

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

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА «ТЕРАПИИ №2»

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент

/Р.В.Окушко/

“29” августа 2019 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

Направление подготовки:

31.05.01 «Лечебное дело»

Квалификация (степень) выпускника:

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Форма обучения:

ОЧНАЯ

Составитель ассистент кафедры Кацавель О.Н.

Кацавель

Тирасполь, 2019

«Госпитальная терапия, эндокринология»

1. В результате освоения дисциплины студент должен:

1.1. Знать:

- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто 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 инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику);
- критерии диагноза 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, включая основы антидопингового законодательства;

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, состояние душевнобольных пациентов;
- 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 достоверного результата;
- определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидро-пневмоторакса и др.;
- подобрать индивидуальный вид оказания медицинской помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план терапевтических действий, с учетом особенностей течения болезни и ее лечения;

- 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; 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 достоверного результата;
- 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;
- проводить с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее часто встречающихся заболеваний, требующих терапевтического или хирургического лечения, осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов физической культуры и спорта, закаливания, пропагандировать здоровый образ жизни; заполнять историю болезни, выписать рецепт;

1.3. Владеть:

- Методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение свойств артериального пульса, измерение артериального давления).
- Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- Алгоритмом развернутого клинического диагноза.
- Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту.
- 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
IX семестр			

1.	Контрольная работа №1. по темам № 1-4.	ОК-1, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-16, ПК-21.	собеседование/пи сьменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
2.	Контрольная работа №2. по темам № 6-9.	ОК-1, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-16, ПК-21.	собеседование/пи сьменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
3.	Контрольная работа №1. по темам № 10-13.	ОК-1, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-16, ПК-21.	собеседование/пи сьменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
Промежуточная аттестация		ОК-1, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-16, ПК-21.	Зачет: решение комплекта клинических задач.
Х семестр			
4.	Контрольная работа № 4. по темам № 1-3.	ОК-1, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-16, ПК-21.	собеседование/пи сьменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
5.	Контрольная работа № 5. по темам № 4-6.	ОК-1, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-16, ПК-21.	собеседование/пи сьменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
6.	Контрольная работа № 4. по темам № 7-12.	ОК-1, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-16, ПК-21.	собеседование/пи сьменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
Промежуточная аттестация		ОК-1, ОК-8, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-16, ПК-21.	Зачет: решение комплекта клинических задач.

2.

Перечень оценочных средств

№	Наименование	Критерии оценки	Вид и форма представлен
---	--------------	-----------------	-------------------------

	оценочного средства		ия оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Клинические задачи	<i>Оценка «отлично»:</i> 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; <i>Оценка «хорошо»</i> 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. <i>Оценка «удовлетворительно»</i> 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 <i>Оценка «неудовлетворительно»:</i> отсутствует ответ хотя бы на один вопрос задачи или существенные и грубые ошибки в ответах на вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов.	распечатанны е задачи
2	Тест	<i>Оценка «отлично»</i> правильные ответы на все предлагаемые вопросы теста или отсутствие ответа на 2 вопроса. <i>Оценка «хорошо»</i> отсутствие ответа на 4 вопроса теста. <i>Оценка «удовлетворительно»</i> отсутствие ответа на 6 вопросов теста. <i>Оценка «неудовлетворительно»</i> отсутствие ответа на 4 и более вопроса теста.	распечатанны е тестовые задания
3	Промежуточ	В случае если студент (ка) за курс набрал (а) по БРС 83 и более баллов выставляется	Распечатанны

	ная аттестация в виде решения комплекта клинических задач: зачет - 9 семестр.	автоматически промежуточная аттестация. В случае если студент(ка) набрал(а) от 63 до 82 баллов сдаётся зачёт по вопросам. Критерии оценки: <i>«Зачтено» выносится в зачётную книжку если студент выполнил минимальные требования:</i> – знание основного материала учебной дисциплины; правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – демонстрирует навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности; <i>«Не зачтено» выносится в зачётку в случае:</i> – 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; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности. В случае если студент(ка) набрал(а) по БРС менее 63 баллов – рекомендовано повторение всего курса.	е комплекты клинических задач.
	Промежуточ ная аттестация в виде решения комплекта клинических задач: зачет - 10 семестр.	В случае если студент (ка) за курс набрал (а) по БРС 88 и более баллов выставляется автоматически промежуточная аттестация. В случае если студент(ка) набрал(а) от 67 до 87 баллов сдаётся зачёт по вопросам. Критерии оценки: <i>«Зачтено» выносится в зачётную книжку если студент выполнил минимальные требования:</i> – знание основного материала учебной дисциплины; правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – демонстрирует навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности; <i>«Не зачтено» выносится в зачётку в случае:</i> – 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; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности. В случае если студент(ка) набрал(а) по БРС менее 67 баллов – рекомендовано повторение	Распечатанны е комплекты клинических задач.

