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/
“ 31 ” августа 2020 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Направление подготовки:
3.31.05.03 «Стоматология» (уровень специалитета)

ВРАЧ – СТОМАТОЛОГ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Форма обучения:
ОЧНАЯ

Составитель /Кульчицкая Н.Д. ассистент кафедры терапии №2.

Тирасполь, 2020

Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине:

«*ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ*»

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;

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 развернутого 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**
Vсеместр			
1.	Контрольная работа №1 по темам: № 1-6	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1 ПК-5, ПК-6.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
2.	Контрольная работа №2 по темам: № 7-18	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1 ПК-5, ПК-6.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
VI семестр			
1.	Контрольная работа №3 по темам: № 1-8	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1 ПК-5, ПК-6.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
2.	Контрольная работа №4 по темам: № 9-13	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1 3.ПК-5, ПК-6.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
	Контрольная работа №5 по темам: № 14-18	ОК-1, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1 ПК-5, ПК-6.	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.	Зачет: собеседование по билетам, решение клинических задач.

3. Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Критерии оценки	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Клинические задачи	*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, недопонимание сущности излагаемых вопросов.	распечатанные задачи
2	Тест	*Оценка «отлично»* правильные ответы на все предлагаемые вопросы теста или отсутствие ответа на 2 вопроса. *Оценка «хорошо»* отсутствие ответа на 4 вопроса теста. *Оценка «удовлетворительно»* отсутствие	распечатанные тестовые задания

		ответа на 6 вопросов теста. *Оценка «неудовлетворительно»* отсутствие ответа на 4 и более вопроса теста.	
3	Промежуточная аттестация в виде собеседования: зачет.	В случае если студент (ка) за курс набрал (а) по БРС 197 и более баллов выставляется автоматически промежуточная аттестация. В случае если студент(ка) набрал(а) от 151 до 196 баллов сдаётся зачёт. Критерии оценки: *«Зачтено» выносится в зачётную книжку если студент выполнил минимальные требования*: – 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; *«Не зачтено» выносится в зачётку в случае:* – 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, недопонимание сущности излагаемых вопросов; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности.	Распечатанные вопросы и клинические задачи.

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.

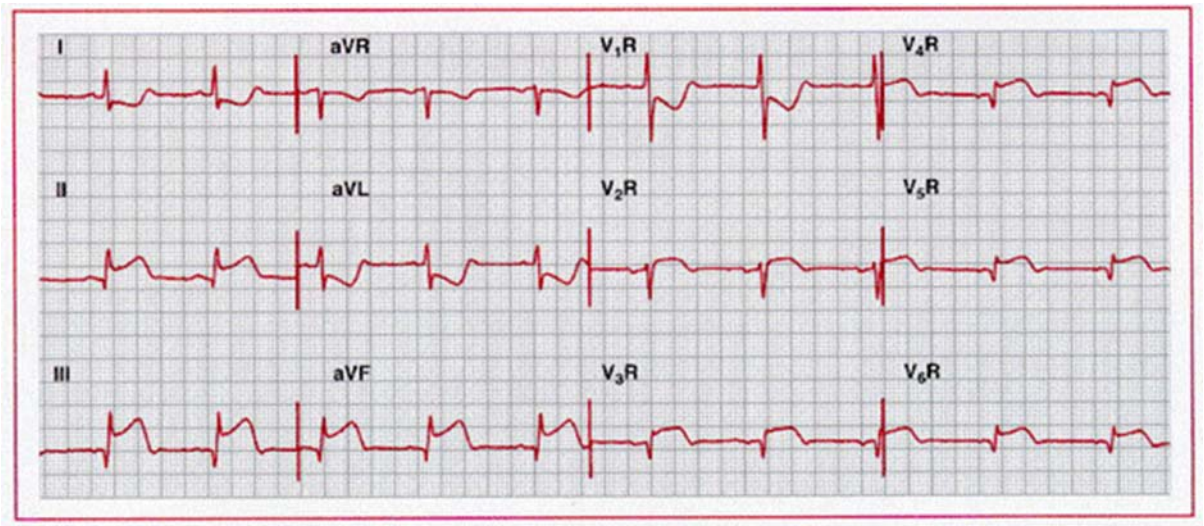
2. Больной 50 лет поступил в ПИТ кардиологического отделения с диагнозом ОИМ. На ЭКГ: QS в V_1- V_2-V_3 с подъемом сегмента ST. На 3 сутки внезапно стала нарастать одышка. Появились боли в правом подреберье. Отеки на ногах. Состояние тяжелое. Бледность кожи, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, глухие, выслушивается пансистолический шум по парастернальной линии, определяется систолическое 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; НК – IIБ ст, СН – IIIФК (NYHA).
б) Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный стеноз. Желудочковая экстрасистолия. Сердечная астма. НК – IIА ст., СН – III?ФК(NYHA).
в) Острый вирусный диффузный миокардит, тяжелое течение в фазе обострения. Желудочковая экстрасистолия. ОСН – III ФК (Killip). НК – IIБ ст., СН – III?ФК(NYHA).
г) Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы сердечной астмы. НК IIБ ст.? СН- IIIФК (NYHA).

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;
г) 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) мононитраты;
в) β-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°С, 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.

14. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. При аускультации - на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. При рентгенографии - увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз:

а) сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
б) недостаточность митрального клапана;
в) недостаточность устья аорты;
г) стеноз устья аорты.

15. Для гастрита типа В характерно все кроме:

а) наличие Helicobacter Pilory;
б) сохраненная или повышенная секреторная функция;
в) пониженная секреторная функция;
г) преимущественно поражен антральный отдел желудка.

16. У женщины 50 лет, страдающей ожирением, внезапно возник приступ интенсивных болей в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область. Больная беспокойна, мечется в постели. При осмотре: кожа обычного цвета, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря, положительный симптом Ортнера, температура тела нормальная, анализ крови без патологии. Наиболее вероятно, что у больной:

а) Острый холецисто-холангит;
б) Желчнокаменная болезнь, желчно-пузырная колика;
в) Обострение хронического калькулезного холецистита;
г) Пенетрация язвы желудка в круглую связку печени.

17. Мужчина 59 лет обратился в стационар с признаками паренхиматозной желтухи и портальной гипертензии. Во время гистологического исследования пункционного биоптата печени – структура балок нарушена, порта – портальные соединительнотканные перегородки с формированием псевдодолек, перипортальные лимфо – макрофагальные инфильтраты. Наиболее вероятный диагноз:

а) Хронический гепатоз;
б) Цирроз печени;
в) Алкогольный гепатит;
г) Токсическая дистрофия.

