

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра Терапии № 2

УТВЕРЖДАЮ

И.о. зав. кафедрой терапии № 2

 доц. Ю.Н. Березюк

Пр. № 1 от «31» 08 2022 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Направление подготовки:
3.31.05.03 «СТОМАТОЛОГИЯ»

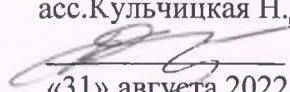
Квалификация выпускника:
ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ

Форма обучения:
ОЧНАЯ

Год набора 2019

Разработал:

асс. Кульчицкая Н.Д.


«31» августа 2022 г.

Тирасполь 2022 г.

Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине «Внутренние болезни, клиническая фармакология»

1. В результате освоения дисциплины обучающийся должен:

1.1. Знать:

- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее частых встречающихся заболеваний; современную классификацию заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного: терапевтического профиля, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические и методы ультразвуковой диагностики);
- критерии диагностики различных заболеваний; методы лечения и показания к их применению; клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов заболеваний и неотложных состояний у пациентов;

1.2. Уметь:

- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);
- оценить состояние пациента и принять решение о необходимости оказания ему медицинской помощи; провести первичное обследование систем и органов: нервной, эндокринной, иммунной, дыхательной, сердечно-сосудистой, крови и кроветворных органов, пищеварительной, мочевыделительной, репродуктивной, костно-мышечной и суставов, глаза, уха, горла, носа;
- установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы;
- оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этнические, религиозные, индивидуальные, семейные, социальные факторы риска (безработица, насилие, болезнь и смерть родственников и пр.);
- поставить предварительный диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
- наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достаточного результата;
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; применять различные способы введения лекарственных препаратов;
- использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания;

- оказывать первую помощь при неотложных состояниях, первую врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях;
- проводить реанимационные мероприятия при возникновении клинической смерти.

1.3. Владеть:

- методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение свойств артериального пульса, измерение артериального давления);
- методами интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту;
- алгоритмом развёрнутого клинического диагноза;
- выполнением основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях ;
- алгоритмом выбора лекарственной терапии для оказания первой доврачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

2. ____ Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
6 семестр			
1.	Раздел «Пульмонология». Темы № 1-6.	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-19.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
2.	Раздел «Кардиология». Темы 7-12	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-19.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
3.	Раздел «Гастроэнтерология». Темы 13-18	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-19.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
7 семестр			
4.	Раздел «Нефрология». Темы 1-4	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-19.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
5	Раздел «Болезни системы крови». Темы 5-8	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-19.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
6	Раздел «Ревматология». Темы 9-13	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-19.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
7	Раздел «Эндокринология». Темы 14-18	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-19.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
8 семестр			
8	Раздел «Клиническая фармакология». Темы 1-12	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-19.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
Промежуточная аттестация		ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-19.	Экзамен: собеседование по билетам, решение клинических задач.

3. Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенной теме	Распечатанные вопросы для собеседования - страница 6 текущего документа.
2	Контрольная работа	Средство контроля усвоения учебного материала раздела или разделов, темы дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Распечатанные вопросы для собеседования - страницы 31-37 текущего документа.
3	Клинические задачи	Задачи и задания: а) репродуктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины; б) реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей; в) творческого уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.	Распечатанные вопросы для собеседования - страницы 17-30 текущего документа.
4	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Распечатанные вопросы - страницы 7-16 текущего документа.
5	Промежуточная аттестация:	Итоговая форма оценки знаний	Распечатанные вопросы для собеседования - страницы 38-

	экзамен.		44 текущего документа.
--	----------	--	------------------------

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»**

Медицинский факультет

Кафедра терапии № 2

**Примерные вопросы для собеседования по дисциплине «Внутренние болезни,
клиническая фармакология»**

Раздел 1. Стенокардия, виды, патогенез, клиника

1. Перечислить клинические формы ИБС.
2. Классификация нестабильной стенокардии по Браунвальду.
3. Что означает по классификации нестабильной стенокардии (Браунвальда)?

Критерии оценки:

Оценка «отлично»: глубокие и твердые ответы на вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств;

Оценка «хорошо»: достаточно глубокие и твердые ответы на вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, без существенных неточностей; самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении вопросов.

Оценка «удовлетворительно»: ответы на вопросы логически не полные, отсутствует последовательность; умение самостоятельно проанализировать данные, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств - без грубых ошибок

Оценка «неудовлетворительно»: отсутствует ответ на поставленные вопросы, существенные и грубые ошибки, непонимание сущности излагаемых вопросов.

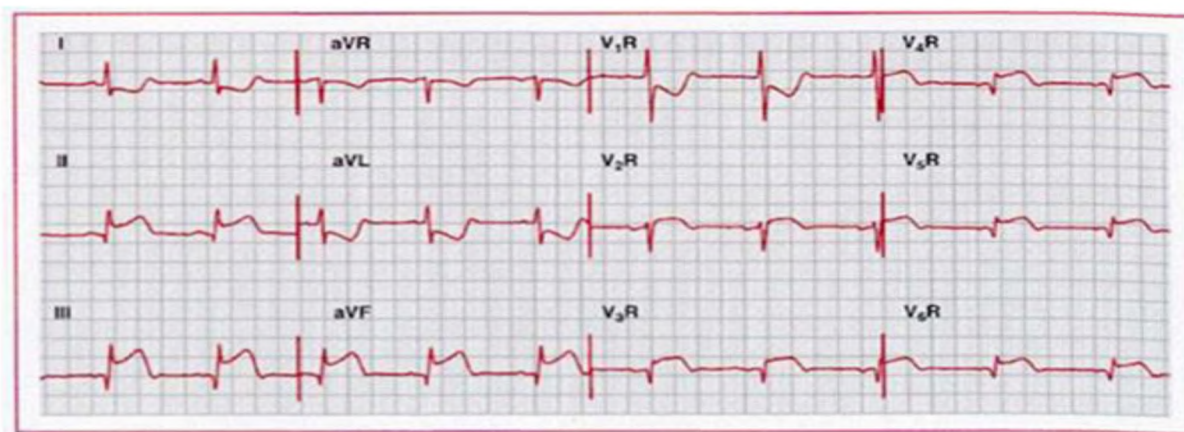
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»

Медицинский факультет

Кафедра терапии № 2

**Примерные тестовые задания по дисциплине «Внутренние болезни,
клиническая фармакология».**

1. У больного АД без гипотензивной терапии на уровне 160-170/100 мм рт.ст., имеется ГЛЖ при ЭКГ исследовании, креатинин сыворотки крови 180 мкмоль/л. Выделить степень повышения АД, стадию и степень риска :
 - а) II ст., II стад., риск 3;
 - б) III ст., II стад., риск 4;
 - в) II ст., III стад., риск 4;
 - г) II ст., II стад., риск 4.
2. Больной 50 лет поступил в ПИТ кардиологического отделения с диагнозом ОИМ. На ЭКГ: QSvV₁- V₂-V₃ подъемом сегмента ST. На 3 сутки внезапно стала нарастать одышка. Появились боли в правом подреберье. Отеки на ногах. Состояние тяжелое. Бледность кожи, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, глухие, выслушивается пансистolicкий шум по парастеральной линии, определяется систolicкое дрожание. ЧСС - 96 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. печень увеличена на 4 см. предположительный диагноз:
 - а) ТЭЛА;
 - б) Разрыв межжелудочковой перегородки;
 - в) ОСН III ФК (Kilip);
 - г) ОСН IV ФК (Kilip).
3. При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?
 - а) стеноз устья аорты;
 - б) недостаточность митрального клапана;
 - в) стеноз митрального клапана;
 - г) недостаточность трикуспидального клапана.
4. Мужчина 59 лет госпитализирован с жалобами на одышку, смешанного характера, боли сжимающего характера за грудиной, иррадиирующие в левое плечо и лопатку, слабость. Заболел около 7 часов назад, трехкратный прием нитроглицерина эффекта не дал. ЭКГ:



Выберите правильную формулировку диагноза.

- а) ОИМ задней стенки левого желудочка с распространением на перегородку, подострая стадия.
- б) ОИМ передней, боковой стенок левого желудочка и верхушки, стадия рубцевания.
- в) ОИМ задне-диафрагмальной стенки левого желудочка с распространением на боковую стенку, острая стадия.
- г) ОИМ передне перегородочной области с распространением на верхушку, ишемическая стадия.

5. Мужчина 37 лет госпитализирован с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Заболел 16 месяцев назад, вскоре после перенесенного гриппа. Объективно: акроцианоз, кожные покровы бледные; в области стоп и голеней - отеки. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. ЧДД- 20 в мин. АД-110/70 мм рт ст. Границы сердца: верхняя II ребро, правая в IV межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны глухие, ритмичные, выслушивается ритм галопа. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Выберите верную формулировку диагноза.

- а) Инфекционный эндокардит, подострое течение, умеренная степень активности;
- б) Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный стеноз. Желудочковая экстрасистолия. Сердечная астма.
- в) Острый вирусный диффузный миокардит, тяжелое течение в фазе обострения. Желудочковая экстрасистолия. ОШ - III ФК (Killip).
- г) Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы сердечной астмы.

6. Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6 - 12 часов инфаркта миокарда?

- а) креатинфосфокиназа;
- б) лактатдегидрогеназа;
- в) аминотрансферазы;
- г) щелочная фосфатаза.

7. Какие ЭКГ-критерии не характерны для наджелудочковой экстрасистолии?

- а) преждевременный комплекс QRS;
- б) экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован;
- в) измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом;

нормальный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом.

8. Какой из перечисленных симптомокомплексов типичен для инфекционного эндокардита?

- а) лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатинемия;
- б) лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатинемия;
- в) лихорадка, анемия, спленомегалия, желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз;
- г) лихорадка, потливость, кожный зуд, увеличение лимфоузлов, гепатоспленомегалия.

9. Больной 52 лет с ревматическим пороком сердца, с клиникой левожелудочковой недостаточности. При осмотре выявлено: систолический и диастолический шумы в точке Боткина и втором межреберье справа. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонную артерию, пальпаторно определяется систолическое дрожание во втором межреберье справа от грудины. I и II тоны ослаблены. Выставлен диагноз сочетанного порока. Какие признаки свидетельствуют о недостаточности аортального клапана?

- а) систолический шум;
- б) диастолический шум;
- в) систолическое дрожание во втором межреберье справа;
- г) ослабление II тона.

10. Признаками нестабильной стенокардии являются:

- а) изменение длительности и интенсивности болевых приступов;
- б) нарушение ритма и проводимости;
- в) снижение АД без гипотензивной терапии;
- г) появление патологического зубца Q на ЭКГ.

11. Синдром «обкрадывания» у больных со стенокардией развивается при использовании следующих групп препаратов:

- а) тринитраты;
- б) моонитраты;
- в) Р-адреноблокаторы;
- г) вазодилататоры.

12. Что характерно для мерцательной аритмии?

- а) частота желудочковых комплексов более 120 в мин;
- б) отсутствие зубцов Р;
- в) наличие преждевременных комплексов QRS;
- г) укорочение интервалов PQ;

13. Больной 22 лет, спортсмен, поступил с жалобами на повышение температуры до 39°C, с ознобами, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Болен около месяца. При осмотре: кожные покровы желтушные, бледные, петехиальные высыпания на ногах. В легких - небольшое количество влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина. ЧСС=106 ударов в мин. АД=120/40 мм рт.ст., печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, болезненная при пальпации. Незначительные отеки голеней. О каком заболевании можно думать?