		всего курса.	
--	--	--------------	--

Примерные тестовые задания по дисциплине «Госпитальная терапия, эндокринология».

1. У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови 16 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче (+).

Тип диабета у больного?

- а) С.д. инсулинзависимый (1 тип);
- б) С.д. инсулиннезависимый (2 тип);
- в) С.д. инсулиннезависимый (2 тип), инсулинопотребный;
- г) С.д. 2 типа у молодых (MODY).

2. У полной женщины 45 лет случайно при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак- 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной?

- а) Сахарный диабет инсулинзависимый (1 тип);
- б) Сахарный диабет инсулиннезависимый (2 тип);
- в) Сахарный диабет инсулиннезависимый (2 тип), инсулинопотребный;
- г) Сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY).

3. Какой из сахароснижающих препаратов вы порекомендуете больному инсулиннезависимым сахарным диабетом с сопутствующей патологией почек?

- а) манинил;
- б) глюренорм;
- в) хлорпропамид;
- г) диабетон.

4. Сахарный диабет 1 типа следует лечить:

- а) только диетотерапией;
- б) сульфаниламидными препаратами;
- в) инсулином на фоне диетотерапии;
- г) бигуанидами.

5. Больной 56 лет. Страдает инсулиннезависимым СД. Диабет компенсирован диетой и приемом глюренорма. Больному предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Какова тактика гипогликемизирующей терапии?

- а) сохранение прежней схемы лечения;
- б) назначение препаратов инсулина;
- в) добавление преднизолона;
- г) назначение манинила.

6. Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?

- а) С- пептид;
- б) средняя суточная гликемия;
- в) гликозилированный Нв;
- г) средняя амплитуда гликемических колебаний.

7. Больной 19 лет доставлен в больницу в бессознательном состоянии с признаками обезвоживания. Кожа и слизистые оболочки сухие, запах ацетона изо рта, мышечная гипотония, снижение сухожильных рефлексов, частое, глубокое дыхание, печень +4 см. Какую кому характеризует эта клиника?

- а) гипогликемическую;
- б) кетоацидотическую;
- в) лактаcidотическую;
- г) гиперосмолярную.

8. Женщина 52 лет, болеющая сахарным диабетом, жалуется на головную боль, утомляемость, бессонницу. При осмотре установлен высокий уровень АД – 200/110 мм.рт. ст. Какой препарат наиболее целесообразно выбрать для быстрого снижения артериального давления?

- а) анаприлин;
- б) метотрексат;
- в) папаверин;
- г) каптоприл.

9. 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.

10. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:

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

11. 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.

12. 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.

13. При гиперкетонемической коме дыхание

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

14. 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?

Острый лимфобластный лейкоз;

Хронический миелолейкоз;

Хронический лимфолейкоз;

Лимфогранулематоз.

15. Больной 69 лет предъявляет жалобы на: общую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, жжение и боли в языке, чувство онемение 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- $3,5 \cdot 10^9/л$: 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.

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

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

17. 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.

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

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

19. 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?

Эритремия;
Хронический миелолейкоз;
Хронический лимфолейкоз;
Миеломная болезнь.

20. 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%, тени Боткина- Гумпрехта; РОЭ-52мм/ч. Какой диагноз наиболее вероятен у данной больной?

Острый лейкоз;
Хронический миелолейкоз;
Хронический лимфолейкоз;
Лимфогранулематоз.

21. 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.

22. 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.

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

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

24. 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;

25. Больной 53 лет в течении 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.

26. 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:

Ревматизм;
Ревматоидный артрит;
Деформирующий остеоартроз;
Подагра.

