Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии

**Экзаменационный билет № 5**

1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение. Факторы риска. Современная классификация. Клиника.
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эрадикационная терапия.

**Тезисы ответов.**

**1.ХОБЛ**- характеризуется персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с выраженным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов. Воспаление при ХОБЛ локализуется преимущественно в периферических дыхательных путях, распространяется на интерстициальную ткань и паренхиму легких, приводя к деструкции эластического каркаса стенок альвеол и формированию эмфиземы легких. Факторы риска ХОБЛ: курение (≤ 90 %), продукты сгорания некоторых видов бытового топлива, промышленное загрязнение и некоторые производственные факторы (кремний, кадмий). Возраст старше 35. Современная классификация основывается на оценки выраженности клинических симптомов и риска обострений (АВСD). *Клиника:*кашель, часто с выделением мокроты и / или одышка. Особенностью жалоб является то, что они прогрессируют со временем. Клиническая картина заболевания также серьезно зависит от фенотипа болезни. Бронхитический тип характеризуется преобладанием признаков бронхита (кашель, выделение мокроты). При эмфизематозном типе, наоборот, эмфизема является ведущим патологическим проявлением, одышка преобладает над кашлем.

**2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эрадикационная терапия.**

ЭррадикацияH.pylori: 1 линия: ИПП 2 р/д+амоксициллин 1000 мг 2 р/д+ кларитромицин 500 мг 2 р/д; 2 линия: ИПП 2 р/д+вистмутасубсалицилат/субцитрат 120 мг 4 р/д+тетрациклин 500 мг 4 р/д+метронидозол 500 мг 3 р/д. ИПП( омепразол, пантопразол 20 мг 2 р/с); Антисекреторные препараты: блокаторы Н2 гистаминовых рецепторов (фамотидин 20 мг 2 р/д). Антациды (алмагель, фосфалюгель 3-4 р/с ч/з 1-2 ч после еды);

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии

**Задача №15**

по дисциплине «Факультетская терапия»

Мужчина, 48 лет, обратился в приемный покой БСМП с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, двухкратную рвоту.

**Из анамнеза:** артериальная гипертензия в течение 10 лет.

**Объективно:** кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 90 уд/мин. АД 150/90 мм рт.ст.

Живот мягкий, при пальпации слабо болезненный в эпигастрии, в остальных отделах безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

**На ЭКГ**: ритм синусовый. ЭОС отклонена влево. Подъем сегмента ST на 2,5 мм в II, III, aVF. Зубец R в V5>зубец R в V4.

**Вопросы к задаче:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

**Ответ к задаче №15**

1. ОКС с подъемом сегмента ST по нижней стенке левого желудочка.
2. Неотложная помощь:

- Вызвать СМП.

- Ингаляции кислорода (2-4 л/мин) при наличии одышки и других признаков сердечной недостаточности.

- Ацетилсалициловая кислота 300 мг (3 таблетки по 100 мг– 300 мг), внутрь, разжевать.

- Клопидогрель 600 мг (8 таблеток по 75 мг– 600 мг) внутрь, запить водой

 - Раствор Гепарина 5000МЕ/мл – 1 мл раствора, развести в 5-10 мл 0,9% NaCl, ввести внутривенно болюсно.

- Морфин 1 мл (10 мг) развести в 20 мл 0,9% NaCl, ввести внутривенно медленно.

- При сохраняющемся болевом синдромевводится Нитроглицерин в/в под контролем АД: 10 мл 0,1% раствора разводится в 100 мл физиологического раствора. Необходим постоянный контроль ЧСС и АД, не вводить при снижении САД <90 мм рт.ст.

-Реперфузионная терапия (чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или тромболизис) показана всем больным с болью/дискомфортом в груди длительностью <12 ч и персистирующим подъемом сегмента ST или новой блокадой левой ножки пучка Гиса. Тромболитическая терапия проводится, если ЧКВ невозможно выполнить в течение 120 минут от момента первого контакта с медработником (после снятия ЭКГ).

Если с момента появления симптомов прошло менее 2 часов, а ЧКВ не может быть выполнено в течение 90 минут, при большом ИМ и низком риске кровотечения должна быть проведена тромболитическая терапия (при отсуствии противопоказаний).

*Препараты для тромболизиса:*

*Алтеплаза* (тканевый активатор плазминогена) 15 мг в/в в виде болюса 0,75 мг/кг в течение 30 минут, затем 0,5 мг/кг в течение 60 мин в/в. Суммарная доза не должна превышать 100 мг.

*Тенектеплаза* - однократно в/в в виде болюса в зависимости от веса тела 30-50 мг.

**Интерпретация анализа**



* Представлен биохимический анализ крови.
* Выявлены следующие лабораторные синдромы:

Синдром холестаза - повышение ЩФ, общего билирубина за счет прямой фракции, увеличение ГГТП.

Синдром цитолиза - увеличение АСТ

На основании данного заключения можно предположить у пациента заболевание печени. В первую очередь исключить хронические гепатиты.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии

**Экзаменационный билет № 3**

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эрадикационная терапия.
2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение. Факторы риска. Современная классификация. Клиника.