- а) Миокардит;
- б) Пневмония;
- в) Инфекционный эндокардит;
- г) Ревмокардит.
- г) каптлоприл.

14. Согласно классификации ВОЗ для II степени зоба характерно:

- а) визуальное увеличение щитовидной железы;
- б) пальпаторное увеличение щитовидной железы;
- в) зоб, размеры доли которого меньше дистальной фаланги большого пальца пациента;
- г) щитовидная железа, не определяемая при осмотре шеи.

15. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:

- а) гиперосмолярность и лактоацидоз;
- б) лактоацидоз и гипернатриемия;
- в) гипернатриемия и кетоацидоз;
- г) кетоацидоз и гипергликемия.

16. Больная 56 лет обратилась к врачу с жалобами на потерю чувствительности в ногах по типу "чулок", снижение зрения. Из анамнеза - в течение 20 лет больная страдает сахарным диабетом. В отношении данной больной в первую очередь необходимо

- а) направить на консультацию к нейрохирургу;
- б) увеличить дозы сахароснижающих препаратов и назначить повторный осмотр через месяц
- в) провести ангиографию нижних конечностей, поскольку имеющиеся жалобы скорее всего обусловлены атеросклеротическим поражением сосудов;
- г) расценить имеющиеся клинические проявления как возможные осложнения сахарного диабета.

17. Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотиреозом?

- а) направить в санаторий на бальнеологическое лечение;
- б) начать лечение L-тироксином с малых доз;
- в) начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов;
- г) назначить мочегонные.

18. При гиперкетонемической коме дыхание

- а) редкое, поверхностное;
- б) частое, глубокое;
- в) глубокое, редкое, шумное;
- г) частое, поверхностное.

19. При гистологическом исследовании шейного лимфатического узла, взятого у девочки 10 лет было обнаружено, что структура лимфоузла изменена: лимфатические фолликулы отсутствуют, есть участки склероза и очаги некроза, клеточный состав узла полиморфный, присутствуют лимфоциты, эозинофилы, атипичные, многоядерные клетки больших размеров (клетки Березовского - Штернберга) и одноядерные клетки больших размеров. Какой диагноз наиболее вероятен?

- а) Острый лимфобластный лейкоз;
- б) Хронический миелолейкоз;
- в) Хронический лимфолейкоз;
- г) Лимфогранулематоз.

20. Больной 69 лет предъявляет жалобы на: общую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, жжение и боли в языке, чувство онемения и боли в ногах, нарушение чувствительности пальцев стоп, субиктеричность склер. Со слов больного около 2-х лет назад ему была произведена резекция тонкого кишечника (удалено около 90 см. тонкой

кишки) по поводу злокачественной опухоли. Примерно 6 месяцев назад заметил появление слабости, недомогания, жжения и боли в языке, затем присоединились: одышка, головокружение, нарушение чувствительности, онемение и боли в ногах, субиктеричность склер. В общем анализе крови: Эр- $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв-84г/л, Цв.п-ль-1,2; тромбоциты $100 \cdot 10^9/л$; Л-3,5- $10^9/л$; б-1%, э-1%, п-3%, с-52%, мон-8%, лимф-35%; тельца Жолли и кольца Кебота; макроцитоз; РОЭ-17мм/ч. Билирубин крови: общий - 65 мкмоль/л, прямой - 25 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Какой диагноз наиболее вероятен у данного больного?

- а) Острый лейкоз;
- б) Аутоиммунная гемолитическая анемия;
- в) Витамин В12-дефицитная анемия;
- г) Серповидно-клеточная анемия.

21. У больного фебрильная температура, боль в горле, резкая слабость, бледность кожи с петехиями; в общем анализе крови: анемия, тромбоцитопения, гиперлейкоцитоз, недифференцированные клетки, лейкомический провал. У больного вероятнее всего:

- а) Хронический миелолейкоз;
- б) Хронический лимфолейкоз;
- в) Витамин В12-дефицитная анемия;
- г) Острый лейкоз;

22. Геморрагический, анемический, гиперпластический, инфекционно-некротический, интоксикационный - это клинико-лабораторные синдромы одного из перечисленных заболеваний:

- а) Хронический миелолейкоз;
- б) Острый лейкоз;
- в) Хронический лимфолейкоз;
- г) Витамин В12-дефицитная анемия.

23. Какая степень тяжести анемии характеризуется уровнем гемоглобина 50-70 г/л?

- а) легкая;
- б) средняя;
- в) тяжелая;
- г) это нормальный показатель уровня гемоглобина.

24. Больной 25 лет предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, боли в кончиках пальцев, ярко-розовую окраску кожных покровов. В общем анализе крови: Эр.- $6,0 \cdot 10^{12}/л$, Нв.- 190 г/л, Цв.п-ль-0,95, ретикулоциты - 12%, тромбоциты - $500 \cdot 10^9/л$, лейкоц. - $15,0 \cdot 10^9/л$; э-2%, п-6%, с-58%, мон-8%, лимф-26%; СОЭ-1 мм/ч. Какой диагноз наиболее вероятен у данного больного?

- А) Эритремия;
- Б) Хронический миелолейкоз;
- В) Хронический лимфолейкоз;
- Г) Миеломная болезнь.

25. Больная 53 лет предъявляет жалобы на увеличение периферических лимфатических узлов, повышение температуры тела, общую слабость, потливость, боли в правом подреберье, кожный зуд. В общем анализе крови: Эр- $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв-90г/л, Цв.п-ль-0,87, Тр.- $150 \cdot 10^9/л$, Л- $64,2 \cdot 10^9/л$; э-1%, бласты-3%, пролимфоциты-5%, п-8%, с-10%, мон-1%, лимф-72%, тели Боткина- Гумпрехта; РОЭ-52мм/ч. Какой диагноз наиболее вероятен у данной больной?

- А) Острый лейкоз;

- Б) Хронический миелолейкоз;
- В) Хронический лимфолейкоз;
- Г) Лимфогранулематоз.

26. Характеристика II клинической стадии лимфогранулематоза это:

- а) поражение лимфоузлов двух или более областей по одну сторону диафрагмы или то же + локализованное поражение одного внемлимфатического органа или локализации по ту же сторону диафрагмы;
- б) диффузное поражение одного или более внемлимфатических органов или тканей с поражением лимфоузлов или без их поражения;
- в) поражение лимфоузлов одной области или поражение одного внемлимфатического органа или локализации;
- г) поражение лимфоузлов любых областей по обе стороны диафрагмы, сопровождающееся локализованным поражением одного внемлимфатического органа, или области, или поражением селезенки, или поражением того или другого.

27. В общем анализе крови характерными чертами для III стадии эритремии являются:

- а) снижение уровня гемоглобина, снижение уровня эритроцитов, замедление СОЭ;
- б) повышение уровня гемоглобина, снижение уровня эритроцитов, ускорение СОЭ;
- в) повышение уровня гемоглобина, повышение уровня эритроцитов, замедление СОЭ;
- г) снижение уровня гемоглобина, снижение уровня эритроцитов, ускорение СОЭ.

28. Какая степень тяжести анемии характеризуется уровнем гемоглобина 70-90 г/л?

- а) легкая;
- б) средняя;
- в) тяжелая;
- г) это нормальный показатель уровня гемоглобина.

29. Больного 70 лет беспокоят боли в коленных суставах, возникающие при ходьбе, усиливающиеся при ходьбе по лестнице. При осмотре: коленные суставы деформированы, при движении в суставах - хруст. При R-обследовании: выраженное сужение суставной щели, остеофиты, субхондральный остеосклероз и кистовидные просветления в эпифизах. Ваш диагноз:

- а) Деформирующий остеоартроз;
- б) Ревматоидный артрит;
- в) Подагра;
- г) Ревматизм;

30. Больной 53 лет в течение последних 6 лет периодически, в связи с приемом алкоголя, возникают острые боли в I-м плюснефаланговом и голеностопном суставах справа, суставы в течении нескольких часов отекают, кожа над ними краснеет, повышается температура. Суставы болезненны при пальпации. Ваш диагноз:

- а) Ревматоидный артрит;
- б) Острый приступ подагры;
- в) Деформирующий остеоартроз;
- г) Узелковый периартериит.

31. У больного 45 лет среди полного здоровья появились резкие боли в I плюснефаланговом суставе большого пальца, сустав опух, кожа над ним синевато-багровая, горячая на ощупь, напряжена, функция сустава нарушена. Ваш диагноз:

- А) Ревматизм;
- Б) Ревматоидный артрит;

- В) Деформирующий остеоартроз;
- Г) Подагра.

32. Больная 53 лет предъявляет жалобы на боли в мелких суставах кистей рук, скованность продолжительностью до полудня, суставы отечны, кожа над ними гиперемирована, горячая на ощупь, температура тела субфебрильная. В общем анализе крови: лейкоциты - 1010^9 /л, СОЭ - 35 мм/ч; БАК: α_2 -глобулины - 14%, СРБ ++. Ваш диагноз:

- А) Ревматизм;
- Б) Ревматоидный артрит;
- В) Системная склеродермия;
- Г) Деформирующий остеоартроз.

33. Наиболее частые признаки поражения кожи при склеродермии:

- а) Синдром Рейно;
- б) Индурация и атрофия кожи;
- в) Появление рубчиков;
- г) Узловатая эритема.

34. У больной 25 лет после отдыха на юге появилась эритема в виде «бабочки» на лице, повысилась температура тела до 39°C , отек, гиперемия, боли в суставах, боли в области сердца ноющего характера, перебои, сердцебиения, кашель с отделением небольшого количества мокроты, отеки в области стоп и голеней. При осмотре: кожные покровы сухие, горячие на ощупь, суставы отечны, гиперемированы, болезненны при пальпации. В области стоп и голеней - отеки. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 26 в 1 мин. Границы сердца расширены во все стороны, ЧСС - 108 в 1 мин. Сердечная деятельность аритмичная, тоны приглушены, на верхушке выслушивается систолический шум. А/Д - 175/100 мм.рт.ст. В ОАК: Нв - 80 г/л, СОЭ - 50 мм/ч. БАК: фибриноген-7 г/л, альбумины - 35%, ЛЕ-клетки - 5:1000; АНФ - 1:128. Для какой степени активности системной красной волчанки характерны вышеперечисленные клинико-лабораторные данные?

- А) I;
- Б) II;
- В) III;
- Г) неактивная фаза.

35. Поражение каких суставов не характерно для генерализованного остеоартроза?

- А) дистальных межфаланговых;
- Б) проксимальных межфаланговых;
- В) лучезапястных;
- Г) коленных

36. Какой основной клинический симптом встречается при склеродермии?

- А) жажда;
- Б) синдром Рейно;
- В) тяжелый легочный фиброз;
- Г) полиурия.

37. Поражение почек, типичное для СКВ:

- А) нефросклероз;
- Б) пиелонефрит;
- В) мочекаменная болезнь;
- Г) люпус - нефрит.