27. Больная 53 лет предъявляет жалобы на боли в мелких суставах кистей рук, скованность продолжительностью до полудня, суставы опухли, кожа над ними гиперемизирована, горячая на ощупь, температура тела субфебрильная. В общем анализе крови: лейкоциты - $10 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 35 мм/ч; БАК: α_2 -глобулины – 14%, СРБ ++. Ваш диагноз:

Ревматизм;
Ревматоидный артрит;
Системная склеродермия;
Деформирующий остеоартроз.

28. Наиболее частые признаки поражения кожи при склеродермии:

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

29. 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 опухли, гиперемизированы, 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%, LE-клетки – 5:1000; АНФ – 1:128. Для какой степени активности системной красной волчанки характерны вышеперечисленные клинико-лабораторные данные?

I;
II;
III;
неактивная фаза.

30. Поражение каких суставов не характерно для генерализованного остеоартроза?

дистальных межфаланговых;
проксимальных межфаланговых;
лучезапястных;
коленных.

31. Какой основной клинический симптом встречается при склеродермии?

жажда;
синдром Рейно;
тяжелый легочный фиброз;
полиурия.

32. Поражение почек, типичное для СКВ:

нефросклероз;
пиелонефрит;
мочекаменная болезнь;
люпус – нефрит.

33. 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: мочевины 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;

34. 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.

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

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

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

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

37. При каком лейкозе выявляется Филадельфийская хромосома:

- а) Острый лейкоз;
- б) Эритремия;

- в) Хронический миелолейкоз;
- г) Хронический лимфолейкоз.

38. Назовите изменения в красном костном мозге при Витамин В₁₂-дефицитной анемии:

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

39. Укажите патогенетический метод лечения рецидива острого лейкоза:

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

40. Симптом лейкемического провала в анализе крови соответствует какому заболеванию:

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

41. 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;

42. 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;

43. 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;

44. 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;

45. 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;

46. 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 R-графии определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев. Название узловатых образований?

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

47. При остеоартрозе наблюдается:

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

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

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

49. 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 LE-клеток в крови;

50. Какой признак наиболее значим для диагноза СКВ?

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

Ключ к тестовым заданиям.

. а	11. г	21. а	31. б	41. б
. б	12. б	22. в	32. г	42. б
. в	13. в	23. б	33. в	43. б
4. в	14. г	24. а	34. в	44. б
5. б	15. в	25. б	35. б	45. а
6. в	16. г	26. г	36. б	46. б
7. б	17. б	27. б	37. в	47. г

8. г	18. в	28. б	38. б	48. в
9. а	19. а	29. в	39. в	49. г
10. г	20. в	30. в	40. в	50. в

Примерные ситуационные/клинические задачи по дисциплине «Госпитальная терапия, эндокринология».

Задача 1.

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.

2) Предварительный диагноз:

Витамин В12 дефицитная анемия средней тяжести. Резецированный желудок.

3) 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

4) План лечения:

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

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

Задача 2

Больной 18 лет доставлен в стационар с жалобами на боли в горле при глотании, кровоточивость десен, слабость, озноб, повышение температуры до 38,5 С, 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, неспаянные 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 - $42 \times 10^9/\text{л.}$, 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- $2,5 \times 10^{12}/\text{л.}$, 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 — $82 \times 10^9/\text{л.}$ – тромбоцитопения.

— жалобы на кровоточивость десен

— на коже и слизистой рта точечные геморрагии

— время кровотечения 12 мин – удлинено вследствие тромбоцитопении

6) 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 3

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 в мин, 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 4

Больной 19 лет предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер. Неделю 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 5

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
- β-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 6

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 отекающие, 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 Т3, 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 7

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 легкоусваивающихся 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 8

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; желателно 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 9

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. - 4-8-12 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; LE-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 LE-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 LE-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 10

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 плюсне-фалангового 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 0,3 x 0,2 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 мочекислого 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 11

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, G, М, исследование синовиальной жидкости на цитоз, скинтиграфия с пирофосфатом технеция, тепловизионное 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.