18. Пациент 25 лет предъявляет жалобы на боли в грудной клетке, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, повышение температуры тела до 37,8$С^0$, общую слабость. Объективно: общее состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы розовые, теплые на ощупь. При аускультации на вдохе и на выдохе

выслушивается шум, напоминающий хруст снега, после кашля аускультативный характер шума не изменяется. ЧДД – 24 в 1 минуту. Сердечная деятельность ритмичная, ЧСС – 92 в 1 минуту. Живот мягкий безболезненный при пальпации во всех отделах. В ОАК: лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Выберите наиболее оптимальное лечение для больного:

а) Антибиотик + НПВС + противокашлевые препараты;
б) Антибиотики + ГКС + НПВС;
в) Негормональные цитостатики + НПВС + противокашлевые средства;
г) НПВС + антикоагулянты + беклометазон;

19.Пациентка 41 года страдает бронхиальной астмой в течение последних 15 лет. В настоящее время, со слов больной периодичность приступов удушья составляет 3 раза в неделю, ночные симптомы астмы возникают 4 раза в месяц. Результаты спирографии: $ОФВ_1$- 87% от нормы, суточные колебание – 24%. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы у данного больного должна включать в себя:

а) прием сальбутамола перед физической нагрузкой или перед контактом с аллергеном;
б) беклометазон в дозе 400 мкг в утки, сальметерол; сальбутамол по потребности;
в) беклометазон в дозе 1000 мкг в сутки, сальметерол; сальбутамол по потребности;
г) беклометазон в дозе 1800 мкг в сутки, преднизолон 10 мг в сутки, атровент, сальметерол, сальбутамол потребности.

20. Больной, страдающий язвенной болезнью 12- перстной кишки 10 лет при поступлении предъявляет жалобы на: интенсивную, внезапно возникшую резкую боль в эпигастрии. Положение больного вынужденное на правом боку с приведенными к животу ногами. Живот резко болезненный, при пальпации выражено защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Ваш предварительный диагноз:

а) Пенетрация язвы;
б) Тромбоз мезентериальных артерий;
в) Обострение язвенной болезни;
г) Перфорация язвы.

21. Больная 41 года предъявляет жалобы на: частый жидкий стул (до10-12 раз в день) с примесью слизи и крови, боль в нижних отделах живота, снижение массы тела. Больна в течение последних 2-х лет. При осмотре: пониженного питания, кожные покровы сухие, бледные. Язык красный, обложен желтоватым налетом. Живот при пальпации болезнен по правому и левому фланкам и в левой подвздошной области. Ректороманоскопия: слизистая оболочка гиперемирована, отечна, сосудистый рисунок отсутствует, обнаружены эрозии. Наиболее вероятный диагноз у данной больной:

а) Хронический колит;
б) Болезнь Крона;
в) Хронический энтерит;
г) Хронический панкреатит;

22. Больная 45 лет предъявляет жалобы на: боли в правом подреберье, интенсивный зуд кожи, желтушность кожи и слизистых оболочек, тошноту. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые желтушны, печень на 6 см выступает из-под края правой реберной дуги, плотная, край заострен. Симптом Курвуазье отрицательный. В БАК: общий билирубин - 160 мкмоль/л, прямой билирубин - 110 мкмоль/л, тимоловая проба – 24 ед.; АСТ – 176 Ед/л, АЛТ – 410 Ед/л. Наиболее вероятный диагноз у данной больной:

а) Хронический гепатит минимальной степени активности;
б) Хронический персистирующий гепатит;

в) Хронический гепатит максимальной степени активности;
г) Хронический гепатит умеренной степени активности.

23. Пациентка 62 лет предъявляет жалобы на: желтуху, боли в правом подреберье, усиливающиеся после еды, тошноту, вздутие живота, кожный зуд, снижение массы тела, диспепсические расстройства. Считает себя больной в течение последних 8-ми лет, состояние ухудшается постепенно. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые желтушные, живот увеличен в объеме, вены передней брюшной стенки расширены. В ОАК: нормохромная анемия, ускорение СОЭ; БАК: общий билирубин - 180 мкмоль/л, прямой билирубин - 120 мкмоль/л, тимоловая проба – 25 ед.; АСТ – 150 Ед/л, АЛТ – 320 Ед/л. ФГДС: варикозное расширение пищевода и желудка. Какая патология может проявляться такими симптомами?
а) Цирроз печени;
б) Хронический гепатит;
в) Хронический энтерит;
г) Хронический колит.

24. У служащих крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40^{o}С, появились озноб, кашель с мокротой, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сослуживец больной был госпитализирован с пневмонией. Какова наиболее вероятная причина пневмонии?
а) клебсиелла;
б) легионелла;
в) микоплазма пневмонии;
г) палочка Пфейффера.

25. У больного 35 лет в течение 2 недель отмечается слабость, повышенная потливость, утомляемость, были боли в правом боку при дыхании. Температура тела 38 ^{0}С, 28 дыхательных движений в минуту, пульс – 100 ударов в минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание справа снизу не проводится, там же выявляется интенсивное притупление. Дыхание над нижним отделом правого легкого ослаблено. Границы сердца смещены влево. Анализ крови: лейкоциты – 12 тыс./мл, палочкоядерные – 13%, лимфоциты – 13%, СОЭ – 38 мм/ч. Предварительный диагноз?
а) Диссеминированный туберкулез легких;
б) Плевропневмония;
в) Экссудативный плеврит;
г) Спонтанный пневмоторакс.

26. У больного35 лет отмечаются нечастые (2 раза в месяц) приступы одышки, легко купирующиеся ингаляциями β_2-агонистами короткого действия. Во время приступа в легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. В межприступный период $ОФВ_1$ более 80% от должного. Поставьте правильный диагноз.
а) Данной информации недостаточно для установления степени тяжести бронхиальной астмы;
б) Бронхиальная астма, легкое персистирующее течение;
в) Бронхиальная астма, среднее персистирующее течение;
г) Бронхиальная астма, интермиттирующее течение.

27. Мужчина 60 лет жалуется на одышку с затрудненным выдохом, усиливающуюся при физической нагрузке, по утрам кашель с отхождением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты. Объективно: температура – 36,8°С, ЧДД – 22 в мин., ЧСС

– 84 уд/мин., АД – 110/70 мм.рт.ст. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. При аускультации дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. ОФВ – 60% от должного, при пробе с атровентом – прирост 5 %. Какой механизм развития бронхиальной обструкции наиболее вероятен у данного больного?

а) Бронхоспазм;
б) ХОБЛ;
в) Бронхиальная астма;
г) Фиброзно-кавернозный туберкулез.

28. 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).

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

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

30. 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.

31. 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) лактацидотическую;
г) гиперосмолярную.

32. 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.

33. 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.

34. 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.

35. 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-2,1·10^{12}/л, Нв-84г/л, Цв.п-ль-1,2; тромбоциты 100·10^{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 B_{12}-дефицитная анемия;
г) Серповидно-клеточная анемия.

36. У больного фебрильная температура, боль в горле, резкая слабость, бледность кожи с петехиями; в общем анализе крови: анемия, тромбоцитопения, гиперлейкоцитоз, недифференцированные клетки, лейкемический провал. У больного вероятнее всего:
а) Хронический миелолейкоз;
б) Хронический лимфолейкоз;
в) Витамин B_{12}-дефицитная анемия;
г) Острый лейкоз;

37. Какая степень тяжести анемии характеризуется уровнем гемоглобина 50-70 г/л?
а) легкая;
б) средняя;
в) тяжелая;
г) это нормальный показатель уровня гемоглобина.