38. Больной 59 лет предъявляет жалобы на боли в поясничной области, повышение температуры тела до 37,5-38°C, снижение аппетита, болезненное, учащенное мочеиспускание, головную боль, общую слабость. Больной сообщил, что за последние 2 года 3 раза находился на лечении в нефрологическом отделении, настоящее ухудшение симптоматики связывает с переохлаждением. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, лицо пастозно. Температура тела - 38,0°C. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные, отмечается акцент 2 тона над аортой. А/Д - 160/100 мм рт.ст. ЧСС - 88 в 1 мин. Живот мягкий. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. В ОАК: Эр.- $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв - 100г/л, Цв.п-ль- 0,9, Л- $11,8 \times 10^9/л$, СОЭ - 34 мм/ч. БАК: мочевина крови - 9,0 ммоль/л, креатинин - 0,23 ммоль/л. ОАМ: относительная плотность 1008, белок 1,0 г/л, сахара нет, лейкоциты 35 в п. зр., эритроциты измененные - 2 в п/зр, цилиндры гиалиновые - 8-10 в п/зр. Ваш диагноз:

- а) Острый пиелонефрит;
- б) Амилоидоз;
- в) Хронический пиелонефрит;
- г) Хронический гломерулонефрит;

39. Для какого заболевания характерны панцитопения, макроцитоз эритроцитов, гиперхромия, ретикулоцитопения?

- а) Железодефицитная анемия;
- б) Аутоиммунная гемолитическая анемия;
- в) Витамин В-12 дефицитная анемия;
- г) Острый лейкоз.

40. При каком заболевании происходит замещение кроветворной ткани костного мозга жировой?

- а) Остром лейкозе;
- б) Апластической анемии;
- в) Гемолитической анемии;
- г) Мегалобластной анемии;

41. Что является характерным для хронического лимфолейкоза в анализе крови:

- а) лимфобластоз;
- б) абсолютный лимфоцитоз;
- в) тромбоцитопения;
- г) нейтрофильный лейкоцитоз;

42. При каком лейкозе выявляется Филадельфийская хромосома:

- а) Острый лейкоз;
- б) Эритремия;
- в) Хронический миелолейкоз;
- г) Хронический лимфолейкоз.

43. Назовите изменения в красном костном мозге при Витамин В-12-дефицитной анемии:

- а) снижение уровня сидеробластов;
- б) мегалобластный тип кроветворения;
- в) увеличение количества бластов;
- г) миелоидная пролиферация;

44. Укажите патогенетический метод лечения рецидива острого лейкоза:

- а) антибиотикотерапия;

- б) курсовая монокимиотерапия;
- в) курсовая полихимиотерапия;
- г) гемотрансфузии;

45. Симптом лейкомического провала в анализе крови соответствует какому заболеванию:

- а) Апластическая анемия;
- б) Хронический лейкоз;
- в) Острый лейкоз;
- г) Эритремия.

46. При профилактическом исследовании крови у работающего мужчины 62 лет, обнаружен лейкоцитоз $50,0 \times 10^9$ /л, миелобласты - 1%, промиелоциты - 1 %, нейтрофильные метамиелоциты - 8%, палочкоядерные - 12%, сегментоядерные - 52%, эозинофилы - 8%, базофилы - 2%, лимфоциты - 12%, моноциты - 4%, гемоглобин - 100 г/л.

Ваш предварительный диагноз?

- а) Острый лейкоз;
- б) Хронический миелолейкоз;
- в) Хронический лимфолейкоз;
- г) Цирроз печени;

47. Чем обусловлены жалобы на парестезии в стопах и неустойчивость походки при Витамин В12-дефицитной анемии?

- а) гипокалиемией;
- б) фуникулярным миелозом;
- в) алкогольной энцефалопатией;
- г) остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения;

48. Основной механизм сахароснижающего действия сульфаниламидных препаратов:

- а) увеличения числа тканевых рецепторов инсулина;
- б) стимуляции секреции инсулина β -клетками поджелудочной железы;
- в) подавления продукции глюкагона;
- г) увеличения чувствительности инсулинозависимых тканей к эндогенному инсулину

49. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите:

- А) дистальные межфаланговые суставы;
- б) проксимальные межфаланговые суставы;
- в) первый пястно-фаланговый сустав;
- г) суставы шейного отдела позвоночника;

50. 50-летняя женщина отмечает опухание и тугоподвижность дистальных межфаланговых суставов кистей. В остальном без особенностей. Вероятный диагноз?

- а) Деформирующий остеоартроз;
- б) Ревматоидный артрит;
- в) СКВ;
- г) Склеродермия;

51. Больная 53 лет, жалуется на боли в мелких суставах кистей, ограничение их подвижности. При осмотре плотные симметричные узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов кистей. При Р-графии определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев. Название узловатых образований?

- а) узелки Бушара;
- б) узелки Гебердена;
- в) тофусы;
- г) ревматоидные узелки;

52. При остеоартрозе наблюдается:

- а) синдром Рейно;
- б) наличие паннуса;
- в) развитие амилоидоза почек;
- г) наличие остеофитов;

53. Какие из перечисленных препаратов являются препаратами первой линии терапии раннего ревматоидного артрита:

- а) кортикостероиды;
- б) препараты золота;
- в) нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП);
- г) цитостатики;

54. У женщины 28 лет наблюдаются боли в мелких суставах кистей с ограничением подвижности. При проведении дифференциальной диагностики между ревматоидным артритом и СКВ какой показатель будет решающим для постановки диагноза:

- а) повышение СОЭ;
- б) рентгенологические признаки деструкции околосуставных тканей;
- в) наличие РФ в сыворотке крови;
- г) наличие ЁЕ-клеток в крови;

55. Какой признак наиболее значим для диагноза СКВ?

- а) алоpecia;
- б) гипер-гамма-глобулинемия;
- в) повышенный титр анти-ДНК-антител;
- г) синдром Рейно;

Критерии оценки:

100–85% выполнение тестов – оценка «отлично»

84–75% выполнение тестов – оценка «хорошо»

74–61% выполнение тестов – оценка «удовлетворительно»

60% и < выполнение тестов – оценка «неудовлетворительно»

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»

Медицинский факультет

Кафедра терапии № 2

**Примерные ситуационные/клинические задачи по дисциплине
«Внутренние болезни, клиническая фармакология».**

Задача 1.

Пациент П., 64 года, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,3°C, одышку при умеренной физической нагрузке, болевые ощущения умеренной интенсивности в правой половине грудной клетки, возникающие при кашле и глубоком вдохе, общую слабость, потливость и головную боль. Заболел остро три дня назад, после переохлаждения. При обращении в поликлинику по месту жительства врач назначил гентамицин по 80 мг в/м 2 раза в день, мукалтин 3 таблетки в день, аспирин. На фоне лечения существенной положительной динамики не отмечено.

Пациент - бывший военнослужащий, в настоящее время на пенсии, работает вахтером. Курит в течение 22 лет по 1,5-2 пачки сигарет в день. Периодически (2-3 раза в год) после переохлаждения или ОРВИ отмечает появление кашля с отхождением желто-зеленой мокроты, в последние два года появилась одышка при умеренной физической нагрузке.

При осмотре выявлено следующее: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, умеренной влажности, отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела - 37,6°C. Подкожно-жировой слой развит умеренно, отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое - 22 в минуту. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно на фоне коробочного звука отмечается участок притупления справа ниже угла лопатки, в этой же области - усиление голосового дрожания. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, справа ниже угла лопатки - зона крепитации. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС - 102 в минуту, АД - 118/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин - 15,6 г/л, эритроциты - 5,1 млн, гематокрит - 43%, лейкоциты - 14,4 тыс. (п/я - 2%, с/я - 72%), лимфоциты - 18%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, СОЭ - 32 мм/ч.

В анализе мокроты: характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо покрывают поле зрения; эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, БК - отсутствуют; определяются грамположительные диплококки.

На рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях определяются участок затемнения (инфильтрации) легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента.

Вопросы.

- Проведите диагностический поиск,

- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска анализ жалоб пациента позволяет заподозрить острое воспалительное (с учетом остроты динамики, вероятнее всего инфекционное) заболевание дыхательных путей. Данные анамнеза (длительное курение, периодический кашель с мокротой, появление одышки) свидетельствуют о наличии у пациента недиагностированного хронического заболевания легких - ХОБЛ, что наряду с возрастом (64 года), может быть фактором риска развития пневмонии. В имеющемся конкретном случае провоцирующим фактором является переохлаждение. Данные физического исследования на 2-м этапе диагностического поиска предполагают наличие у пациента двух синдромов - бронхитического (сухие жужжащие хрипы) и синдрома воспалительной инфильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация). Наличие лихорадки, крепитации, изменение дыхательных шумов, тахикардии при отсутствии анамнестических указаний на наличие бронхиальной астмы с высокой долей вероятности позволяют заподозрить диагноз внебольничной пневмонии (специфичность данного симптомокомплекса составляет 92–97%).

На 3-м этапе диагностического поиска результаты лабораторных исследований также свидетельствуют в пользу наличия острого воспаления (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоцитов и кокков). Обнаружение в мокроте грамположительных диплококков позволяет предположить стрептококковую (пневмококковую) этиологию заболевания. Диагноз пневмонии подтверждает рентгенологическое исследование органов грудной клетки (наличие инфильтрации легочной ткани).

Таким образом, клинический диагноз пациента: «Внебольничная пневмококковая (?) правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелого течения».

В плане дополнительных исследований больному необходимо проведение ФВД для оценки бронхиальной проходимости. Пациенту следует отказаться от курения. С учетом предполагаемой этиологии и предрасполагающих факторов следует назначить цефалоспорины II-III поколения в сочетании с макролидами и отхаркивающие средства (амброксол), при необходимости - противовоспалительные средства (аспирин), а также, после проведения ФВД, возможно назначение бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаляций). Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии - 5 суток с момента нормализации температуры тела.

Задача 2

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа.

Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина - заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника - крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину

беспокоит практически постоянная заложенность носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем пациентка самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин, при этом эффект достигался. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД - 22 в минуту, на коже кистей - экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч.

В анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты - 1-5 в поле зрения, эозинофилы - 20-40-60 в поле зрения, эритроцитов нет, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате, атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены.

ФВД: ЖЕЛ - 84%, ОФВ1 - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ1 - 84%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 58%.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов. Вопросы.

- Проведите диагностический поиск.
- После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
- Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
- Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
- Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска, анализируя жалобы пациентки на приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой и приступы удушья, можно выделить основной клинический синдром - бронхообструктивный. У больной имеются также факторы риска - отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, постоянный контакт с веществами антигенной природы по роду профессиональной деятельности, частые острые респираторные заболевания, наличие аллергических реакций на пищевые продукты и антибиотики. Из анамнеза заболевания известно, что пациентка в течение многих лет страдает аллергическим заболеванием полости носа и околоносовых пазух, что необходимо расценивать как фактор риска развития аллергического поражения нижних дыхательных путей. Впервые респираторные симптомы возникают после перенесенного ОРЗ, что определяет значимость инфекционного фактора в качестве триггера патологического процесса. Однако яркие признаки бронхообструктивного синдрома развиваются у пациентки весной, в период цветения. Значимым является положительный эффект от проводимой терапии бронхолитиками и антигистаминными препаратами. Однако базисная противовоспалительная терапия не проводилась, что,

вероятнее всего, и определило прогрессирование болезни. Таким образом, на основании результатов 1-го этапа

Задача 3

Больная 50 лет, поступила с жалобами на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при ходьбе, отсутствие аппетита, жжение языка, жидкий стул до 3 раз в сутки. Чувство онемения и ползания мурашек в ногах, неуверенность походки. В анамнезе 5 лет назад проведена резекция желудка по поводу язвенной болезни ДПК. Объективно: Походка шаткая. Кожные покровы бледные, на передней брюшной стенке послеоперационный рубец, язык ярко-красный с трещинами. Дыхание везикулярное. Пульс 104 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт. ст. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см. Селезенка 4-6 см. ОАК: Эр- $2,3 \times 10^{12}/л.$, Нв-82 г/л., ЦП-1,3 тромбоциты — $100 \times 10^9/л.$, ретикулоциты - 0,5%, Лейк.- $2,5 \times 10^9/л.$, СОЭ-12 мм/ч, Кольца Кебота и тельца Жолли. Миелограмма: костномозговой пунктат ярко красный, много мегалобластов.