Примерные вопросы к контрольным работам по дисциплине «Госпитальная терапия, эндокринология»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №1 (темы 1-4) – 9 семестр

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.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №2 (темы 6-9) – 9 семестр

1. Принципы лечения аутоиммунной гемолитической анемии.
2. Методика проведения прямой пробы Кумбса.
3. Физиологический гемолиз эритроцитов.
4. Гематологическая характеристика гиперрегенераторной способности костного мозга.
5. При каком заболевании развивается фуникулярный миелоз и его клиника.
6. Клинико-лабораторная характеристика анемического синдрома при железодефицитной анемии.
7. Отличительные особенности наследственных гемолитических анемий в ОАК.
8. Перечислить основные клинико-гематологические синдромы апластической анемии.
9. Дифференциальная диагностика В12-дефицитной и фолиеводефицитной анемии в зависимости от клинических проявлений.
10. Патогенез сидеропенического синдрома при железодефицитной анемии.
11. Что определяют при проведении непрямой пробы Кумбса.
12. Показания для парентерального применения препаратов железа.
13. Всасывание железа..
14. Показания для геотрансфузий при анемиях.

15. Принципы лечения ферментопатий.
16. Патогенез серповидно-клеточной анемии.
17. Принципы лечения ЖДА (в т.ч. дозы железа).
18. Клинико-гематологическая характеристика гемолитического криза.
19. Принципы первичной и вторичной профилактики железодефицитной анемии.
20. Этиология фолиеводефицитной анемии.
21. Механизм всасывания витамина В₁₂.
22. Патогенетическая классификация анемий.
23. Нормальные показатели сывороточного железа и ОЖССК при каких патологических состояниях отмечается изменение этих показателей.
24. Нормальные показатели ОАК.
25. Показатели ОАК при железодефицитной анемии.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №3 (темы 10-13) – 9 семестр

1. Характеристика II стадии МБ.
2. Клинико-лабораторная характеристика синдрома белковой патологии.
3. Отличительные признаки в ОАК при ХЛЛ.
4. Патогенез анемического синдрома при ОЛ.
5. Характеристика III стадии ЛГМ.
6. Перечислить и дать характеристику основным синдромам МБ.
7. Как отличить ОЛЛ от ОМЛ.
8. На основании каких данных в диагнозе ЛГМ выставляется буква А или В.
9. Принципы лечения во IIВ стадии ЛГМ.
10. Какая схема ПХТ чаще всего используется для лечения ОЛ.
11. Определение полной ремиссии при ОЛ.
12. Какая схема ПХТ чаще всего используется для лечения МБ.
13. Принципы цитостатической терапии при ОЛ.
14. Перечислить маркеры ЛГМ, МБ, миеломной болезни.
15. Определение выздоровления при ОЛ.
16. Клиника II ст эритромии.
17. Лабораторно-инструментальная диагностика МБ.
18. Отличительные лабораторно-инструментальные признаки ХМЛ.
19. Характеристика IV стадии ЛГМ.
20. Принципы лечения нейтропении.
21. Какое обследование необходимо провести для верификации диагноза ЛГМ.
22. Принципы лечения эритромии в III стадии.
23. Патогенез миеломной нефропатии.
24. Перечислить гемобластозы, развивающиеся при поражении ростка миелопоэза.
25. Показатели ОАК при ОЛ.
26. Характеристика этиопатогенетических вариантов Агранулоцитоза.
27. Классификация Агранулоцитоза по степеням тяжести.
28. Клиническая картина Агранулоцитоза.
29. Лабораторно-инструментальная диагностика Агранулоцитоза.
30. Принципы лечения Агранулоцитоза.
31. Этиология гемобластозов.
32. Классификация гемобластозов.
33. Основные положения клоновой теории гемобластозов.
34. Клинико-лабораторная характеристика анемического синдрома при Остром лейкозе.
35. Патогенез геморрагического синдрома при Остром лейкозе.
36. Определения: «выздоровления», полной ремиссии и рецидива при Остром лейкозе.