38. Больной 25 лет предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, боли в кончиках пальцев, ярко-розовую окраску кожных покровов. В общем анализе крови: Эр.- 6,0·10^{12}/л, Нв.- 190 г/л, Цв.п-ль-0,95, ретикулоциты – 12%, тромбоциты - 500•10^{9}/л, лейк. – 15,0·10^{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.

39. 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-3,1·10^{12}/л, Нв-90г/л, Цв.п-ль-0,87, Тр.-150·10^{9}/л, Л-64,2·10^{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?
а) Острый лейкоз;
б) Хронический миелолейкоз;
в) Хронический лимфолейкоз;
г) Лимфогранулематоз.

40. 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;

41. 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.

42. 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 - 10·10^{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.

43. Поражение почек, типичное для СКВ:
а) нефросклероз;
б) пиелонефрит;
в) мочекаменная болезнь;
г) люпус – нефрит.

44. Больной 59 лет предъявляет жалобы на боли в поясничной области, повышение температуры тела до 37,5-38^{o}С, 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 – 38,0ºС. 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.- 4,1х10^{12}/л, Нв – 100г/л, Цв.п-ль- 0,9, Л.- 11,8х10^{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;

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

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

46. Укажите патогенетический метод лечения рецидива острого лейкоза:

а) антибиотикотерапия;
б) курсовая монохимиотерапия;
в) курсовая полихимиотерапия;
г) гемотрансфузии;

47. При профилактическом исследовании крови у работающего мужчины 62 лет, обнаружен лейкоцитоз 50,0х10^{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;

48. 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;

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 АНФ в крови;

50. Пациент 31 года около 7 лет назад почувствовал тупые боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливавшиеся при физической работе. К врачу не обращался. Позднее боли усилились, временами принимали острый характер. Три года тому назад появились боли в шейном и грудном отделах позвоночника особенно при кашле и чихании, а также боли в тазобедренных и коленных суставах. Стало трудно наклоняться. Объективно: туловище фиксировано в положении сгибания вперёд с опущенной головой (поза «просителя»). Сердце и лёгкие без особенностей. Атрофия ягодичных мышц. Дорсальный кифоз. Болезненность остистых отростков грудного, шейного, крестцового отделов позвоночника. Выберите верный вариант лечебной тактики.
а. диклофенак или мелоксикам.
б. преднизолон+азитромицин+инфликсимаб.
в. сульфасалазин+метронидазол+вольтарен.
г. нимесил+колхицин+хондроксид.

Ключ к тестовым заданиям.

1. в	**11. г**	**21. б**	**31. б**	**41. б**
2. б	**12. б**	**22. в**	**32. г**	**42. б**
3. а	**13. в**	**23. а**	**33. б**	**43. г**
4. в	**14. б**	**24. б**	**34. г**	**44. в**
5. г	**15. в**	**25. в**	**35. в**	**45. б**
6. а	**16. в**	**26. г**	**36. г**	**46. в**
7. б	**17. б**	**27. б**	**37. в**	**47. б**
8. б	**18. а**	**28. а**	**38. а**	**48. б**
9. б	**19. б**	**29. б**	**39. в**	**49. г**
10. а	**20. г**	**30. в**	**40. а**	**50. а**

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°С, 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°С. 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, эритрицитов нет, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены.

ФВД: ЖЕЛ - 84%, $ОФВ_1$ - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ, - 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 диагностического поиска можно предположить развитие у больной аллергического поражения дыхательных путей. Выделенные клинические синдромы, факторы риска развития болезни, делают наиболее вероятным диагноз бронхиальной астмы. Указание на роль аллергии и инфекции позволяет предположить инфекционно-аллергический генез болезни. Ежедневные дневные и ночные симптомы указывают на тяжелое течение бронхиальной астмы и фазу обострения заболевания. Однако поставить достоверный диагноз возможно только после проведения трех этапов диагностического поиска и исключив другие заболевания, которые могут сопровождаться бронхообструктивным синдромом.

На **2-м этапе** диагностического поиска объективное обследование больной выявляет внелегочные проявления аллергии - экзематозные бляшки, затрудненное носовое дыхание. Подтверждается также наличие бронхообструктивного синдрома - при аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы в большом количестве. Наличие диффузного «теплого» цианоза свидетельствует в пользу вентиляционно-перфузионных нарушений, тахипноэ, перкуторный коробочный звук над областью легких - признак викарной эмфиземы. Выявленные признаки можно расценить как осложнения болезни. Таким образом, 2-й этап диагностического поиска подтвердил предположения, высказанные после 1-го этапа, и не обнаружил клинических признаков других заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом.

На **3-м этапе** диагностического поиска при оценке результатов лабораторно-инструментального обследования больной выявлена эозинофи-лия крови - признак общей аллергической реакции; эозинофилы мокроты, кристаллы Шарко-Лейдена - подтверждение местной аллергической реакции. Обнаружение в мокроте спиралей Куршмана свидетельствует о бронхообструкции. По результатам исследования ФВД выявлена генерализованная обратимая бронхиальная обструкция (постбронходилатационный тест положительный, прирост $ОФВ_1$ - 29%), соответствующая тяжелому течению БА ($ОФВ_1$<60%). Результаты рентгенологического исследования подтверждают эмфизему легких - повышение воздушности, уплощение купола диафрагмы; указывают на диффузный воспалительный процесс в бронхах - утолщение стенок бронхов.

Таким образом, на основании результатов проведенного диагностического поиска можно поставить следующий **диагноз:** «Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая, тяжелого течения, в фазе обострения. Эмфизема легких. ХДН **II** ст. ОДН I ст».

Учитывая тяжесть течения и обострение заболевания, больной целесообразно назначить небулайзерную терапию: ингаляционные глюкокортикостероиды 4 мг/сут (пульмикорт по 2 мг 2 раза в день) в сочетании с (в2-агонистами короткого действия (вентолин 5 мг '4 раза в сутки). Необходимо также назначить мукосекретолитики

(амброксол через небулайзер). Учитывая выраженный общий аллергический ответ, возможно также назначение антигистаминных препаратов (лоратадин).
После купирования обострения заболевания пациентке необходимо длительное лечение ингаляционными глюкокортикостероида-ми (1000 мкг/сут) в сочетании с пролонгированными (В2-агонистами: формотерол (оксис) 4,5 мкг по 1 вдоху 2 раза в день. Лечение следует проводить под контролем измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) по результатам пикфлоуметрии.