Вопросы:

1. Выделите основные симптомы, объясните их патогенез, сгруппируйте их в синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования.
4. План лечения.

Эталон ответа

1) синдром Анемический (ведущий) - снижение гемоглобина и эритроцитов вследствие дефицита витамина В12

А — циркуляторно-гипоксический синдром - реакция организма на гипоксию тканей и

нарушения тканевого метаболизма вызванные гипогемоглобинемией

Симптомы:

- резкая слабость, шум в ушах, головокружение - гипоксия головного мозга,
- кожные покровы бледные
- тахикардия - как компенсаторная реакция,
- систолический шум на верхушке сердца - обусловлен изменением реологических свойств крови
- одышка при ходьбе.

Б) В12 дефицитный синдром - нарушение кроветворения и поражение органов и систем в результате нарушения синтеза ДНК и воздействия токсичных продуктов измененного обмена веществ при дефиците витамина В12

* гастроэнтерологический синдром - обусловлен развитием атрофических процессов слизистой оболочки ЖКТ

Симптомы:

- жалобы на жжение языка, снижение аппетита, учащенный жидкий стул .
- язык ярко-красный с трещинами
- * неврологический синдром - развитие фуникулярного миелоза (поражение задних и боковых столбов спинного мозга) в результате накопления в организме и токсического воздействия на ЦНС метилмалоновой и пропионовой кислот при нарушении обмена жирных кислот обусловленном дефицитом витамина В12

Симптомы:

- чувство онемения и ползания мурашек в ногах, неуверенность походки.
- походка шаткая.
- В — гематологический синдром - специфические изменения в анализе крови в результате дефицита витамина В12

Симптомы:

- эр-2,3 $\times 10^{12}/л.$, Нб-82 г/л. (снижение гемоглобина и эритроцитов) – анемия
- ЦП-1,3 (показатель увеличен) - анемия гиперхромная
- ретикулоциты 0,5% — анемия гипорегенераторная.
- тромбоциты — $100 \times 10^9/л.$, лейкоц.- $2,5 \times 10^9/л.$ - тромбоцитоз и лейкопения
- кольца Кебота и тельца Жолли - остатки ядра или его оболочки в эритроците
- миелограмма: костномозговой пунктат ярко красный, много мегалобластов -

анемия мегалобластная.

2) синдром Клинико-анамнестический — в анамнезе 5 лет назад проведена резекция желудка по поводу язвенной болезни ДПК

3) Предварительный диагноз

Витамин В12 дефицитная анемия средней тяжести. Резецированный желудок.

4) План обследования.

- ФГДС- для уточнения поражения культи желудка
- анализ кала — исключение скрытого кровотечения, выявление нарушения переваривания пищи, исключения глистной инвазии.

• биохимический анализ крови для исключения нарушения функции печени (билирубин, АСАТ, АЛАТ, общий белок)

- УЗИ печени, селезенки
- консультация невропатолога

5) План лечения:

1. Устранение анемии (насыщение и поддерживающая терапия препаратами вит В12)

2. Сбалансированная диета, ферментные препараты для улучшения переваривания пищи.

Задача 4

Больной 18 лет доставлен в стационар с жалобами на боли в горле при глотании, кровоточивость десен, слабость, озноб, повышение температуры до 38,5°C, головокружение и одышку при незначительной физической нагрузке, похудел на 4 кг. Из анамнеза: в течение 3 месяцев до поступления отмечал недомогание, быструю утомляемость, одышку при ходьбе. 5 дней назад появились боли в горле, лихорадка. Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На коже туловища и слизистой рта точечные геморрагии. Гнилостный запах изо рта, на миндалинах некротические налеты грязно-серого цвета. Пальпируются шейные и надключичные лимфатические узлы величиной с фасоль, безболезненные, неспаивающиеся с окружающими тканями и кожей. Дыхание везикулярное. Пульс 112 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Левая граница сердца в 5 межреберья по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум во всех точках. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 13-12-11 см. Селезенка пальпируется ниже реберной дуги на 3 см. Плотная безболезненная. ОАК: Эр-2,5 $\times 10^{12}/л.$, Нб-68 г/л., ЦП-0,88, тромбоциты — $82 \times 10^9/л.$, ретикулоциты - 0,2 %, Лейк.- $42 \times 10^9/л.$, п - 0 %, с - 8 %, лимфоциты — 60 %, базофилы — 0%, эозинофилы - 0 %, моноциты - 2 %, лимфобласты - 30 %, СОЭ-60 мм/ч.

Железо сыворотки - 18 мкмоль/л, время кровотечения 12 мин.

Миелограмма: бластные клетки - 89%

Вопросы:

1. Выделите основные симптомы, объясните их патогенез, сгруппируйте их в синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз

3. Назначьте план обследования.

4. План лечения.

Эталон ответа:

1) синдром лейкемической пролиферации - неукротимая пролиферация клеток кроветворной системы в костном мозге и вне его.

Симптомы:

- увеличение лимфоузлов (пальпируются шейные и надключичные лимфатические узлы величиной с фасоль, безболезненные)
- синдром гепатомегалии (размеры печени по Курлову 13-12-11 см)
- синдром спленомегалии (селезенка пальпируется ниже реберной дуги на 3 см.

Плотная безболезненная)

- в миелограмме бластные клетки - 89%
- в анализе крови увеличение лейкоцитов - $42 \cdot 10^9/\text{л}$, появление лимфобластов - 30 % (в мазке представлены бласты и зрелые клетки, промежуточные формы клеток отсутствуют - лейкемический провал)

2) синдром опухолевой интоксикации - интоксикация организма резорбированными продуктами распада клеток

Симптомы:

- озноб, повышение температуры
- похудел на 4 кг
- слабость
- повышение СОЭ

3) синдром анемический - снижение гемоглобина и эритроцитов вследствие угнетения нормального кроветворения.

А — циркуляторно-гипоксический синдром - реакция организма на гипоксию тканей и

нарушения тканевого метаболизма вызванные гипогемоглобинемией

Симптомы:

- слабость, головокружение - гипоксия головного мозга,
- кожные покровы бледные
- тахикардия - как компенсаторная реакция,
- систолический шум во всех точках аускультации сердца - обусловлен изменением реологических свойств крови.

Б - гематологический синдром - специфические изменения в анализе крови вследствие

угнетения нормального кроветворения

Симптомы:

- эр- $2,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв-68 г/л. (снижение гемоглобина и эритроцитов) - анемия
- ЦП-0,88, железо сыворотки-18 мкмоль/л (показатели в норме) - анемия нормохромная

- ретикулоциты 0,2% — анемия гипорегенераторная.

4) синдром поражения миокарда:

Синдром кардиомегалии - увеличение размеров сердца в результате дистрофии миокарда при анемии и опухолевой интоксикации.

Симптомы:

- левая граница сердца расширена

5) синдром геморрагический — повышенная кровоточивость как результат нарушения тромбоцитарного гемостаза вследствие угнетения нормального кроветворения.

Симптомы:

- тромбоциты — $82 \cdot 10^9/\text{л}$ - тромбоцитопения.
- жалобы на кровоточивость десен
- на коже и слизистой рта точечные геморрагии
- время кровотечения 12 мин - удлинено вследствие тромбоцитопении

б) синдром иммунной недостаточности - нарушение иммунной защиты организма вследствие угнетения нормального кроветворения

Симптомы:

— некротическая ангина (боли в горле при глотании, гнилостный запах изо рта, на миндалинах некротические налеты грязно-серого цвета)

2) Предварительный диагноз:

Острый лимфобластный лейкоз. Гипопластическая анемия средней тяжести. Некротическая ангина.

3) План обследования.

— цитохимическое исследование бластных клеток для уточнения формы лейкоза
— пункция лимфоузлов, селезенки, печени
— УЗИ печени, селезенки
— мазок из зева для выявления возбудителя и его чувствительности к антибиотикам
— ЭКГ, ЭХОКС для подтверждения поражения миокарда и оценка сократительной способности миокарда
— общий белок, белковые фракции, билирубин, трансаминазы для исследования функции печени

4) План лечения:

Госпитализация в специализированный гематологический центр.

Цитостатическая терапия, устранение анемии, геморрагического синдрома, антибактериальная терапия, дезинтоксикационная терапия.

Задача 5

Больная 70 лет, пенсионерка, предъявляет жалобы на общую слабость, утомляемость, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии. Признаки желудочной диспепсии около 15 лет. В последние полгода появились слабость, сердцебиения, одышка при нагрузке, онемение нижних конечностей. К врачам не обращалась. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, легкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост 160 см, масса тела 68 кг. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево на 1 см, тоны немного приглушены, ЧСС 90 вмин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не увеличена. ОАК: эр. $2,9 \times 10^{12}/л$, Нв 75 г/л, ЦП 1,3, лейкоциты $4,0 \times 10^9/л$: э.- 0, п/я- 4%, с/я- 60%, лимф.- 30%, мон.- 6%, СОЭ 30 мм/час, ретикулоциты 0,1%. В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Оцените ОАК
3. Сформулируйте диагноз
4. Назначьте лечение, определите тактику ведения больной.

Эталон ответа

1) Основные синдромы: синдромы желудочной диспепсии, общеанемический (циркуляторно-гипоксический), гематологический.

2) Гиперхромная анемия средней степени тяжести, гипорегенераторный хронический гастрит типа А.

3) Витамин В12-дефицитная анемия средней степени тяжести

4) Показаны: заместительная терапия при гастрите с секреторной недостаточностью. Патогенетическая терапия Витамин В12-дефицитной анемии -

цианкобаламином по 500 мкг 1 раз в день п/к в течение 4 недель, затем 1 раз в неделю 2 месяца и 2 раза в месяц в течение полугода.

Профилактические курсы лечения 1-2 раза в год по 5-6 инъекций. Необходимо наблюдение гематолога, терапевта, онкологическая настороженность в связи с повышенным риском развития рака желудка.

Задача 6

Больной 19 лет предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер. Неделью назад после переохлаждения повысилась температура до 38°C, были катаральные явления в течение 3 дней, по поводу чего принимал бисептол. Температура нормализовалась, но появилось желтушное окрашивание кожи и склер, нарастающая слабость. В прошлом также были эпизоды желтухи. Среди родственников подобной симптоматики не наблюдается. Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожа бледно-желтушной окраски с лимонным оттенком, склеры иктеричны. Пульс 90 в минуту, ритмичный, АД 110/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка +3 см. . ОАК: эр. $2,9 \times 10^{12}/л$, Нв 71 г/л, ЦП 0,9, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$: э.- 0, п/я- 4%, с/я- 60%, лимф.- 30%, мон.- 6%, СОЭ 30 мм/час, ретикулоциты 10%. БАК: билирубин общий - 56 мкмоль/л, непрямой-39 мкмоль/л, прямой-17 мкмоль/л, АЛТ-30ед/л, АСТ-23 ед/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Оцените данные лабораторного исследования.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы.