37. Клинико-лабораторная характеристика гиперпластического синдрома при Остром лейкозе.
38. Патогенез синдрома инфекционных осложнений при Остром лейкозе.
39. Клинико-лабораторная характеристика геморрагического синдрома при Остром лейкозе.
40. Клиника и принципы лечения нейрорлейкемии при Остром лейкозе.
41. Патогенез анемического синдрома при Остром лейкозе.
42. Этапы и принципы лечения Острого лейкоза.
43. Патогенез гиперпластического синдрома при Остром лейкозе.
44. Клинико-лабораторная характеристика синдрома инфекционных осложнений при Остром лейкозе.
45. Патогенез Хронического лимфолейкоза.
46. Клинико-лабораторная характеристика синдромов Хронического миелолейкоза.
47. Патогенез Эритремии.
48. Принципы лечения Хронического лимфолейкоза в зависимости от стадии.
49. Клинико-лабораторная характеристика синдромов Хронического лимфолейкоза.
50. Принципы лечения Эритремии в зависимости от стадии и возраста.
51. Отличительные признаки в ОАК при Хроническом лимфолейкозе, Хроническом миелолейкозе и Эритремии.
52. Причины и механизм развития симптоматических эритроцитозов.
53. Клинико-лабораторная характеристика синдромов Эритремии.
54. Патогенез развития аутоиммунной гемолитической анемии и тромбоцитопении при Хроническом лимфолейкозе.
55. Характеристика III стадии Лимфогранулематоза.
56. Клинико-лабораторная характеристика синдрома белковой патологии при миеломной болезни.
57. Характеристика II стадии Миеломной болезни.
58. Перечислить признаки клинической и биологической активности при ЛГМ.
59. Патогенез синдрома миеломной нефропатии при Миеломной болезни.
60. Клинико-лабораторная характеристика синдромов при макроглобулинемии Вальденстрема.
61. Характеристика III стадии Миеломной болезни.
62. Принципы лечения ЛГМ в IA стадии.
63. Лабораторно-инструментальная диагностика синдрома костной патологии при Миеломной болезни.
64. Принципы лечения Лимфом.
65. Врачебная тактика при лимфаденопатии.
66. Клиническая картина и основные положения патогенеза синдрома костной патологии.
67. Клинико-лабораторная характеристика развернутого периода ЛГМ.
68. Принципы лечения Миеломной болезни в IIB стадии.
69. Маркеры Миеломной болезни, макроглобулинемии вальдестрема, ЛГМ.
70. Характеристика IV стадии Лимфогранулематоза.
71. Клинико-лабораторная характеристика миеломной нефропатии.
72. Клиническая картина гипервискозного синдрома при Миеломной болезни.
73. Принципы лечения ЛГМ в IIIB стадии.
74. Механизм развития и принципы терапии гиперкальциемического синдрома при Миеломной болезни.
75. Побочные эффекты цитостатической терапии.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №4 (темы 1-3) – 10 семестр

1. Гормоны: классификация, механизм действия гормонов.
2. Принципы нейроэндокринной регуляции.

3. Сахарный диабет: определение, этиология и патогенез ИЗСД (роль вирусов, аутоиммунных процессов, наследственности).
4. Сахарный диабет: патогенетические аспекты клинических жалоб.
5. Сахарный диабет: диагностика, дифференциальная диагностика I и II типов сахарного диабета.
6. Сахарный диабет: классификация осложнений.
7. Сахарный диабет: гипогликемическое состояние, гипогликемическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
8. Сахарный диабет: гипергликемическая кетоацидотическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
9. Сахарный диабет: современные методы лечения и профилактики диабетической стопы.
10. Сахарный диабет: поражение сердца (клиника, диагностика, отличительные черты, профилактика, лечение).
11. Сахарный диабет: диабетическая нейропатия (классификация, клиника, диагностика, лечение).
12. Сахарный диабет: диабетическая дермопатия, диабетическая стопа (клиника, диагностика, лечение).
13. Сахарный диабет: диетотерапия.
14. Сахарный диабет: инсулинотерапия (классификация инсулинов, схемы инсулинотерапии).
15. Сахарный диабет: таблетированные сахароснижающие препараты (классификация, показания, противопоказания, механизм действия, побочные эффекты).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №5 (темы 4-6) – 10 семестр

1. Болезнь Иценко-Кушинга: патогенез и клиника основных синдромов.
2. Болезнь Иценко-Кушинга: этиология, патогенез, классификация, диагностика.
3. Дифференциальная диагностика болезни и синдрома Иценко-Кушинга.
4. Несахарный диабет: этиология, патогенез, клиника.
5. Дифференциальная диагностика синдрома Шихана и болезни Симмондса.
6. Акромегалия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
7. Дифференциальная диагностика акромегалии и гигантизма.
8. Первичный гиперальдостеронизм: клиника, диагностика, лечение.
9. Феохромоцитома: классификация, клиника, диагностика, лечение.
10. Болезнь Аддисона: патогенез и клиника основных синдромов, диагностика, лечение.
11. Аддисонический криз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
12. Феохромоцитома: этиология, патогенез, диагностика.
13. Синдром Иценко-Кушинга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
14. Лабораторные методы диагностики заболеваний щитовидной железы.
15. Эндемический зоб: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
16. Спорадический зоб: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
17. Гипотиреоз: определение, классификация, клиника, принципы лечения.
18. Диффузный токсический зоб: патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения и профилактики.
19. Подострый тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
20. Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
21. Ожирение: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №6 (темы 7-12) – 10 семестр

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 характеристики 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.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ» - 9 семестр.

I. БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

1. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика.
2. Острый гломерулонефрит: классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
3. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификационные подходы, диагностика, клиническая картина в зависимости от варианта заболевания.
4. Хронический гломерулонефрит: классификационные подходы, диагностика (лабораторная, инструментальная), клиническая картина и лечение в зависимости от варианта заболевания.
5. Амилоидоз почек: этиология, современная концепция патогенеза, классификационные подходы, клиническая картина (в т.ч. характеристика стадий), диагностика (лабораторная, инструментальная).
6. Амилоидоз почек: классификационные подходы, клиническая картина (в т.ч. характеристика стадий), диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
7. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, классификационные подходы, основные клинико-лабораторные проявления в зависимости от периода ОПН.
8. Острая почечная недостаточность: классификационные подходы, основные клинико-лабораторные проявления и лечение в зависимости от периода ОПН.
9. Хроническая болезнь почек: этиология, классификационные подходы, патогенез, клиническая картина в зависимости от стадии ХБП, принципы диагностики и лечения.
10. Хронический пиелонефрит: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика.
11. Хронический пиелонефрит: классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения, противорецидивная терапия.
12. Нефротический синдром: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, осложнения, диагностика, принципы лечения в зависимости от этиологии.

II. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ.

1. Анемии: определение, классификационные подходы (патогенетическая классификация, классификация по: степени насыщения эритроцитов гемоглобином, по степени тяжести, по морфологии, по регенераторной способности костного мозга).
2. Анемии: определение, классификационные подходы (патогенетическая классификация, классификация по: степени насыщения эритроцитов гемоглобином, по степени тяжести, по морфологии, по регенераторной способности костного мозга).
3. Железодефицитная анемия: этиология, краткие сведения об обмене железа в организме, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения, первичная и вторичная профилактика.
4. Витамин В₁₂ - дефицитная анемия: этиология, краткие сведения о витамине В₁₂ патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения, профилактика.

5. Фолиеводефицитная анемия: этиология, краткие сведения о фолиевой кислоте, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения, профилактика.
6. Гемолитические анемии: классификационные подходы (по происхождению, по течению, по характеру гемолиза), механизмы гемолиза (характеристика внутриклеточного и внутрисосудистого гемолиза), диагностические критерии гемолитических анемий.
7. Наследственные гемолитические анемии: классификация. Наследственный микросфероцитоз: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная, принципы лечения).
8. Наследственные гемолитические анемии: классификация. Ферментопатии: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная, принципы лечения).
9. Наследственные гемолитические анемии: классификация. Серповидно-клеточная анемия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная, принципы лечения).
10. Наследственные гемолитические анемии: классификация. Талассемии: классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная, принципы лечения).
- I I. Приобретенные гемолитические анемии: классификация. Аутоиммунная гемолитическая анемия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная, принципы лечения).
12. Приобретенные гемолитические анемии: классификация. Ночная пароксизмальная гемоглобинурия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная, принципы лечения).
13. Апластическая анемия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
14. Гемобластозы: определение, этиология, классификационные подходы, патогенез (законы опухолевой прогрессии, клоновая теория), принципы диагностики.
15. Хронический миелолейкоз: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная) и лечение в зависимости от стадии заболевания.
16. Хронический лимфолейкоз: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная) и лечение в зависимости от стадии заболевания.
17. Миеломная болезнь: этиология, классификация (клинико-анатомическая, по стадия), патогенез, клинколабораторная характеристика основных синдромов.
18. Миеломная болезнь: этиология, классификация (клинико-анатомическая, по стадия), патогенез, клинко- лабораторная характеристика основных синдромов.
19. Миеломная болезнь: патогенез и клинко-лабораторная характеристика основных синдромов, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
20. Макроглобулинемия Вальденстрема: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
21. Эритремия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная) и лечение в зависимости от стадии заболевания.
22. Острый лейкоз: этиология, патогенез, клиническая картина и диагностика (лабораторная, инструментальная) основных синдромов.
23. Острый лейкоз: клиническая картина и диагностика (лабораторная, инструментальная) основных синдромов, клинко-лабораторная характеристика стадий, основные принципы и этапы терапии.
24. Острый лейкоз: клиническая картина и диагностика (лабораторная, инструментальная) основных синдромов, клинко-лабораторная характеристика стадий, основные принципы и этапы терапии.