Задача 3.
Пациентка С, 28 лет, во время обследования перед косметической операцией обнаружены антитела к вирусу гепатита С (HCV). Обратилась к инфекционисту, который назначил стандартный комплекс лабораторных исследований. В клиническом анализе крови отмечено снижение уровня гемоглобина до 104 г/л, повышение СОЭ до 37 мм/ч. При биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение активности Ал АТ до 420 ед./л, Ас АТ до 395 ед./л (норма - до 40 ед.). Состояние расценено как хронический гепатит С, начато лечение альфа-интерфероном и рибавирином.
Через две недели после начала терапии пациентка отметила нарастание слабости, появление болей в крупных суставах и мышцах, пожелтение склер, что расценено как побочное действие противовирусных препаратов. Прогрессирующее ухудшение самочувствия на протяжении следующей недели послужило основанием для госпитализации.
При осмотре обращает на себя внимание субиктеричность слизистых. Печень незначительно увеличена, край ее выступает из-под реберной дуги на 1 см по среднеключичной линии, при пальпации уплотнен, безболезненный. Суставы визуально не изменены.
При повторном обследовании: панцитопения (эритроциты -2,1 х 10^{12}/л, лейкоциты - 3,25 х 10^{9}/л, тромбоциты - 79 х Ю^{9}/л), СОЭ
- 55 мм/ч. АлАТ - 1554 ед/л, АсАТ - 1480 ед./л; гамма-глобулины
- 37 отн.%; выявлены антитела к гладкой мускулатуре (SMA) в титре 1:640 и антинуклеарные антитела (ANA) в титре 1:320. При биопсии печени определяются гистологические признаки высокоактивного гепатита, фибротические изменения отсутствуют.

Вопросы.
• Проведите диагностический поиск.
• После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
• Составьте план обследования. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
• Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
• Назначьте лечение и обоснуйте его.

Эталон ответа

На 1-м этапе диагностического поиска следует отметить, что отсутствие жалоб в начале заболевания свойственно хроническим гепатитам. Случайное выявление антител к вирусу гепатита С, тем не менее. позволяет предположить наличие хронического вирусного гепатита (HCV) и требует дообследования. Необходимо уточнить анамнез в отношении употребления наркотиков, алкоголя, гепатотоксичных веществ, в том числе лекарственных препаратов, вызывающих аутоиммунный гепатит. Следует расспросить о возможностях заражения HCV-инфекцией.
При первичном обследовании настороженность вызывает редко встречающееся при классическом гепатите 10-кратное повышение активности аминотрансфераз.
Перед началом противовирусной терапии обязательны исследовании крови на HCV РНК, определение типа вируса и степени виремии, пункционная биопсия печени (для

определения гистологической активности, решения вопроса о длительности терапии и оценки ее эффективности).
Ухудшение самочувствия на фоне противовирусной терапии может быть проявлением побочных действий препаратов, однако прогрессирующее ухудшение настораживает и требует дообследования (исключение других заболеваний печени, системной патологии).
На 2-м этапе диагностического поиска могут быть выявлены внепеченочные проявления поражения печени («печеночные ладони», сосудистые звездочки, изменения окраски кожных покровов и т.д.) и пальпаторные изменения размеров печени и селезенки. Выявленное увеличение размеров печени (+1 см) и уплотненная консистенция ее края позволяют предположить заболевание печени, отсутствие «печеночных» знаков и нормальные размеры селезенки свидетельствуют о небольшой длительности болезни.
Предварительный диагноз: «Хронический вирусный гепатит *С».*
На 3-м этапе диагностического поиска при повторном анализе крови нарастает активность печеночных ферментов, появилась панцитопения. отмечается ускорение СОЭ до 55 мм/ч, гипергаммаглобулинемия. Выявленные антитела к гладкой мускулатуре и антинуклеарные антитела дают основания говорить об аутоиммунном процессе в печени. Данные гистологического исследования не позволяют однозначно судить о природе заболевания.
Необходимо дифференцировать хронический вирусный гепатит *С* и хронический аутоиммунный гепатит, что является очень непростой задачей.
Гепатит С с аутоиммунным компонентом относят к группе синдромов аутоиммунного перекреста. При этом HCV может рассматриваться в качестве триггера аутоиммунных реакций, а интерферон обладая иммуномодулирующими свойствами, способствовал активизации гепатита С. Вместе с тем нельзя полностью исключить ложнопозитивные результаты исследования маркеров HCV, в связи с чем желательно их повторное определение.
В биоптате печени определяются признаки высокоактивного гепатита, однако фибротические изменения (по-видимому, вследствие небольшой давности болезни) отсутствуют. В то же время при естественном течении болезни развитие фиброза и цирротической трансформации через несколько лет неизбежно.
Необходимо провести дополнительное обследование, направленное на выявление других аутоиммунных заболеваний.
Таким образом, наиболее вероятным представляется
следующий **диагноз:** «Хронический аутоиммунный гепатит с высокой гистологической активностью, фиброз - 0, активная фаза (выраженный цитолитический и иммуновоспалительный синдром».
В настоящее время доминирующий аутоиммунный компонент диктует необходимость отмены противовирусных препаратов и назначения иммуносупрессоров -преднизолона (метилпреднизолона) в виде монотерапии или в комбинации с азатиоприном.
После значительного и стойкого уменьшения активности гепатита и в случае подтверждения положительного результата ПЦР на НСУ РНК можно рассматривать вопрос о возобновлении противовирусного лечения под контролем биохимических и иммунологических показателей. При повторной активизации воспаления пациентку следует вести как больную с аутоиммунным гепатитом/.

Задача 4.
Пациент Д., 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки. Появление таких ощущений пациент отметил около трех месяцев назад. До настоящего

времени за медицинской помощью не обращался. Курит по 20-30 сигарет в день в течение 40 лет. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК, мать жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС, брат два года назад в возрасте 53 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки.
При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ИМТ - 27,3 кг/м^2. ЧД - 20 в минуту, в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы на форсированном выдохе. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС - 88 в минуту. АД -172/96 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, умеренно болезненный в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.
В общем анализе крови: гемоглобин - 164 г/л, эритроциты -5,3 млн, гематокрит - 43%, лейкоциты - 5,1 тыс. (п/я -1 %, с/я - 64%), лимфоциты-28%, эозинофилы-2%, моноциты-5%, СОЭ-12 мм/ч.
На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 86 в минуту, отклонение ЭОС влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса.

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 наличие типичной стенокардии напряжения (дискомфорт в левой половине грудной клетки и чувство нехватки воздуха, возникающее при умеренной физической нагрузке и проходящее после ее прекращения). Стенокардия соответствует **II** ФК (возникает при умеренной физической нагрузке). Данное состояние сохраняется неизменным в течение трех месяцев, поэтому стенокардия должна рассматриваться как стабильная.
Анализ данных анамнеза позволяет выявить наличие у пациента следующих факторов риска атеросклероза как основного этиологического фактора ИБС: мужской пол, возраст, курение, семейный анамнез (ОИМ у брата в возрасте 53 лет).
На **2-м этапе** диагностического поиска данные физического исследования при стенокардии малоинформативны. В то же время обнаружено повышение АД до 172/96 мм рт. ст., что соответствует 2-й степени повышения АД. Артериальная гипертония является фактором риска ИБС. ИМТ пациента составил 27,3 кг/м^2, что соответствует **I** степени ожирения, которое также является фактором риска ИБС. При аускультации легких обращает на себя внимание жесткое дыхание в сочетании с положительным симптомом форсированного выдоха, что, наиболее вероятно, говорит о наличии хронического бронхита курильщика. Кроме того, у пациента с язвенной болезнью 12-перстной кишки в анамнезе определяется болезненность в эпигастрии при пальпации. Это не позволяет исключить обострение данного заболевания.
Таким образом, после проведения 1-го и 2-го этапов диагностического поиска предварительный диагноз может быть сформулирован следующим образом: «ИБС: стенокардия напряжения **II** ФК. Гипертоническая болезнь **III** ст., 2-й степени, риск IV/ Язвенная болезнь 12-перстной кишки (обострение?). Хронический бронхит курильщика».