Эталон ответа

- 1) Синдромы:
 - а. общеанемический (циркуляторно-гипоксический)
 - б. синдром гемолиза
 - в. анемический гематологический
- 2) Нормохромная гиперрегенераторная анемия средней степени тяжести, неконъюгированная гипербилирубинемия
- 3) Аутоиммунная гемолитическая анемия средней степени тяжести.
- 4) Для подтверждения диагноза необходимы проба Кумбса, Агрегат-гемагглютинационный тест.

Задача 7

Больная 44 лет, обратилась в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц. Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Назначьте план обследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталон ответа

1) Диффузный токсический зоб.

Обоснование: а) данные анамнеза:

жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание; связь заболевания со стрессовой ситуацией; б) объективные данные: субфебрильная температура; при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом “толстой шеи”; при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы; при аускультации: тахикардия

2) Общий анализ крови: возможны анемия, лейкопения, биохимический анализ крови: снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов ТЗ, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

3) Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи

4) Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения:

- режим полупостельный
- диета с достаточным содержанием витаминов
- тиреостатики: мерказолил, перхлорат калия
- Р-адреноблокаторы: анаприлин
- седативные препараты: валериана, пустырник
- лечение радиоактивным йодом
- хирургическое лечение

Прогноз благоприятный при своевременном лечении и отсутствии осложнений.

Профилактика: психическая саморегуляция, диспансерное наблюдение; регулярный прием назначенных препаратов

Задача 8

Женщина 48 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Болеет в течение 2-х лет.

Объективно: температура 35,4⁰С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
- 2) Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3) Перечислите возможные осложнения.
- 4) Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания

Эталон ответа

1) Гипотиреоз.

Обоснование:

а) данные анамнеза:

ухудшение памяти, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, сонливость, зябкость, упорные запоры;

б) объективные данные: пониженная температура тела;
при осмотре: сухость и шелушение кожи, отсутствие мимики, отечность век, языка
стоп, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при аускультации: приглушение
сердечных тонов, брадикардия.

2) Общий анализ крови: анемия биохимический анализ крови: увеличение
холестерина снижение уровня белка, определение уровня гормонов ТЗ, Т4, ТТГ в крови
радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы
электрокардиография.

3) Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

4) Пациентка нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета с повышенным содержанием белков и витаминов, ограничение углеводов и
жиров.

Тиреоидные препараты: тиреоидин, тироксин, трийодтиронин, тиреотом Прогноз
при своевременном лечении благоприятный.

Профилактика: рациональное питание; закаливание;

предупреждение переохлаждений

своевременное лечение воспалительных заболеваний

Задача 9

Больная 18 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на жажду,
повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около
2-х мес.

Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа
сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание
везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст.
Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1) Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз

2) Назовите необходимые дополнительные исследования

3) Перечислите возможные осложнения

4) Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах
лечения, прогнозе и профилактике заболевания

Эталон ответа

1. Сахарный диабет, тип 1.

Обоснование:

а) данные анамнеза:

полифагия, полидипсия, полиурия, похудание; молодой возраст;

б) объективные данные: сухость и шелушение кожи;

недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки

2) Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи,
биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и
глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.

3) Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы,
развитие гипергликемической комы

4) Пациентка нуждается в срочной госпитализации для уточнения диагноза и
назначения инсулинотерапии

Принципы лечения:

режим палатный

- диета № 9, ограничение легкоусваиваемых углеводов. При расчете диеты

исходят не из истинной массы тела пациента, а из должной (соответственно его росту и возрасту). Питание должно быть дробным, чтобы исключить резкие колебания уровня глюкозы в крови (не реже 4-х раз в день)

- инсулинотерапия. При подборе дозы используют инсулин короткого действия, затем часть его заменяют инсулином продолжительного действия. При назначении инсулина учитывают, что 1 ЕД. инсулина способствует усвоению 4 г глюкозы, суточная доза препарата подбирается индивидуально. Прогноз в отношении жизни благоприятный при компенсации сахарного диабета

Задача 10

Больная 63 лет страдает сахарным диабетом II типа в течение 20 лет. Уровень глюкозы крови контролируют эпизодически, последний раз 2 месяца назад (8,2 ммоль/л). Принимает манинил 2 т в день. Обратилась в связи с длительно незаживающей язвой на подошвенной поверхности правой стопы. Отметила появление язвы около 6 недель назад, лечилась самостоятельно, без эффекта. Объективно: пациентка повышенного питания, кожа и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. АД 140/90 мм рт. ст., ЧСС 80 в мин. Температура 36,4 С. Пальцы правой стопы бледные, пульс на правой нижней конечности на подколенной артерии, ниже не определяется. На левой нижней конечности пульс на обеих артериях стопы. Систолического шума в проекции магистральных артерий не выслушивается. Икроножные мышцы мягкие, безболезненные. Движения в полном объеме. Чувствительность на стопах снижена. На подошвенной поверхности правой стопы определяется трофический дефект кожи до 1 см в диаметре, безболезненный, покрыт некротическими тканями.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
3. Какие лабораторные показатели требуется выяснить.
4. Какие инструментальные обследования необходимо провести.
5. Какая консервативная терапия показана пациентке.
6. Местное лечение трофической язвы
7. Сформулируйте показания для хирургического лечения и варианты хирургических вмешательств при этой патологии.
8. Какая профилактика этого осложнения должна была проводиться.
9. Прогноз.

Эталон ответа

1) Сахарный диабет 2 тип, диабетическая стопа, нейропатический вариант, трофическая язва правой стопы.

2) Облитерирующий атеросклероз.

3) Гликемический профиль, ацетон мочи, мочевины, креатинин, ПТИ, тромбоциты крови, липиды крови, посев микрофлоры язвы с чувствительностью к антибиотикам

4) УЗДГ артерий нижних конечностей и ветвей дуги аорты, дуплексное сканирование ветвей дуги аорты, транскутанное напряжение кислорода в тканях, ангиография правой нижней конечности; Р-графию пораженной стопы в 2х проекциях, выявление скрытой патологии других органов (ЭКГ, УЗИ почек, глазное дно)

5) Перевод на инсулин, реополиглюкин, пентоксифиллин, берлитион, тромбо-асс, курантил. При невозможности оперативного лечения курс вазопростана. Местное лечение язвы.

6) Зависит от стадии язвы: фаза экссудации - механическое или химическое очищение язвы; фаза пролиферации - стимуляция грануляций; фаза репарации - защита эпителия

7) Неэффективность консервативной терапии, возможность выполнения реконструктивной операции; желательно выполнять малотравматичные методики. При возможности реконструкции артериального кровотока предпочтение отдается баллонной ангиопластике перед стандартными шунтирующими операциями. При невозможности реконструкции - химическая поясничная десимпатизация, реваскуляризирующая остеотрепанация (РОТ)

8) Раннее выявление микро- и макроангиопатий, информирование и обучение пациентов с сахарным диабетом, курсы консервативной терапии

9) При соблюдении рекомендаций для жизни в целом благоприятный, возможность сохранения конечности или проведения низкой ампутации значительно увеличивает продолжительность жизни.

Задача 11

Больная 43 лет. Больной себя считает в течение последних 5 лет, когда впервые появились боли в мелких суставах кистей, локтевых суставах, отмечала умеренное припухание указанных суставов, однако к врачу не обращалась, принимала анальгетики. В этот же период стала отмечать появление стойкой эритемы на щеках и спинке носа в весенне-летний период, периодически без видимой причины повышалась температура тела до субфебрильных цифр. Через 4 года от начала заболевания больная стала отмечать боли практически во всех суставах, в поясничной области. Лечилась амбулаторно по поводу пояснично-крестцового остеохондроза, принимала НПВП, физиопроцедуры с незначительным эффектом. За последние 6 месяцев стала отмечать одышку при незначительной физической нагрузке, отеки ног в вечернее время, боли в правом подреберье и в правой половине грудной клетки, похудела на 10 кг. За 2 недели до обращения к врачу заметила увеличение размеров живота, появление болей за грудиной постоянного характера, одышка стала беспокоить в покое, температура повышалась ежедневно до 38-38,5 С. С амбулаторного приема больная направлена в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, пониженного питания, кожа бледная, эритема на щеках и спинке носа. Пальпируются умеренно увеличенные заднешейные, подмышечные лимфоузлы подвижные, эластичные, безболезненные. При осмотре суставов отмечается небольшая деформация пароксизмальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставов, деформаций суставов не отмечается, пальпация умеренно болезненна. При перкуссии грудной клетки выявлено укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа от уровня 4 межреберья, в зоне притупления дыхание не проводится, выше места притупления выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается шум трения перикарда, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, распластан, при перкуссии определяется притупление по боковым флангам живота, смещающееся вниз при перемене положения тела. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон

ОАК: Нв - 87 г/л, эр. - $3,8 \times 10^{12}/л$, цв.п. - 0,68, лейкоц. - $2,6 \times 10^9/л$, б - 0%, э - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лимф. - 13%, мон. - 6%, тромб. - $40 \times 10^9/л$, СОЭ 45 мм/час.

ОАМ: прозрачная, слабо-кислая, белок - 0,99 г/л, сахара нет, лейкоц. - 2-6 в п/зр., эр. - 4-812 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-4 в п/зр. БАК: гликемия: 4,23 ммоль/л, ПТИ - 95%, СРБ - 2, ДФА - 300 ед., сывороточное железо - 20 ммоль/л, ревматоидный фактор - 0. Иммунологический анализ крови: ЦИК - 120 ед., СРБ - 98 мг/л, АТ к нативной ДНК - 360 Ме, АНФ - 1/28, гомогенное свечение; БЕ-клетки +++.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного обследования.
3. Определите тактику лечения

Эталон ответа

1) Предварительный диагноз: Системная красная волчанка, подострое течение, активность 2 степени, лимфаденопатия, артрит, полисерозит - плеврит, перикардит, пневмонит, нефрит. Осложнение: НК 2-Б ст.

2) План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, с целью подтверждения нозологической единицы - иммунологический анализ крови на АТ к нативной ДНК, на антинуклеарный фактор, анализ крови на БЕ-клетки, с целью подтверждения характера поражения легких (плеврит, пневмонит) - рентгенография грудной клетки, УЗИ плевральной полости с определением кол-ва жидкости, плевральная пункция с анализом экссудата общим и на БЕ-клетки, с целью уточнения характера поражения сердца (перикардит, люпус-кардит?) - эхокардиоскопия, с целью оценки функции почек - пробы Зимницкого и Реберга.

3) Тактика лечения: снижение активности воспалительного процесса, подбор постоянной иммуносупрессивной терапии.

Задача 12

Больной 55 лет, водитель. При поступлении жалуется на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них. Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. Одновременно обнаружено было припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что рецидивирование артрита 1-го плюснефалангового сустава возникает после праздничных застолий или интенсивной физической работы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически в области пораженных суставов отмечается треск при ходьбе, особенно по неровной поверхности. Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 3х0,2 см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов правой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Симптом бокового сжатия правой стопы - положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли. Внутренние органы без существенных видимых изменений. ОАК: Нв - 158 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $7,9 \times 10^9/л$, СОЭ - 26 мм/час

Вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
- 3) Определите тактику лечения.

