S. по 1 таб. 3 раза в день.

ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ГЕМОСТАЗ.

Vicasolum таб. 0.015, амп. 1%-1 мл

Rp.: Sol. Vicasoli 1%-1 мл

D.t.d. №.10 in amp.

S. вводить содержимое 1-2 амп. 2-3 раза в день в/м.

Gordox амп. 10 100000 ЕД.

Rp.: Sol. Gordoxi 10ml №.25

D.t.d. №.25 in amp.

S. капс. 500.000 ЕД, затем каждый час по 50.000 ЕД.

Acidum aminocapronicum 5 -100 ml.

Rp.: Sol. Acidum aminocapronicum 5-100 ml.

D.t.d. №.1

S. Вводить по 100 мл в/в капельно.

Heparin фл. 5 мл (5000 ЕД в 1 мл)

Rp.: Heparini 5ml (5000 ED)

D.t.d. №.5

S. Вводить по 10.000 ЕД (2мл) п/к вокруг пупка 4 раза в сутки.

Syncumar таб. 0.002

Rp.: Tab. Syncumari 0.002 №.50

D.S. по 2 таб. 1 раза в день под контролем ПТИ.

Streptokinasa сухое вещество во флаконе 250.000; 750.000; 1.500.000 ЕД

Rp.: Streptokinasae 1.500.000 ED

D.t.d. №.1

S. Развести в 100 мл 0.9% р-ра NaCl, в/в капельно за 30-60 минут.

Actilise сухое вещество во флаконе + растворитель (0.02 + 50 мл)

Rp.: Actilise 0.02

D.S. вводить в/в болюс 10мг за 1-2 мин., затем развести до 0.02% раствора в дистиллированной воде остаток и вводить за 60 мин.

Curantyl драже и таб. в оболочке 0.025, 0.075

Rp.: Dr. Curantyl 0.075

D.t.d. №.30

S. по 1 таб. 3 раза в день.

АЛЛЕРГОЛОГИЯ.

Блокаторы H₂ - гистаминовых рецептов.

Dimedrolum птаб. 0.02, 0.05, амп. 1%-1 мл

Rp.: Sol. Dimedroli 1%-1ml

D.t.d. №.10 in amp.

S. по 2 мл в/м на ночь.

Tavegil таб. 0.001, амп. 0.1%-2 мл

Rp.: Tab. Tavegili 0.001 №.30

D.S. по 1 таб. 2 раза в день после еды.

Suprastin таб. 0.025, амп. 2%-1 мл

Rp.: Sol. Suprastini 2%-1 ml

D.t.d. №.10 in amp.

S. по 2 мл в/м на ночь.

Intal доз. Аэрозоль 200 доз, 112 доз, порошок для ингаляций в капсулах №.30, №.48, амп. 2 мл.

Rp.: Intali 200 доз.

D.S. по 1-2 вдоха 4 раза в сутки.

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ.

Interferonum leucociticum humanum siccum сухое вещество в амп. 1000 ME.

Rp.: Interferonum leucociticum humanum sicci 100 ME

D.t.d. №.10 in amp.

S. растворить в воде для инъекций. Капли в нос, по 2-3 капли каждые 6 часов.

VI ПЛАНЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНЫХ ПЛАН ЛАБОРАТОРНО – ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

I. Общеклинические:

1. Общий анализ крови (ОАК), Общий анализ мочи (ОАМ).
2. Анализ мокроты общий, +БК

3. Посев мокроты с определением чувствительности к антибиотикам.
 4. Биохимический анализ крови (БАК): Кислотно – щелочное состояние крови: газы артериальной крови (pO_2 , pCO_2); ферменты крови (АСТ, АЛТ); острофазовые воспалительные пробы.
 5. Исследование функции внешнего дыхания: спирография, пикфлоуметрия.
- II. Инструментальные методы исследования:
1. Рентгенологические исследования грудной клетки (графия, скопия, флюорография, томография, бронхография).
 2. Компьютерная томография.
 3. Плевральная пункция + исследование плевральной жидкости.
 4. Фибробронхоскопия + трахеобронхиальная биопсия легкого

ПЛАН ЛАБОРАТОРНО – ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

A. Больных ишемической болезнью сердца, кардиомиопатиями:

I. Общеклинические:

1. Определение пульсации и аускультация на артериях: лучевых, сонных, бедренных, подколенных, артериях стоп.
2. Определение границ сердца, аускультация.
3. Измерение АД на верхних и нижних конечностях.
4. Общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ).
5. Острофазовые воспалительные пробы, С- реактивный белок.