На 3-**м этапе** диагностического поиска результаты лабораторных методов исследования демонстрируют наличие гиперлипидемии 4-го типа. При ЭКГ выявляется полная блокада левой ножки пучка Гиса, что, с одной стороны, косвенно подтверждает поражение сердца у данного больного, а с другой - делает неинформативным проведение стандартных нагрузочных ЭКГ проб. Поэтому для подтверждения ишемии следует провести либо стресс-эхокар-диографию, либо сцинтиграфию миокарда с дипиридамолом. При положительном результате пробы наличие хронической коронарной недостаточности (с учетом жалоб и профиля факторов риска) не будет вызывать сомнений. В то же время для решения вопроса о необходимости и методах проведения реваскуляризации миокарда показано проведение коронароангиографии.
Для уточнения фазы язвенной болезни 12-перстной кишки показано проведение ЭГДС.
Для уточнения степени бронхообструкции у пациента с хроническим бронхитом показано проведение спирометрии.
Клинический диагноз: «ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III ст., 2-й степени , риск 4 (очень высокий). Язвенная болезнь 12-перстной кишки в фазе обострения. ХОБЛ в фазе ремиссии . Экзогенно-конституциональное ожирение 1-й ст.».
Функциональный класс стенокардии установлен на основании толерантности к физической нагрузке. Атеросклероз является фоновым заболеванием для ИБС. Стадия ГБ установлена на основании выявления ИБС (ассоциированного клинического состояния), степень повышения АД - по уровню максимально повышенного давления (в данном случае систолического), степень риска при 2-й степени повышения АД - очень высокий при наличии любого ассоциированного клинического состояния (в данном случае ИБС). Фаза язвенной болезни 12-перстной кишки (обострение) установлена на основании болезненности в эпигастрии при пальпации и должна быть подтверждена данными ЭГДС. Наличие бронхообструкции установлено на основании положительного симптома форсированного выдоха и должно быть подтверждено данными спирометрии. Степень ожирения установлена на основании ИМТ.
Лечебные мероприятия заключаются в отказе от курения, соблюдении гиполипидемической диеты, снижении веса. Крайне важен контроль АД. Пациенту показано назначение аспирина, ингибиторов АПФ, статинов. Учитывая наличие у больного хронического обструктивного бронхита, назначение бета-адреноблокаторов, хотя и возможно в принципе, должно проводиться с осторожностью и ограничено высокоселективными блокаторами бета-1 адренорецепторов. В случае плохой переносимости бета-1 блокаторов возможно применение верапамила.
Оценку эффективности терапии следует проводить по динамике клинической картины (устранение клинических проявлений) и по результатам контрольной нагрузочной пробы (по данным сцинтиграфии).

Задача 5.
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-$2,3\times10^{12}$/л., Нв-82 г/л., ЦП-1,3 тромбоциты — 100×10^{9}/л., ретикулоциты – 0,5%, Лейк.- $2,5\times10^{9}$/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 B_{12}.
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 – B_{12} дефицитный синдром – нарушение кроветворения и поражение органов и систем в результате нарушения синтеза ДНК и воздействия токсичных продуктов измененного обмена веществ при дефиците витамина B_{12}
* гастроэнтерологический синдром – обусловлен развитием атрофических процессов слизистой оболочке 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 метилмолоновой 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., Hb-82 г/л. (снижение гемоглобина и эритроцитов) – анемия
— ЦП-1,3 (показатель увеличены) – анемия гиперхромная
— ретикулоциты 0,5% — анемия гипорегенераторная.
— тромбоциты — 100×10^{9}/л., лейк.- $2,5 \times 10^{9}$/л.- тромбоцито- 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 B_{12} 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 B_{12})
2.Сбалансированная диета, ферментные препараты для улучшения переваривания пищи.

Задача 6

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 межреберьи 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-$2,5\times10^{12}$/л., Hb-68 г/л., ЦП-0,88, тромбоциты — 82×10^{9}/л., ретикулоциты – 0,2 %, Лейк.- 42×10^{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 – неудержимая 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.- 42×10^{9}/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-2,5×10 ^{12}/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 — 82×10 ^{9}/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 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^{0}С. 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 Т3, 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 8

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 36,6^{0}С. 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 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 не 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 задне-

шейные, подмышечные лимфоузлы подвижные, эластичные, безболезненные. При осмотре суставов отмечается небольшая дефигурация 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. - $3,8x10^{12}$/л, цв.п. - 0,68 , лейк. - $2,6x10^{9}$/л, б - 0%, э - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лимф. - 13%, мон. - 6%, тромб. - $40x10^{9}$/л, СОЭ 45 мм/час.
ОАМ: прозрачная, слабо-кислая, белок - 0,99 г/л, сахара нет, лейк. - 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, лимфоаденопатия, 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 плевральный полостей 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

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 A,G,M, 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, любриканты, физиолечение, сосудистая терапия, при неэффективности - хирургическое лечение.

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-2,3×10^{12}/л., Нв-82 г/л., ЦП-1,3 тромбоциты — 100×10^{9}/л., ретикулоциты – 0,5%, Лейк.- 2,5×10^{9}/л., СОЭ-12 мм/ч, Кольца Кебота и тельца Жолли. Миелограмма: костномозговой пунктат ярко красный, много мегалобластов.

Вопросы:

5.Выделите основные симптомы, объясните их патогенез, сгруппируйте их в синдромы.
6.Сформулируйте предварительный диагноз.
7.Назначьте план обследования.
8.План лечения.

Эталон ответа

1) синдром Анемический (ведущий) – снижение гемоглобина и эритроцитов вследствие дефицита витамина B_{12}.