Эталон ответа

1) Предварительный диагноз: подагра, смешанная форма, олигоартрит 1-го и 2-го правых плюсне-фаланговых суставов и правого голеностопного сустава, активность 1-2 степени. Подагрическая нефропатия. Вторичный олигоостеоартроз 1-го и 2-го плюсне-фаланговых и голеностопного суставов справа. ФНС 1 степени.

2) План обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови на ревмопробы (уровень мочевой кислоты, ревматоидный фактор, АСЛ-О, сиаловые кислоты, белковые фракции), исследование синовиальной жидкости на наличие кристаллов мочекислото натрия методом поляризационной микроскопии, аспирация содержимого тофусов на кристаллы мочевой кислоты, кал на я/г, УЗИ - обследование почек, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому, при необходимости - ренография и компьютерная томография области почек, консультация уролога, ЭКГ, рентгенография пораженных суставов

3) Тактика лечения: купирование острого приступа подагры:

а) покой и иммобилизация пораженных суставов

б) диета с ограничением продуктов, богатых пуринами и отказ от алкоголя

в) колхицин или большие дозы НПВС коротким курсом

г) при отсутствии эффекта рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикоидов

Базисная терапия в данном случае будет состоять из соблюдения диеты и приема аллопуринола на 4-6 месяцев под контролем уровня мочевой кислоты в крови.

Задача 13

Больная 59 лет, при поступлении предъявляет жалобы на периодические боли в суставах нижних конечностей, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в коленных суставах, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника. Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 12 лет. Начало заболевания постепенно с поражения коленных и голеностопных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в коленных суставах и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности. Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены, зон поверхностей кожной термоасимметрии не выявлено. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен, объем пассивных движений сохранен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника, в коленных и голеностопных суставах.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.

3. Определите тактику лечения.

Эталон ответа

1) Предварительный диагноз: первичный полиостеоартроз, безузелковый, двусторонний гонартроз III степени, медленно-прогрессирующее течение, спондилез, ФНС 2 степени.

2) План дополнительного обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови на ревмопробы (ревматоидный фактор, АСЛ-О, сиаловые кислоты, уровень мочевой кислоты, белковые фракции), анализ крови на сахар, ПТИ, кал

на я/г, иммунологическое исследование крови на иммуноглобулины А,О,М, исследование синовиальной жидкости на цитоз, сцинтиграфия с пирофосфатом технеция, тепловизорное обследование суставов.

3) Тактика лечения: разгрузка пораженных суставов, механические вспомогательные приспособления (бандаж, корсет, трость), НПВС и анальгетики, lubricants, физиолечение, сосудистая терапия, при неэффективности - хирургическое лечение.

Критерии оценок:

Оценка «отлично»: глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи. Логически полные, последовательные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные задачи, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, учитывая данные задачи;

Оценка «хорошо» достаточно глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи. Логически полные, последовательные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные задачи, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, учитывая данные задачи, без существенных неточностей. Самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении вопросов.

Оценка «удовлетворительно» ответы на все вопросы задачи. Логически не полные, отсутствует последовательность, правильные ответы на поставленные вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные задачи, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, учитывая данные задачи; без грубых ошибок

Оценка «неудовлетворительно»: отсутствует ответ хотя бы на один вопрос задачи или существенные и грубые ошибки в ответах на вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»

Медицинский факультет

Кафедра терапии № 2

**Примерные вопросы к контрольным работам по дисциплине «Внутренние
болезни, клиническая фармакология».**

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе № 1

1. Определение пневмонии.
2. Современные классификационные подходы пневмоний.
3. «Золотой стандарт» в диагностике пневмоний.
4. Критерии степеней тяжести пневмонии.
5. Этиотропное лечение внебольничной пневмонии.
6. Этиотропное лечение внутрибольничной пневмонии.
7. Этиотропное лечение атипичной пневмонии.
8. Этиотропное лечение аспирационной пневмонии.
9. Основные причины смерти от пневмонии.
10. Классификация острой дыхательной недостаточности по степеням.
11. Классификация хронической дыхательной недостаточности по стадиям.
12. Механизмы бронхиальной обструкции.
13. Основные патогенетические моменты в патогенезе бронхиальной астмы.
14. Что такое эндогенная бронхиальная астма?
15. Что такое экзогенная бронхиальная астма?
16. Критерии тяжести бронхиальной астмы.
17. Что такое III степень тяжести бронхиальной астмы?
18. Симптоматическая терапия бронхиальной астмы (группы препаратов).
19. Базисная терапия бронхиальной астмы (группы препаратов).
20. Классификация и клиническая картина астматического статуса.
21. Диагностика астматического статуса I стадии.
22. Принципы лечения астматического статуса в зависимости от стадии.
23. Классификация ХОБЛ.
24. Признаки обострения ХОБЛ.
25. Определение легочного сердца.
26. Классификация легочного сердца.
27. Диагностика компенсированного легочного сердца.
28. Диагностика декомпенсированного легочного сердца.
29. Принципы лечения легочного сердца.
30. Что такое пикфлоуметрия?
31. Что такое бронходилатационный тест?
32. Цефтриаксон, спектр антимикробного действия, средняя доза.
33. Амоксициллин, спектр антимикробного действия, средняя доза.
34. Ципрофлоксацин, спектр антимикробного действия, средняя доза.

35. Макропен, спектр антимикробного действия, средняя доза.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе № 2

4. Перечислить клинические формы ИБС.
5. Классификация нестабильной стенокардии по Браунвальду.
6. Что означает по классификации нестабильной стенокардии (Браунвальда) ПА; ПБ?
7. Что относится к ОКС?
8. Патогенез ОКС (основные моменты).
9. Патогенетическое лечение ИБС (характеристика основных групп препаратов).
10. Клинические варианты начала ОИМ.
11. Лабораторно-инструментальная диагностика ОИМ.
12. Характеристика ранних осложнений ОИМ.
13. Характеристика поздних осложнений ОИМ.
14. ЭКГ при не Q-ОИМ нижней стенки и верхушки.
15. План обследования больных ИБС.
16. Стандарт лечения неосложненного ОИМ.
17. Клиническая картина и тактика лечения при 1ФК стабильной стенокардии напряжения.
18. Лечение ОИМ, осложненного ОСНП ФК.
19. Стандарты лечения отека легких в зависимости от уровня А/Д.
20. Характеристика СН ТТТФК (NYHA).
21. Характеристика НК ТТТА (классификация Мухарлямова Н.М.).
22. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности.
23. Определения и принципы диагностики Артериальной гипертензии.
24. Причины развития САГ.
25. Классификация АГ по уровню повышения АД и ее применение.
26. Классификация АГ по стадиям (ВОЗ).
27. Классификация АГ по степени риска.
28. Характеристика основных групп современных антигипертензивных препаратов.
29. Определение и клиническая картина гипертонического криза.
30. Дифференциальная диагностика при ГК Т и ТТ типов.
31. Принципы лечения Гипертонического криза в зависимости от типа и наличия осложнений.
32. Факторы риска для АГ (перечислить).
33. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия Р-адреноблокаторов.
34. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия иАПФ.
35. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия диуретиков.
36. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия нитратов и нитратоподобных.
34. Клиническая картина вторичной кардиомиопатии.
35. Классификация и принципы формулировки диагноза при вторичных КМП.
36. Митральный стеноз: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
37. Недостаточность митрального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
38. Стеноз устья аорты: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
39. Недостаточность аортального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная),

показания для хирургического лечения.

40. Коарктация аорты: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.

41. Классификация миокардитов.

42. Характеристика средней степени тяжести миокардита.

43. Критерии миокардита.

44. Принципы лечения миокардитов.

45. Патогенез основных синдромов миокардита.

46. Клиника диффузного миокардита.

47. Инструментальная диагностика миокардита.

48. Клиника сухого перикардита.

49. Лабораторно-инструментальная диагностика выпотного перикардита.

50. Принципы лечения миокардита тяжелой степени тяжести.

51. Критерии излеченности при эндокардите.

52. Принципы рациональной антибактериальной терапии при эндокардите.

53. Клиника поражения сердца при эндокардите.

54. Патогенез эндокардита.

55. Основные патогенетические механизмы развития ГЭРБа.

56. Клиническая картина и тактика ведения пациента со средней степенью тяжести ГЭРБа.

57. Дифференциальная диагностика гастритов.

58. Перечислить и охарактеризовать основные факторы защиты и агрессии при заболевании желудка и ДПК.

59. Классификация гастритов.

60. Клинико-лабораторная характеристика гастрита типа В.

61. Тактика ведения пациента с гастритом типа А.

62. План обследования пациента с Хроническим гастритом и его обоснование.

63. Роль инструментальных методов обследования (эндоскопии и биопсии) в верификации диагноза язвенной болезни.

64. Принципы лечения пациента с язвенной болезнью.

65. Характеристика болевого синдрома в зависимости от локализации язвы.

66. Дифференциальная диагностика язвенной болезни и хронического гастрита типа В.

67. Краткая характеристика клинической картины осложнений язвенной болезни.

68. Врачебная тактика при развитии осложнений язвенной болезни.

69. Классификация хронического энтерита.

70. Характеристика степеней тяжести хронического энтерита.

71. Клинико-лабораторная характеристика общих и местных проявлений при энтерите.

72. Принципы лечения обострения хронического энтерита.

73. Интерпретация результатов лабораторно-инструментального обследования больного с хроническим колитом.

74. Клинико-лабораторная характеристика проявлений хронического колита.

75. План обследования с интерпретацией возможных результатов лабораторно-инструментальных обследований при неспецифическом язвенном колите.

76. Принципы лечения неспецифического язвенного колита.

77. Классификационные подходы хронического панкреатита.

78. Клиническая характеристика клинических форм хронического панкреатита.

79. Принципы лечения хронического панкреатита в фазе обострения с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе № 3

1. Этиология острого гломерулонефрита.

2. Клинико-лабораторная характеристика смешанного варианта хронического

гломерулонефрита

3. Патогенез мочевого синдрома при остром гломерулонефрите.
4. Диагностика синдрома артериальной гипертензии при гломерулонефрите.
5. Принципы лечения отеочного варианта хронического гломерулонефрита.
6. Диагностика латентного варианта хронического пиелонефрита.
7. Принципы профилактики обострения хронического пиелонефрита.
8. Клинико-лабораторная характеристика отеочного варианта хронического гломерулонефрита.
9. Патогенетическая терапия обострения хронического пиелонефрита.
10. Критерии нефротического синдрома.
11. Основные группы заболеваний, которые могут привести к развитию ХБП.
12. Принципы лечения амилоидоза.
13. Клинико-лабораторная характеристика протеинурической стадии амилоидоза.
14. Патогенетическое лечение острого гломерулонефрита.
15. Патогенез мочевого синдрома при хроническом пиелонефрите.
16. Классификация ХБП (по уровню СКФ и по уровню протеинурии).
17. Цели и принципы лечения ХБП.
18. Диагностика амилоидоза.
19. Клинико-лабораторная характеристика олигоанурического периода ОПН.
20. Патогенез основных синдромов. ХПБ.
21. Патогенез острого гломерулонефрита.
22. Диагностика отеочного синдрома.
23. Клинико-лабораторная характеристика латентного варианта хронического гломерулонефрита фазе обострения.
24. Этиопатогенетическая классификация ОПН.
25. Принципы лечения ОПН в полиурическом периоде.
26. Принципы лечения аутоиммунной гемолитической анемии.
27. Методика проведения прямой пробы Кумбса.
28. Физиологический гемолиз эритроцитов.
29. Гематологическая характеристика гиперрегенераторной способности костного мозга.
30. При каком заболевании развивается фуникулярный миелоз и его клиника.
31. Клинико-лабораторная характеристика анемического синдрома при железодефицитной анемии.
32. Отличительные особенности наследственных гемолитических анемий в ОАК.
33. Перечислить основные клинико-гематологические синдромы апластической анемии.
34. Дифференциальная диагностика В12-дефицитной и фолиеводефицитной анемии в зависимости от клинических проявлений.
35. Патогенез сидеропенического синдрома при железодефицитной анемии.
36. Что определяют при проведении непрямой пробы Кумбса.
37. Показания для парентерального применения препаратов железа.
38. Всасывание железа..
39. Показания для гемотрансфузий при анемиях.
40. Принципы лечения ферментопатий.
41. Патогенез серповидно-клеточной анемии.
42. Принципы лечения ЖДА (в т.ч. дозы железа).
43. Этиология фолиеводефицитной анемии.
44. Механизм всасывания витамина В12.
45. Патогенетическая классификация анемий.
46. Нормальные показатели ОАК.
51. Характеристика II стадии МБ
52. Клинико-лабораторная характеристика синдрома белковой патологии.
53. Отличительные признаки в ОАК при ХЛЛ.