**Тезисы ответов.**

**1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эрадикационная терапия.**

ЭррадикацияH.pylori: 1 линия: ИПП 2 р/д+амоксициллин 1000 мг 2 р/д+ кларитромицин 500 мг 2 р/д; 2 линия: ИПП 2 р/д+вистмутасубсалицилат/субцитрат 120 мг 4 р/д+тетрациклин 500 мг 4 р/д+метронидозол 500 мг 3 р/д. ИПП( омепразол, пантопразол 20 мг 2 р/с); Антисекреторные препараты: блокаторы Н2 гистаминовых рецепторов (фамотидин 20 мг 2 р/д). Антациды (алмагель, фосфалюгель 3-4 р/с ч/з 1-2 ч после еды);

**2.ХОБЛ**- характеризуется персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с выраженным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов. Воспаление при ХОБЛ локализуется преимущественно в периферических дыхательных путях, распространяется на интерстициальную ткань и паренхиму легких, приводя к деструкции эластического каркаса стенок альвеол и формированию эмфиземы легких. Факторы риска ХОБЛ: курение (≤ 90 %), продукты сгорания некоторых видов бытового топлива, промышленное загрязнение и некоторые производственные факторы (кремний, кадмий). Возраст старше 35. Современная классификация основывается на оценки выраженности клинических симптомов и риска обострений (АВСD). *Клиника:*кашель, часто с выделением мокроты и / или одышка. Особенностью жалоб является то, что они прогрессируют со временем. Клиническая картина заболевания также серьезно зависит от фенотипа болезни. Бронхитический тип характеризуется преобладанием признаков бронхита (кашель, выделение мокроты). При эмфизематозном типе, наоборот, эмфизема является ведущим патологическим проявлением, одышка преобладает над кашлем.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии

**Задача №12**

по дисциплине «Факультетская терапия»

Мужчина, 48 лет, обратился в приемный покой БСМП с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, двухкратную рвоту.

**Из анамнеза:** артериальная гипертензия в течение 10 лет.

**Объективно:** кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 90 уд/мин. АД 150/90 мм рт.ст.

Живот мягкий, при пальпации слабо болезненный в эпигастрии, в остальных отделах безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

**На ЭКГ**: ритм синусовый. ЭОС отклонена влево. Подъем сегмента ST на 2,5 мм в II, III, aVF. Зубец R в V5>зубец R в V4.

**Вопросы к задаче:**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

**Ответ к задаче №12**

1. ОКС с подъемом сегмента ST по нижней стенке левого желудочка.
2. Неотложная помощь:

- Вызвать СМП.

- Ингаляции кислорода (2-4 л/мин) при наличии одышки и других признаков сердечной недостаточности.

- Ацетилсалициловая кислота 300 мг (3 таблетки по 100 мг– 300 мг), внутрь, разжевать.

- Клопидогрель 600 мг (8 таблеток по 75 мг– 600 мг) внутрь, запить водой

 - Раствор Гепарина 5000МЕ/мл – 1 мл раствора, развести в 5-10 мл 0,9% NaCl, ввести внутривенно болюсно.

- Морфин 1 мл (10 мг) развести в 20 мл 0,9% NaCl, ввести внутривенно медленно.

- При сохраняющемся болевом синдромевводится Нитроглицерин в/в под контролем АД: 10 мл 0,1% раствора разводится в 100 мл физиологического раствора. Необходим постоянный контроль ЧСС и АД, не вводить при снижении САД <90 мм рт.ст.

-Реперфузионная терапия (чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или тромболизис) показана всем больным с болью/дискомфортом в груди длительностью <12 ч и персистирующим подъемом сегмента ST или новой блокадой левой ножки пучка Гиса. Тромболитическая терапия проводится, если ЧКВ невозможно выполнить в течение 120 минут от момента первого контакта с медработником (после снятия ЭКГ).

Если с момента появления симптомов прошло менее 2 часов, а ЧКВ не может быть выполнено в течение 90 минут, при большом ИМ и низком риске кровотечения должна быть проведена тромболитическая терапия (при отсуствии противопоказаний).

*Препараты для тромболизиса:*

*Алтеплаза* (тканевый активатор плазминогена) 15 мг в/в в виде болюса 0,75 мг/кг в течение 30 минут, затем 0,5 мг/кг в течение 60 мин в/в. Суммарная доза не должна превышать 100 мг.

*Тенектеплаза* - однократно в/в в виде болюса в зависимости от веса тела 30-50 мг.

**Интерпретация анализа**



* Представлен биохимический анализ крови.
* Выявлены следующие лабораторные синдромы:

Синдром холестаза - повышение ЩФ, общего билирубина за счет прямой фракции, увеличение ГГТП.

Синдром цитолиза - увеличение АСТ

На основании данного заключения можно предположить у пациента заболевание печени. В первую очередь исключить хронические гепатиты.