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 – B_{12} дефицитный синдром – нарушение кроветворения и поражение органов и систем в результате нарушения синтеза ДНК и воздействия токсичных продуктов измененного обмена веществ при дефиците витамина B_{12}
* гастроэнтерологический синдром – обусловлен развитием атрофических процессов слизистой оболочке 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 метилмолоновой 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., Hb-82 г/л. (снижение гемоглобина и эритроцитов) – анемия
— ЦП-1,3 (показатель увеличены) – анемия гиперхромная
— ретикулоциты 0,5% — анемия гипорегенераторная.
— тромбоциты — 100×10^{9}/л., лейк.- $2,5\times10^{9}$/л.- тромбоцито- 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 B_{12} 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:
3.Устранение анемии (насыщение и поддерживающая терапия препаратами вит B_{12})
4.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 межреберьи 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-2,5×10 ^{12}/л., Hb-68 г/л., ЦП-0,88, тромбоциты — 82×10^{9}/л., ретикулоциты – 0,2 %, Лейк.- 42×10 ^{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 – неудержимая 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.- 42×10 ^{9}/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-2,5×10 ^{12}/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 — 82×10^{9}/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. 2,9х1012/л, Нв 75 г/л, ЦП 1,3, лейкоциты 4,0х109/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 B_{12}-дефицитная анемия средней степени тяжести
4) Показаны: заместительная терапия при гастрите с секреторной недостаточностью. Патогенетическая терапия Витамин B_{12}-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^{o}С, 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. 2,9х10^{12}/л, Нв 71 г/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 10%., лейкоциты 9,0х109/л: э.- 0, п/я- 4%, с/я- 60%, лимф.- 30%, мон.- 6%, СОЭ 30 мм/час, 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^{0}С. 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 Т3, 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. Больна в течение 2-х лет.

Объективно: температура 35,4^{0}С. 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 110/70мм 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 36,6^{0}С. 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 проводится.
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, мочевина, 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, артериография правой нижней конечности; R-графию пораженной стопы в 2х проекциях, выявление скрытой патологи других органов (ЭКГ, УЗИ почек, глазное дно)
5) Перевод на инсулин, реополиглюкин, пентоксифиллин, берлитион, тромбо-асс, курантил. При невозможности оперативного лечения курс вазапростана. 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 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 не 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 дефигурация 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. - $3,8x10^{12}$/л, цв.п. - 0,68 , лейк. - $2,6x10^{9}$/л, б - 0%, э - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лимф. - 13%, мон. - 6%, тромб. - $40x10^{9}$/л, СОЭ 45 мм/час.
ОАМ: прозрачная, слабо-кислая, белок - 0,99 г/л, сахара нет, лейк. - 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, лимфоаденопатия, 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 плевральный полостей 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 х 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. - $4,5x10^{12}$/л, лейк. - $7,9x10^{9}$/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 A,G,M, 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, любриканты, физиолечение, сосудистая терапия, при неэффективности - хирургическое лечение.

Примерные вопросы к контрольным работам по дисциплине «Внутренние болезни, клиническая фармакология»
V СЕМЕСТР

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №1 (темы 1-6) – 5 семестр.

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 ступень 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 ХОБЛа.
24. Признаки обострения ХОБЛа.
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 бронходилятационный 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 (темы 7-18) – 5 семестр.

1. Перечислить клинические формы ИБС.
2. Классификация нестабильной стенокардии по Браунвальду.
3. Что означает по классификации нестабильной стенокардии (Браунвальда) $IIA_{1,}$; $IIIБ._{3}$?
4. Что относится к ОКС?
5. Патогенез ОКС (основные моменты).
6. Патогенетическое лечение ИБС (характеристика основных групп препаратов).
7. Клинические варианты начала ОИМ.
8. Лабораторно-инструментальная диагностика ОИМ.
9. Характеристика ранних осложнений ОИМ.
10. Характеристика поздних осложнений ОИМ.
11. ЭКГ при не Q-ОИМ нижней стенки и верхушки.
12. План обследования больных ИБС.
13. Стандарт лечения неосложненного ОИМ.
14. Клиническая картина и тактика лечения при IVФК стабильной стенокардии напряжения.
15. Лечение ОИМ, осложненного ОСН IIФК.
16. Стандарты лечения отека легких в зависимости от уровня А/Д.
17. Характеристика СН IIIФК (NYHA).
18. Характеристика НК IIIА (классификация Мухарлямова Н.М.).
19. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности.
20. Определения и принципы диагностики Артериальной гипертензии.
21. Причины развития САГ.
22. Классификация АГ по уровню повышения АД и ее применение.
23. Классификация АГ по стадиям (ВОЗ).
24. Классификация АГ по степени риска.
25. Характеристика основных групп современных антигипертензивных препаратов.
26. Определение и клиническая картина гипертонического криза.
27. Дифференциальная диагностика при ГК I и II типов.
28. Принципы лечения Гипертонического криза в зависимости от типа и наличия осложнений.
29. Факторы риска для АГ (перечислить).
30. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия β-адреноблокаторов.
31. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия иАПФ.
32. Показания, противопоказания, классификация и механизм действия диуретиков.
33. 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.
80. Этиологические (эпидемиологические) факторы гепатитов.
81. Патогенетические особенности вариантов вирусного гепатита.
82. Принципы классификации хронических гепатитов.
83. Современные представления о патогенезе хронических гепатитов.
84. Клиническая картина хронического гепатита.
85. Лабораторно-инструментальная диагностика хронического гепатита.
86. Этиология цирроза печени.
87. Современные представления о патогенезе цирроза печени.
88. Клинико-лабораторная характеристика синдромов цирроза печени.
89. Характеристика стадий ГЦН.
90. Характеристика стадий портальной гипертензии.
91. Лабораторно-инструментальная диагностика хронического гепатита.
92. Принципы классификации цирроза печени.
93. Принципы лечения хронического гепатита в том числе зависимости от степени активности.
94. Показания, противопоказания и побочные эффекты противовирусной терапии при хронических гепатитах.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №3 (темы 1-8) – 6 семестр.

1. Этиология острого гломерулонефрита.
2. Клинико-лабораторная характеристика клинических вариантов хронического гломерулонефрита
3. Патогенез мочевого синдрома при остром гломерулонефрите.
4. Диагностика синдрома артериальной гипертензии при гломерулонефрите.
5. Принципы лечения острого гломерулонефрита.
6. Диагностика острого гломерулонефрита.
7. Принципы лечения хронического гломерулонефрита.
8. Критерии нефротического синдрома.
9. Основные группы заболеваний, которые могут привести к развитию ХБП.
10. Принципы лечения амилоидоза.
11. Клинико-лабораторная характеристика стадий амилоидоза.
12. Патогенез мочевого синдрома при хроническом пиелонефрите.
13. Классификация ХБП (по уровню СКФ и по уровню протеинурии).
14. Цели и принципы лечения ХБП.
15. Диагностика амилоидоза.
16. Клинико-лабораторная характеристика олигоанурического периода ОПН.
17. Патогенез основных синдромов. ХПБ.
18. Патогенез острого гломерулонефрита.
19. Диагностика отечного синдрома.
20. Этиопатогенетическая классификация ОПН.
21. Принципы лечения ОПН.
22. Стоматологические проявления при заболеваниях почек
23. Принципы лечения аутоиммунной гемолитической анемии.
24. Методика проведения прямой пробы Кумбса.
25. Физиологический гемолиз эритроцитов.
26. Гематологическая характеристика гиперрегенераторной способности костного мозга.
27. При каком заболевании развивается фуникулярный миелоз и его клиника.
28. Перечислить и охарактеризовать основные клинико-гематологические синдромы апластической анемии.