54. Патогенез анемического синдрома при ОЛ.
55. Характеристика III стадии ЛГМ.
56. Перечислить и дать характеристику основным синдромам МВ.
57. Как отличить ОЛЛ от ОМЛ.
58. На основании каких данных в диагнозе ЛГМ выставляется буква А или В.
59. Принципы лечения во ПВ стадии ЛГМ.
60. Какая схема ПХТ чаще всего используется для лечения ОЛ.
61. Определение полной ремиссии при ОЛ.
62. Какая схема ПХТ чаще всего используется для лечения МБ.
63. Принципы цитостатической терапии при ОЛ.
64. Перечислить маркеры ЛГМ, МВ, миеломной болезни.
65. Определение выздоровления при ОЛ.
66. Клиника II ст эритромии.
67. Лабораторно-инструментальная диагностика МБ.
68. Отличительные лабораторно-инструментальные признаки ХМЛ.
69. Характеристика IV стадии ЛГМ.
70. Принципы лечения нейрорлейкемии.
71. Какое обследование необходимо провести для верификации диагноза ЛГМ.
72. Принципы лечения эритромии в III стадии.
73. Принципы лечения Агранулоцитоза.
74. Клинико-лабораторная характеристика анемического синдрома при Остром лейкозе.
75. Клинико-лабораторная характеристика гиперпластического синдрома при Остром лейкозе.
76. Патогенез синдрома инфекционных осложнений при Остром лейкозе.
77. Клинико-лабораторная характеристика геморрагического синдрома при Остром лейкозе.
78. Патогенез гиперпластического синдрома при Остром лейкозе.
79. Патогенез хронического лимфолейкоза.
80. Клинико-лабораторная характеристика синдромов Хронического миелолейкоза.
81. Патогенез эритромии.
82. Принципы лечения хронического лимфолейкоза в зависимости от стадии.
83. Клинико-лабораторная характеристика синдромов Хронического лимфолейкоза.
84. Принципы лечения Эритромии в зависимости от стадии и возраста.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе № 4

1. Характеристика групп препаратов, применяемых в базисной терапии РА.
2. Характеристика R-стадий при РА.
3. Клинико-лабораторная характеристики острого течения СКВ.
4. Клинико-лабораторная характеристики медленно-прогрессирующего течения РА.
5. Принципы лечения болезни Рейтера.
6. Врачебная тактика при суставном синдроме.
7. Принципы лечения умеренной степени активности РА.
8. Клинико-лабораторная характеристика поражения ЖКТ при ССД.
9. Лабораторно-инструментальная диагностика СКВ.
10. Патогенез болезни Бехтерева.
11. Клинико-лабораторная характеристика острого подагрического артрита.
12. Патогенез подагрической нефропатии.
13. Принципы лечения РА.
14. Характеристика НПВС: показания, противопоказания, побочные эффекты, механизм действия.
15. Клинико-лабораторная характеристика быстро прогрессирующего течения РА.
16. Перечислить критерии, на основании выставляется течение СКВ.

17. Клинико-лабораторная характеристика CREST- синдрома.
18. Характеристика поражения позвоночника при болезни Бехтерева.
19. Лабораторно-инструментальная диагностика ССД.
20. Классификационные подходы болезни Бехтерева.
21. Клинико-лабораторная характеристика максимальной степени активности болезни Бехтерева.
22. Дифференциальная диагностика поражения кожных покровов при СКВ и ССД.
23. Лабораторно-инструментальная диагностика РА.
24. Патогенез Ревматоидного артрита (РА).
25. Характеристика умеренной степени активности РА.
26. Классификационные подходы РА.
27. Клиническая картина Остеоартроза (ОА).
28. Характеристика максимальной степени активности СКВ.
29. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при Подагре, ОА и РА.
30. Характеристика поражения кожных покровов при СКВ.
31. Классификация Подагры.
32. Характеристика степеней функциональной недостаточности при болезни Бехтерева.
33. Принципы лечения ОА в зависимости от фазы заболевания.
34. Патогенез СКВ.
35. Характеристика патологических изменений в ОАК при СКВ.
36. Характеристика поражения ССС при СКВ.
37. Лабораторно-инструментальная диагностика болезни Рейтера.
38. Дифференциальная диагностика поражения почек при ССД, Подагре и СКВ.
39. Характеристика суставного синдрома при РА.
40. Клиническая картина болезни Рейтера.
41. Принципы лечения ССД.
42. Клинико-лабораторная характеристика подострого течения СКВ.
43. Характеристика суставного синдрома при ССД.
44. Принципы купирования острого подагрического артрита.
45. Принципы лечения Подагры в фазе ремиссии.
46. Патогенез ССД.
47. Принципы лечения СКВ при максимальной степени активности.
48. Клинико-лабораторная характеристика поражения почек при СКВ.
49. Лабораторно-инструментальная диагностика болезни Бехтерева.
50. Патогенез ОА.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе № 5

1. Сахарный диабет: определение, этиология и патогенез ИЗСД (роль вирусов, аутоиммунных процессов, наследственности).
2. Сахарный диабет: патогенетические аспекты клинических жалоб.
3. Сахарный диабет: диагностика, дифференциальная диагностика I и II типов сахарного диабета.
4. Сахарный диабет: классификация осложнений.
5. Сахарный диабет: гипогликемическое состояние, гипогликемическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
6. Сахарный диабет: гипергликемическая кетоацидотическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
7. Сахарный диабет: современные методы лечения и профилактики диабетической стопы.
8. Сахарный диабет: поражение сердца (клиника, диагностика, отличительные черты, профилактика, лечение).
9. Сахарный диабет: диабетическая нейропатия (классификация, клиника, диагностика,

лечение).

10. Сахарный диабет: диабетическая дермопатия, диабетическая стопа (клиника, диагностика, лечение).
11. Сахарный диабет: диетотерапия.
12. Сахарный диабет: инсулинотерапия (классификация инсулинов, схемы инсулинотерапии).
13. Сахарный диабет: таблетированные сахароснижающие препараты (классификация, показания, противопоказания, механизм действия, побочные эффекты).
16. Болезнь Иценко-Кушинга: патогенез и клиника основных синдромов.
17. Болезнь Иценко-Кушинга: этиология, патогенез, классификация, диагностика.
18. Дифференциальная диагностика болезни и синдрома Иценко-Кушинга.
19. Несахарный диабет: этиология, патогенез, клиника.
20. Дифференциальная диагностика синдрома Шихана и болезни Симмондса.
21. Акромегалия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Дифференциальная диагностика акромегалии и гигантизма.
23. Первичный гиперальдостеронизм: клиника, диагностика, лечение.
24. Феохромоцитома: классификация, клиника, диагностика, лечение.
25. Болезнь Аддисона: патогенез и клиника основных синдромов, диагностика, лечение.
26. Аддисонический криз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
27. Феохромоцитома: этиология, патогенез, диагностика.
28. Синдром Иценко-Кушинга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
29. Лабораторные методы диагностики заболеваний щитовидной железы.
30. Эндемический зоб: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
31. Спорадический зоб: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Гипотиреоз: определение, классификация, клиника, принципы лечения.
33. Диффузный токсический зоб: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения и профилактики.
34. Подострый тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
36. Ожирение: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения

Критерии оценки:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если он демонстрирует полное знание и понимание теоретического содержания курса, без пробелов; показывает сформированность практических умений в конкретных ситуациях; высокое качество выполнения всех предусмотренных программой обучения учебных заданий (оценены числом баллов, близким к максимальному); высокий уровень мотивации учения.

- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если он демонстрирует полное знание и понимание теоретического содержания курса, без пробелов; недостаточная сформированность некоторых практических умений в конкретных ситуациях; достаточное качество выполнения всех предусмотренных программой обучения учебных заданий (некоторые виды заданий выполнены с ошибками); средний уровень мотивации учения;

- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если он демонстрирует знание и понимание теоретического содержания курса с незначительными пробелами; характерны несформированность некоторых практических умений при применении знаний в конкретных ситуациях, низкое качество выполнения учебных заданий (оценены числом баллов, близким к минимальному); низкий уровень мотивации учения;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся при незнании и непонимании теоретического содержания курса (значительные пробелы), несформированности некоторых практических умений при применении знаний в конкретных ситуациях, при низком качестве выполнения учебных заданий (оценены числом баллов, ниже минимального количества).

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»**

Медицинский факультет

Кафедра терапии № 2

Перечень вопросов к экзамену по дисциплине «Внутренние болезни, клиническая фармакология».

I. ПУЛЬМОНОЛОГИЯ.

1. Пневмония: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, принципы эмпирической антибактериальной терапии, подходы к патогенетической и симптоматической терапии.
2. Пневмония: классификационные подходы, критерии и характеристика степени тяжести, диагностика, особенности клинического течения в зависимости от вида возбудителя, принципы лечения (в т.ч. антибактериальная терапия в зависимости от вида возбудителя).
3. ХОБЛ - определение понятия, классификационные подходы, основные механизмы патогенеза.
4. ХОБЛ - клиническая картина в зависимости от формы и фазы заболевания, диагностика, принципы лечения.
5. Бронхиальная астма: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, понятие «приступа» и «обострения», лечение приступа в зависимости от степени тяжести.
6. Бронхиальная астма: классификационные подходы, диагностика, характеристика степеней тяжести, принципы лечения (в т. ч. основные группы препаратов, лечение в зависимости от степени тяжести).
7. Осложнение бронхиальной астмы - астматический статус: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение в зависимости от стадии.
8. Плевриты: этиология, патогенез, классификация. Фибринозный плеврит, экссудативный плеврит: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
9. Нагноительные заболевания легких (гангрена, абсцесс): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

10. Легочное сердце: определение, классификационные подходы, патогенез, основные клинические проявления хронического легочного сердца в зависимости от стадии, диагностика, лечение в зависимости от стадии компенсации.
11. Тромбоэмболия легочной артерии: этиология, патогенез: клиника, диагностика, принципы лечения.