II. Биохимические исследования крови:

1. Ферментодиагностика: креатинфосфокиназа (КФК) МВ-фракция; лактатдегидрогеназа (ЛДГ), ЛДГ I и ЛДГ II; АСТ; миоглобин; тропонин I и T; АЛТ (при НК).
2. Сахар крови.
3. Коагулограмма, ВСК, исследование агрегации тромбоцитов и эритроцитов.
4. Исследование общего холестерина, холестерина ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов.
5. Определение билирубина, общего белка (при НК).
6. Определение мочевины и креатинина (при НК), мочевой кислоты крови.

III. Инструментальные исследования:

1. Рентгенологические: рентгенография и скопия грудной клетки в двух проекциях.
2. Электрокардиография (ЭКГ).
3. Эхокардиография (ЭхоКГ) и доплер – ЭхоКГ.

IV. Специальные исследования:

1. Холтеровское мониторирование ЭКГ.
2. Нагрузочные пробы: велоэргометрия, тредмил, чреспищеводная кардиостимуляция.
3. Сцинтиграфия миокарда (Т1, Тх).
4. Коронарография.
5. Фармакологические тесты: дипиридамоловая, добутаминовая, пробы с нитроглицерином, калием и БАБ.
6. КТ и ЯМР – исследования грудной клетки.
7. Аортография (при аневризме и коарктации аорты), рентгенконтрастное исследование сонных, почечных и бедренных артерий.

8. Биопсия миокарда (при подозрении на дилатационную кардиомиопатию).
Примечание: ВЭМ – велоэргометрия, ИФН – изометрическая физическая нагрузка, ЯМР – ядерно – магниторезонансное исследование; ЧПКС – чреспищеводная кардиостимуляция; ИМ – инфаркт миокарда.

Б. Больных артериальной гипертонией

I. Общеклинические:

1. Определение пульсации и аускультация на артериях: лучевых, сонных, бедренных, подколенных, артериях стоп.
2. Определение границ сердца, аускультация.
3. Измерение АД на верхних и нижних конечностях.
4. Общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ).
5. Проба Нечипоренко
6. Осмотр глазного дна.
7. Оценка неврологического статуса.
8. Контроль диуреза.

II. Биохимические исследования:

1. Сахар крови.
2. Коагулограмма, ВСК, агрегация тромбоцитов.
3. Исследование общего холестерина, холестерина ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов.
4. Определение мочевины и креатинина, мочевой кислоты крови.
5. Определение ренина, ангиотензина II и альдостерона плазмы крови.

III. Инструментальные исследования:

1. Рентгенологическое исследование сердца и легких (графия, скопия).
2. ЭКГ в 12 стандартных отведениях.
3. ЭхоКГ, доплер – ЭхоКГ.
4. УЗИ аорты, почечных артерий.
5. УЗИ почек.
6. Суточное мониторирование АД.
7. Проведение фармакологических тестов (капотеновая – при подозрении на двухсторонний стеноз почечных артерий).

IV. Специальные исследования:

1. Определение кислотности мочи (при подозрении на первичный альдостеронизм).
2. Определение адреналина, норадреналина (в крови, моче), вининилминдальной кислоты (мочи) при подозрении на феохромоцитому.
3. Определение кортизола, 17-ОКС в моче (при болезни Иценко-Кушинга), альдостерона.
4. КТ надпочечников.
5. Ангиография аорты (при аневризме и коарктации аорты), сосудов почек и надпочечников.
6. Экскреторная урография.
7. Радиоизотопная ренография.

В. Больных ревматизмом, миокардитами, пороками сердца, инфекционным эндокардитом:

I. Общеклинические:

1. Определение пульсации и аускультация на артериях: лучевых, сонных, бедренных, подколенных, артериях стоп.

2. Определение границ сердца.
 3. Общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ).
 4. 3х часовая термометрия (при остром миокардите и инфекционном эндокардите).
- II. Биохимические исследования:
1. Коагулограмма, ВСК, исследование агрегации тромбоцитов.
 2. Определение мочевины и креатинина.
 3. Определение общего белка, билирубина.
 4. Острофазовые пробы (ДФА, серомукоид, С - реактивный белок).
- III. Инструментальные исследования:
1. Рентгенологическое исследование сердца и легких (графия, скопия).
 2. ЭКГ в 12 стандартных отведениях.
 3. ЭхоКГ, доплер – ЭхоКГ.
- IV. Специальные исследования:
1. Бак посев крови: 2х кратный с интервалом 12ч или 4х кратный с интервалом между забором первой и последней пробы 1ч (при инфекционном эндокардите).
 2. Вентрикулография с зондированием полостей сердца (при пороках).
 3. Ревмопробы (АСЛО, АСЛС), Ревматоидный фактор (РФ), LE-клетки.
 4. Ферментодиагностика (АЛТ, АСТ), миоглобин, тропонин (при миокардитах).
 5. КТ и ЯМР грудной клетки.
 6. Биопсия сердца (при миокардитах).