29. Дифференциальная диагностика витамин B_{12}-дефицитной и фолиеводефицитной анемии в зависимости от клинических проявлений.
30. Патогенез сидеропенического синдрома.
31. Что определяют при проведении непрямой пробы Кумбса.
32. Показания для парентерального применения препаратов железа.
33. Показания для гемотрансфузий при анемиях.
34. Принципы лечения ЖДА.
35. Клинико-гематологическая характеристика синдрома гемолиза.
36. Механизм всасывания железа.
37. Этиология фолиеводефицитной анемии.
38. Механизм всасывания витамина B_{12}.
39. Патогенетическая классификация анемий.
40. Показатели ОАК при железодефицитной анемии.
41. Отличительные признаки в ОАК при ХЛЛ.
42. Патогенез анемического синдрома при ОЛ.
43. Какая схема ПХТ чаще всего используется для лечения ОЛ.
44. Определение полной ремиссии при ОЛ.
45. Принципы цитостатической терапии при ОЛ.
46. Определение выздоровления при ОЛ.
47. Клиника II ст эритремии.
48. Отличительные лабораторно-инструментальные признаки ХМЛ.
49. Принципы лечения эритремии в III стадии.
50. Перечислить гемобластозы, развивающиеся при поражении ростка миелопоэза.
51. Показатели ОАК при ОЛ.
52. Этиология гемобластозов.
53. Классификация гемобластозов.
54. Клинико-лабораторная характеристика анемического синдрома при Остром лейкозе.
55. Патогенез геморрагического синдрома при Остром лейкозе.
56. Определения: «выздоровления», полней ремиссии и рецидива при Остром лейкозе.
57. Клинико-лабораторная характеристика гиперпластического синдрома при Остром лейкозе.
58. Патогенез синдрома инфекционных осложнений при Остром лейкозе.
59. Клинико-лабораторная характеристика геморрагического синдрома при Остром лейкозе.
60. Клиника и принципы лечения нейролейкемии при Остром лейкозе.
61. Патогенез анемического синдрома при Остром лейкозе.
62. Этапы и принципы лечения Острого лейкоза.
63. Патогенез гиперпластического синдрома при Остром лейкозе.
64. Клинико-лабораторная характеристика синдрома инфекционных осложнений при Остром лейкозе.
65. Клинико-лабораторная характеристика синдромов Хронического миелолейкоза.
66. Принципы лечения Хронического лимфолейкоза.
67. Клинико-лабораторная характеристика синдромов Хронического лимфолейкоза.
68. Принципы лечения Эритремии.
69. Отличительные признаки в ОАК при Хроническом лимфолейкозе, Хроническом миелолейкозе и Эритремии.
70. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
71. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
72. Болезнь Рандю-Ослера (наследственная телеангиэктазия): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.

73.Стоматологические проявления при заболеваниях крови.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №4 (темы 9-13) – 6 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. Диагностика и принципы лечения синдрома Шегрена.
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. Этиология и патогенез ОРЛ.
11. Клинико-лабораторная характеристика острого подагрического артрита.
12. Патогенез подагрической нефропатии.
13. Принципы лечения РА.
14. Клинико-лабораторная характеристика быстропрогрессирующего течения РА.
15. Перечислить критерии, на основании выставляется течение СКВ.
16. Клинико-лабораторная характеристика CREST - синдрома.
17. Клинико-лабораторная характеристика болезни Такаясу.
18. Лабораторно-инструментальная диагностика ССД.
19. Клинико-лабораторная характеристика узелкового периартериита.
20. Клинико-лабораторная характеристика максимальной ОРЛ в зависимости от активности.
21. Дифференциальная диагностика поражения кожных покровов при СКВ и ССД.
22. Лабораторно-инструментальная диагностика РА.
23. Патогенез Ревматоидного артрита (РА).
24. Характеристика умеренной степени активности РА.
25. Классификационные подходы РА.
26. Клиническая картина Остеоартроза (ОА).
27. Характеристика максимальной степени активности СКВ.
28. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при Подагре, ОА и РА.
29. Характеристика поражения кожных покровов при СКВ.
30. Классификация Подагры.
31. Принципы лечения ОА в зависимости от фазы заболевания.
32. Патогенез СКВ.
33. Характеристика патологических изменений в ОАК при СКВ.
34. Характеристика поражения ССС при СКВ.
35. Лабораторно-инструментальная диагностика болезни Бехчета.
36. Характеристика суставного синдрома при РА.
37. Клиническая картина Дерматомиозита.
38. Принципы лечения ССД.
39. Клинико-лабораторная характеристики подострого течения СКВ.
40. Характеристика суставного синдрома при ССД.
41. Принципы лечения Дерматомиозита.
42. Принципы лечения Подагры в фазе ремиссии.
43. Патогенез ССД.
44. Принципы лечения СКВ при максимальной степени активности.
45. Клинико-лабораторная характеристика поражения почек при СКВ.
46. Патогенез О А.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №5 (темы 14-18) – 6 семестр.

1. Сахарный диабет: определение, этиология и патогенез ИЗСД.
2. Сахарный диабет: этиология и патогенез ИНСД, клиника.
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: гипергликемическая некетоацидотическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
8. Сахарный диабет: гиперлактацидемическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
9. Сахарный диабет: диетотерапия.
10. Сахарный диабет: характеристика препаратов группы инсулина.
11. Сахарный диабет: инсулинотерапия (схемы инсулинотерапии, показание и противопоказания).
12. Сахарный диабет: лечение таблетированными сахароснижающими препаратами (классификация, показания, противопоказания, побочные эффекты).
13. Гипотиреоз: этиология, патогенез и клиника основных проявлений, классификация, диагностика, лечение (патогенетическое и симптоматическое).
14. Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клиника. диагностика, лечение.
15. Подострый тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
17. Стоматологические проявления при болезнях эндокринной системы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ» - 6 семестр.

1. Пневмония: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы.
2. Пневмония: классификационные подходы, критерии и характеристика степени тяжести, диагностика (лабораторная, инструментальная) особенности клинического течения в зависимости от вида возбудителя.
3. Пневмония: принципы эмпирической антибактериальной терапии, патогенетическая и симптоматическая терапия.
4. ХОБЛ: определение, классификационные подходы, патогенез.
5. ХОБЛ: клиническая картина в зависимости от формы и фазы заболевания, диагностика.
6. ХОБЛ: принципы лечения.
7. Бронхиальная астма: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы,
8. Бронхиальная астма: клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), лечение приступа в зависимости от степени тяжести.
9. Бронхиальная астма: характеристика степеней тяжести, принципы лечения (основные группы препаратов, лечение в зависимости от степени тяжести).
10. Астматический статус: определение, этиология, патогенез,
11. Астматический статус: клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная) и лечение.
12. Плевриты: этиология, патогенез, классификация. Экссудативный плеврит: клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
13. Нагноительные заболевания легких: этиология, патогенез, клиническая картина.