II. КАРДИОЛОГИЯ.

1. Митральный стеноз: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
2. Недостаточность митрального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
3. Стеноз устья аорты: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
4. Недостаточность аортального клапана: этиология, внутрисердечная гемодинамика, специфическая клиническая картина, диагностика (физикальная, инструментальная), показания для хирургического лечения.
5. Гипертоническая болезнь: определение, этиология, факторы риска, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина.
6. Гипертоническая болезнь: классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
7. Гипертонический криз (осложненный и неосложненный кризы): определение, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение (в зависимости от типа гипертонического криза).
8. Артериальная гипертензия: классификационные подходы, понятие о целевом артериальном давлении, схемы гипотензивной терапии.
9. Ишемическая болезнь сердца: определение, этиология, факторы риска, патогенез, классификация (ВОЗ).
10. Стенокардия напряжения: определение, классификация (ФК), клиническая картина, диагностика.
11. Стенокардия напряжения: классификация (ФК), клиническая картина, принципы лечения (в т.ч. основные группы антиангинальных препаратов; особенности лечения в зависимости от функционального класса).
12. Нестабильная стенокардия: классификационные подходы (в т.ч. классификация Braunwald), клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
13. Острый коронарный синдром: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
14. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез, клиническая картина (характеристика типичных и атипичных вариантов), лечение неосложненного инфаркта миокарда.
15. Инфаркт миокарда: диагностика (лабораторная, ЭКГ- диагностика по стадиям и локализации), лечение неосложненного инфаркта миокарда.
16. Осложнения инфаркта миокарда (ранние): патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
17. Осложнения инфаркта миокарда (поздние): патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
18. Острая сердечная недостаточность: классификация (Killip). Отек легких: патогенез, клиническая картина, принципы лечения (в т.ч. особенности лечения в зависимости от уровня А/Д).
19. Острая сердечная недостаточность: классификация (Killip). Кардиогенный шок: патогенез, классификация, клиническая картина, принципы лечения.

20. Хроническая сердечная недостаточность: определение, этиология, патогенез, классификация (Василенко В.Х., Стражеско Н.Д.; НУНА).
21. Хроническая сердечная недостаточность: клиническая картина в зависимости от стадии, диагностика (клиническая, лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
22. Перикардиты: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
23. Миокардиты: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
24. Идиопатические кардиомиопатии: понятие о группе заболеваний, классификационные подходы. Дилатационная кардиомиопатия: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
25. Идиопатические кардиомиопатии: понятие о группе заболеваний, классификационные подходы. Гипертрофическая кардиомиопатия: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
26. Ревматизм: определение, этиология, патогенез, клиническая картина.
27. Ревматизм: классификация (МКБ -Х), диагностика, принципы лечения, профилактика (первичная, вторичная).
28. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина.
29. Инфекционный эндокардит: классификационные подходы, диагностика, диагностические критерии, критерии излеченности, принципы лечения.
30. Аритмии: современные представления о патогенезе аритмии, классификация аритмий, верификация диагноза, классификация антиаритмических препаратов.
31. Аритмии - нарушение функции автоматизма: патогенез, клиническая картина в зависимости от вида, изменения ЭКГ, особенности врачебной тактики в зависимости от вида нарушения ритма, показания к назначению антиаритмических препаратов.
32. Аритмии - экстрасистолия: патогенез, клинические проявления, топическая диагностика экстрасистолических аритмий (ЭКГ-признаки); принципы лечения в зависимости от вида аритмии.
33. Аритмии - пароксизмальные тахикардии: патогенез, клиническая картина приступа пароксизмальной тахикардии, характерные изменения на ЭКГ; принципы лечения в т. ч. купирования приступа пароксизмальной тахикардии (суправентрикулярной и желудочковой), показания к электроимпульсной терапии.
34. Аритмии - мерцательная аритмия и трепетание предсердий: патогенез, классификация, клиническая симптоматология; изменения ЭКГ; принципы лечения пароксизмальной и постоянной формы мерцательной аритмии, показания к электроимпульсной терапии.
35. Аритмии - фибрилляция желудочков: патогенез, клиническая картина, ЭКГ-признаки; принципы лечения.

3. ГАСТРОЛОГИЯ

1. Нр-ассоциированные заболевания: общее понятие. ГЭРБ: этиология, патогенез, клиническая картина, принципы лечения.
2. Хронический гастрит: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина в зависимости от типа гастрита.
3. Хронический гастрит: диагностика в зависимости от типа гастрита, дифференциальная диагностика гастритов, этиотропное и патогенетическое лечение в зависимости от типа хронического гастрита (тип А; В; С).
4. Язвенная болезнь: определение, этиология, патогенез, клиническая картина в зависимости от локализации язвы.
5. Язвенная болезнь: классификационные подходы, диагностика, принципы лечения (в т. ч. группы препаратов, схемы эрадикационной терапии).
6. Язвенная болезнь: классификационные подходы. Осложнения (кровотечение, перфорация, пенетрация) основные клинические проявления, диагностика, принципы

лечения.

7. Язвенная болезнь: классификационные подходы. Осложнения (малигнизация, рубцово-язвенная деформация): основные клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
8. Хронический энтерит: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
9. Хронический колит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина (в т.ч. характеристика клинических вариантов), диагностика, принципы лечения.
10. Болезнь Крона: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
11. Неспецифический язвенный колит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
12. Хронический панкреатит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, характеристика клинических вариантов.
13. Хронический панкреатит: классификационные подходы, диагностика, принципы лечения в зависимости от фазы заболевания.
14. Хронический гепатит: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
15. Цирроз печени: определение, этиология, патогенез (в т.ч. механизм самопрогрессирования цирроза печени), характеристика основных клинко-лабораторных синдромов.
16. Цирроз печени: классификационные подходы, диагностика, принципы лечения.
17. Портальная гипертензия: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика стадий, диагностика, принципы лечения.
18. Печеночно-клеточная недостаточность: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика стадий, диагностика, принципы лечения.
19. Желчнокаменная болезнь: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение в зависимости от стадии заболевания.
20. Хронический некалькулезный холецистит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение в зависимости от фазы заболевания.

IV. НЕФРОЛОГИЯ

1. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
2. Хронический гломерулонефрит: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика и лечение в зависимости от варианта заболевания.
3. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, классификационные подходы, основные клинко-лабораторные проявления и принципы лечения в зависимости от периода ОПН.
4. Хроническая болезнь почек: основные звенья патогенеза, классификационные подходы, критерии ХБП, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
5. Хронический пиелонефрит: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения, противорецидивная терапия.
6. Нефротический синдром: патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностика, принципы лечения.

V. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ.

1. Анемии: определение, классификационные подходы (патогенетическая классификация, классификация по: степени насыщения эритроцитов гемоглобином, по степени тяжести, по морфологии, по регенераторной способности костного мозга).
2. Железодефицитная анемия: этиология, патогенез, клинко-лабораторная характеристика основных синдромов, принципы лечения и профилактики (первичной,

вторичной).

3. Витамин В12 - дефицитная анемия: этиология, патогенез, клинико-лабораторная характеристика основных синдромов, принципы лечения и профилактики.
4. Гемолитические анемии: классификационные подходы, диагностические критерии гемолитических анемий; клинико-лабораторная характеристика и принципы лечения аутоиммунной гемолитической анемии, наследственного микросфероцитоза, серповидно-клеточной анемии, ферментопатии, развивающейся вследствие дефицита Гл-6-ФД, Р-талассемии.
5. Апластическая анемия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
6. Хронический миелолейкоз: клиническая картина, диагностика, принципы лечения в зависимости от стадии заболевания.
7. Хронический лимфолейкоз: клиническая картина, диагностика и принципы лечения в зависимости от стадии заболевания.
8. Миеломная болезнь: классификационные подходы, патогенез, клинико-лабораторно-инструментальная характеристика основных синдромов, принципы лечения.
9. Эритремия: патогенез, клиническая картина, диагностика и принципы лечения в зависимости от стадии заболевания.
10. Острый лейкоз: этиология, патогенез, клинико-лабораторно-инструментальная характеристика основных синдромов, основные принципы терапии.
11. Лимфогранулематоз: классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
12. Геморрагические диатезы: классификационные подходы, характеристика типов кровоточивости; диагностика и принципы лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры, болезни Рандю-Ослера (наследственная телеангиэктазия), гемофилии, болезнь Шенлейн-Геноха (геморрагический васкулит).
13. Агранулоцитоз: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

VI. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ.

1. Диффузный токсический зоб: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика степеней тяжести, диагностика, принципы лечения.
2. Гипотиреоз: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
3. Острый тиреоидит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
4. Подострый тиреоидит: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
5. Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
6. Эндемический зоб: признаки эндемичности местности, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
7. Сахарный диабет: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, характеристика I и II типов сахарного диабета, диагностика, лечение (диетотерапия, инсулинотерапия, пероральные сахароснижающие препараты).
8. Острые осложнения сахарного диабета: клиническая картина, диагностика, принципы лечения ком.

9. Поздние осложнения сахарного диабета: классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
10. Хроническая надпочечниковая недостаточность: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
11. Болезнь Иценко-Кушинга: патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
12. Несахарный диабет: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
13. Феохромоцитома: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
14. Синдром Конна: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
15. Ожирение: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
16. Акромегалия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
17. Гигантизм: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

VII. РЕВМАТОЛОГИЯ.

1. Системная красная волчанка: классификационные подходы, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
2. Системная склеродермия: классификационные подходы, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
3. Дерматомиозит: классификационные подходы, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
4. Ревматоидный артрит: классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
5. Деформирующий остеоартроз: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
6. Подагра: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
7. Узелковый периартериит: клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
8. Болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит): клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
9. Болезнь Винивартера-Бюргера (облитерирующий тромбангиит): клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
10. Болезнь Хортона (гигантоклеточный височный артериит): клиническая картина, диагностика, принципы лечения.

Форма экзаменационного билета по дисциплине
Государственное образовательное учреждение
Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко

медицинский факультет

Утверждаю
И.о. зав. кафедрой

Дисциплина «Внутренние болезни, клиническая фармакология»

Специальность: «Стоматология»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № _____

1. Ревматизм: классификация (МКБ-Х) этиология, клиническая картина, диагностика.
2. Язвенная болезнь: патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
3. Перикардиты: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
4. Тромбоэмболия легочной артерии: этиология, патогенез: клиника, диагностика, принципы лечения.
5. Задача.

Составила: _____ асс. Кульчицкая Н.Д.

Критерии оценки:

оценка «отлично»: глубокие и твердые знания всего программного материала учебной дисциплины, содержащегося в рекомендованной (основной и дополнительной) литературе, глубокое понимание сущности назначения лекарственных средств при различных заболеваниях; определение взаимодействия лекарственных средств друг с другом; логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; возможность применить в полном объеме теоретические знания для решения ситуационных задач.

оценка «хорошо»: достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины, содержащегося в основной и дополнительной литературе, правильное понимание сущности назначения лекарственных средств при различных заболеваниях; определение взаимодействия лекарственных средств друг с другом; правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; умение самостоятельно, применять основные теоретические знания к решению ситуационных задач;

оценка «удовлетворительно»: знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей; поверхностное понимание сущности назначения лекарственных средств при различных заболеваниях; определение взаимодействия лекарственных средств друг с другом - правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; умение применять теоретические знания к решению основных задач;

оценка «неудовлетворительно»: отсутствие знаний значительной части программного материала; неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов; неумение применять теоретические знания при решении ситуационных задач