ПЛАН ЛАБОРАТОРНО – ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

- I. Общеклинические:
1. Общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ).
 2. Общий анализ кала + на скрытую кровь.
 3. Анализ желудочного сока.
 4. Анализ дуоденального зондирования.
- II. Биохимические исследования:
1. Анализ крови на АСТ, АЛТ, щелочную фосфатазу (ЩФ), билирубин и его фракции, холестерин, тимоловую пробу, диастазу.
 2. Сахар крови.
 3. Протромбиновый индекс, коагулограмма.
 4. Электролиты, мочевина, аммиак, железо сыворотки крови.
 5. Общий белок и белковые фракции.
 6. Маркеры вирусов гепатита В, С.
- III. Бактериологические исследования:
1. Посев кала на патогенную кишечную флору.
 2. Анализ кала на Дисбактериоз.
 3. Бак посев желчи.
- IV. Инструментальные методы исследования:
1. Рентгеноскопия и рентгенография желудочно-кишечного тракта, ирригография.
 2. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).
 3. Колонофиброскопия, ректороманоскопия с биопсией.
 4. Ультразвуковое исследование (УЗИ): печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки.

5. Компьютерная томография органов брюшной полости.

IX ПЛАН ЛАБОРАТОРНО – ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

I. Общеклинические:

1. Общий анализ мочи (ОАМ), общий анализ крови (ОАК).
2. Проба Нечипоренко.
3. Проба Зимницкого.
4. Проба Реберга.
5. Биохимическое исследование крови: мочевины, эндогенный креатинин, общий холестерин, β - липопротеиды, мочевая кислота крови и мочи + суточная экскреция.
6. Коагулограмма крови.
7. Кислотно-щелочное состояние (КЩС) крови.
8. Бак посев мочи с оценкой чувствительности (при инфекции мочевых путей).

II. Инструментальные методы исследования:

1. Обзорная и экскреторная урография.
2. Радиоизотопная ренография.
3. УЗИ почек, мочевого пузыря.

III. Специальные методы исследования:

1. Биопсия почки.
2. Ангиография (при подозрении на вазоренальную гипертонию и опухоль почки).

ПЛАН ЛАБОРАТОРНО – ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

I. Общеклинические и биохимические:

1. Общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ).
2. Посев из зева с определением чувствительности к антибиотикам.
3. Пункция сустава + исследование синовиальной жидкости.
4. Биохимический анализ крови (БАК): общий белок и белковые фракции, мочевины и креатинин крови, мочевая кислота крови.
5. Острофазовые воспалительные пробы: С - реактивный белок крови, серомукоид крови, фибриноген крови, гаптоглобин крови, АСЛО, АСЛС.
6. Определение: LE- клеток, РФ (латекс тест, реакция Валера-Роузе), реакция Райта-Хедельсона (на бруцеллез), титр антител к хламидиям, иерсиниям (реакция ПЦР), туберкулиновые пробы.
7. Оценка иммунного статуса, HLA – B27

II. Инструментальные методы исследования:

1. Рентгенография позвоночника, суставов.
2. УЗИ почек.
3. Компьютерная томография позвоночника, суставов.

III. Специальные исследования:

1. Биопсия синовиальной оболочки суставов с гистологическим исследованием.

КАРТА

Итогового контроля знаний студентов методом «OSCE» по предмету госпитальная терапия.

Ф.И.О. студента, _____ Дата _____

№	Ответ	Балл	№№	Ответ	балл
1.	Диагност. критерии заболевания	10	2	Классификация	10
3.	Тест на соответствие	10	4	Рецептура	10
5	Расшифровка ЭКГ	10	6	Расшифровка ЭКГ	10

№	Ответ	Балл	№№	Ответ	Балл
7.	Интерпретация общеклинических анализов	10	8	Интерпретация биохимических анализов и рентгенограмм	10
9.	Ситуационная задача	10	10	Ситуационная задача	10

Подпись отв. преподавателя

Подпись студента

Общая сумма баллов

Оценка

Заведующий кафедрой, профессор

Аляви А.Л.