14. Нагноительные заболевания легких; диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
15. Легочное сердце: определение, классификация, патогенез, клиника хронического легочного сердца в зависимости от стадии,
16. Легочное сердце: диагностика (лабораторная, инструментальная), лечение в зависимости от стадии компенсации.
17. Тромбоэмболия легочной артерии: этиология, патогенез: клиника, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
18. Дыхательная недостаточность этиология, патогенез: клиника, диагностика, принципы лечения.
19. Стоматологические проявления при заболеваниях органов дыхания
20. Гипертоническая болезнь: определение, этиология, факторы риска, патогенез, классификация, клиническая картина.
21. Гипертоническая болезнь: клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
22. Гипертонический криз: определение, патогенез, клиническая картина, осложненный и неосложненный кризы, диагностика и лечение.
23. Ишемическая болезнь сердца: определение, этиология, факторы риска, патогенез, классификация.
24. Стенокардия напряжения: определение, классификация (ФК), клиническая картина, диагностика (инструментальная, лабораторная).
25. Стенокардия напряжения: клиническая картина, принципы лечения (группы антиангинальныхпрепаратов, лечение в зависимости от функционального класса).
26. Нестабильная стенокардия: классификация, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения. Острый коронарный синдром: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
27. Инфаркт миокарда: определение, этиология, патогенез, клиническая картина.
28. Инфаркт миокарда: диагностика, лечение инфаркта миокарда.
29. Осложнения инфаркта миокарда (ранние, поздние): патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
30. Острая сердечная недостаточность: классификация (Killip). Отек легких: патогенез, клиническая картина, принципы лечения
31. Хроническая сердечная недостаточность: определение, этиология, патогенез, классификация (Василенко В.Х., Стражеско Н.Д.; NYHA).
32. Хроническая сердечная недостаточность: клиническая картина в зависимости от стадии, диагностика, принципы лечения.
33. Миокардиты, определение, этиология, патогенез, клиническая картина, лечение.
34. Перикардиты, определение, этиология, патогенез, клиническая картина, лечение.
35. Стоматологические проявления при заболеваниях ССС
36. ГЭРБ: этиология, патогенез, клиническая картина, принципы лечения.
37. Хронический гастрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина и диагностика (лабораторная, инструментальная).
38. Хронический гастрит: определение, этиотропное и патогенетическое лечение в зависимости от типа хронического гастрита (тип А; В; С).
39. Язвенная болезнь: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная).
40. Язвенная болезнь: принципы лечения (группы препаратов, эрадикационная терапия).
41. Хронический энтерит: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.

42. Хронический колит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
43. Болезнь Крона: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
44. Неспецифический язвенный колит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
45. Хронический панкреатит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная).
46. Хронический панкреатит: принципы лечения.
47. Хронический гепатит: определение, этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
48. Цирроз печени: определение, этиология, патогенез, классификация, основные клинико-лабораторные синдромы, диагностика, принципы лечения.
49. Желчнокаменная болезнь: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная) и лечение.
50. Хронический некалькулезный холецистит: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), лечение.
51. Стоматологические проявления при заболеваниях ЖКТ
52. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная).
53. Острый гломерулонефрит: принципы лечения.
54. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификационные подходы, диагностика (лабораторная, инструментальная), клиническая картина в зависимости от варианта заболевания.
55. Хронический гломерулонефрит: принципы лечения
56. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, классификация, клиника
57. Хроническая почечная недостаточность: этиология, классификация, патогенез и клиника основных синдромов, диагностика (лабораторная, инструментальная).
58. Хроническая почечная недостаточность: принципы лечения
59. Хронический пиелонефрит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная).
60. Хронический пиелонефрит: принципы лечения.
61. Стоматологические проявления при заболеваниях почек
62. Железодефицитная анемия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения, профилактика.
63. Витамин В12 – дефицитная анемия: этиология, краткие сведения о витамине В12, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная, принципы лечения, профилактика.
64. Фолиеводефицитная анемия: этиология, краткие сведения о фолиевой кислоте, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения, профилактика.
65. Гемолитические анемии: классификация, диагностика, лечение
66. Приобретенные гемолитические анемии: классификация. Ночная пароксизмальная гемоглобинурия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная, принципы лечения.
67. Апластическая анемия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
68. Хронический миелолейкоз: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная) и лечение в зависимости от стадии заболевания.

69. Хронический лимфолейкоз: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная) и лечение в зависимости от стадии заболевания.
70. Острый лейкоз: этиология, патогенез, клиническая картина и диагностика (лабораторная, инструментальная) основных синдромов.
71. Острый лейкоз: клиническая картина и диагностика (лабораторная, инструментальная) основных синдромов, клинико-лабораторная характеристика стадий, основные принципы и этапы терапии.
72. Острый лейкоз: клиническая картина и диагностика (лабораторная, инструментальная) основных синдромов, клинико-лабораторная характеристика стадий, основные принципы и этапы терапии.
73. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
74. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
75. Болезнь Рандю-Ослера (наследственная телеангиэктазия): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика (лабораторная, инструментальная), принципы лечения.
76. Стоматологические проявления при заболеваниях крови.
77. Системная красная волчанка, классификация, клиника
78. Системная красная волчанка, диагностика, принципы лечения.
79. Системная склеродермия, классификация, клиническая картина
80. Системная склеродермия, диагностика, принципы лечения.
81. Дерматомиозит, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
82. Синдром Шегрена.
83. Острая ревматическая лихорадка, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика. ХРБС.
84. Ревматоидный артрит, классификация, клиническая картина.
85. Ревматоидный артрит, диагностика, принципы лечения.
86. Деформирующий остеоартроз, классификация, клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
87. Подагра, классификационные подходы, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
88. Системные васкулиты, классификация, клиника, диагностика.
89. Стоматологические проявления при заболеваниях соединительной ткани.
90. Сахарный диабет: определение, этиология и патогенез ИЗСД.
91. Сахарный диабет: этиология и патогенез ИНСД, клиника.
92. Сахарный диабет: диагностика, дифференциальная диагностика I и II типов сахарного диабета.
93. Сахарный диабет: классификация осложнений.
94. Сахарный диабет: гипогликемическое состояние, гипогликемическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
95. Сахарный диабет: гипергликемическая кетоацидотическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
96. Сахарный диабет: гипергликемическая некетоацидотическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
97. Сахарный диабет: гиперлактацидемическая кома (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика).
98. Сахарный диабет: диетотерапия.
99. Сахарный диабет: характеристика препаратов группы инсулина.

100. Сахарный диабет: инсулинотерапия (схемы инсулинотерапии, показание и противопоказания).
101. Сахарный диабет: лечение таблетированными сахароснижающими препаратами (классификация, показания, противопоказания, побочные эффекты).
102. Гипотиреоз: этиология, патогенез и клиника основных проявлений.
Классификация, диагностика, лечение (патогенетическое и симптоматическое).
103. Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, клиника. диагностика, лечение.
104. Подострый тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
105. Аутоиммунный тиреоидит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
106. Стоматологические проявления при болезнях эндокринной системы.