25. Лимфогранулематоз: этиология, патогенез, классификация (гистологическая, клиническая), клиническая картина.
26. Лимфогранулематоз: классификация (гистологическая, клиническая), клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
27. Лимфогранулематоз: классификация (гистологическая, клиническая), клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
28. Геморрагические диатезы: определение, классификация, характеристика типов кровоточивости, диагностика - исследование сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза.
29. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
30. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
31. Болезнь Рандю-Ослера (наследственная телеангиэктазия): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
32. Гемофилия А: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
33. Болезнь Шенлейн-Геноха (геморрагический васкулит): этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
34. Агранулоцитоз: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ» - 10 семестр.

І. БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.

1. Принципы нейроэндокринной регуляции.
2. Гормоны: классификация, механизм действия гормонов.
3. Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, классификация (степени увеличения щитовидной железы), характеристика степеней тяжести.
4. Диффузный токсический зоб: клиническая картина, диагностика, принципы лечения (показания к оперативному вмешательству), профилактика.
5. Гипотиреоз: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
6. Острый тиреоидит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
7. Подострый тиреоидит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
8. Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
9. Эндемический зоб: определение, признаки эндемичности местности, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
10. Спорадический зоб: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
11. Сахарный диабет: определение, этиология, патогенез, классификация (клинические классы, степени тяжести, уровни компенсации, осложнения).
12. Сахарный диабет: характеристика основных клинических синдромов, диагностика, характеристика (в т.ч. диф. диагностика) I и II типов сахарного диабета.
13. Сахарный диабет: поздние осложнения: классификация клиническая картина, диагностика, лечение.

14. Ранние осложнения сахарного диабета: Гипергликемическая кетоацидотическая кома: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
15. Ранние осложнения сахарного диабета: Гипергликемическая некетоацидотическая кома: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
16. Ранние осложнения сахарного диабета: Гипогликемическая кома: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
17. Ранние осложнения сахарного диабета: Лактацидемическая кома: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
18. Сахарный диабет: принципы лечения сахарного диабета I типа: диетотерапия, инсулинотерапия (характеристика препаратов инсулина – по химическому составу, по продолжительности действия, схемы: базисно-болюсная и 2-х кратного введения, осложнения инсулинотерапии).
19. Сахарный диабет: принципы лечения сахарного диабета II типа: диетотерапия, применение пероральных сахароснижающих препаратов (характеристика групп пероральных сахароснижающих препаратов; показания для перевода на инсулин).
20. Хроническая надпочечниковая недостаточность: этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.
21. Болезнь Иценко-Кушинга: этиология, патогенез и клиника основных синдромов, диагностика, лечение.
22. Синдром Иценко-Кушинга: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
23. Несахарный диабет: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
24. Феохромоцитома: этиология, патогенез, основные клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
25. Синдром Кона: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
26. Ожирение: этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления, лечение.
27. Синдром Шихана: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
28. Болезнь Симмондса: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
29. Акромегалия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Гигантизм: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
31. Ожирение: этиология, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

II. КОЛЛАГЕНОЗЫ.

1. Системная красная волчанка: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, характеристика степеней активности, диагностические критерии, диагностика, принципы лечения.
2. Системная склеродермия: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
3. Дерматомиозит: этиология, патогенез, клиническая картина, классификация, диагностика, принципы лечения.
4. Ревматоидный артрит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, характеристика степеней активности, диагностические критерии, 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. Болезнь Бехтерева: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
8. Общие понятия о реактивных артритах; принципы диагностики и тактика ведения пациентов с реактивными артритами.

9. Системные васкулиты – понятие о группе заболеваний, основные механизмы патогенеза, принципы классификации и лечения.
10. Узелковый периартериит: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
11. Болезнь Бехчета: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
12. Синдром Вегенера: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
13. Синдром Гудпасчера: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
14. Болезнь Такаясу: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.