

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 05.09.2025 00:59:50
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b5c1a975e61

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет _____ лечебный

Кафедра _____ Госпитальной терапии и последипломного образования



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1.1.3 Внутренние болезни

(наименование дисциплины)

3.1 Клиническая медицина

(шифр и наименование группы специальностей)

3.1.18 Внутренние болезни

(шифр и наименование научной специальности)

Форма обучения
Очная

Майкоп, 2025

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации аспирантов по дисциплине «Внутренние болезни»

Фонд оценочных средств оформляется в соответствии с «Положением о фонде оценочных средств» ФГБОУ ВО «МГТУ» от 29.03.2017г.

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенции ФГТ не предусмотрены

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкалы оценивания

Критерии оценивания реферата

Оценка «отлично»	Выставляется, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
Оценка «хорошо»	Выставляется, если основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты; в частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
Оценка «удовлетворительно»	Выставляется, если имеются существенные отступления от требований к реферированию; в частности: тема освещена, лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
Оценка «неудовлетворительно»	Выставляется, если тема реферата не раскрыта, выявлено существенное непонимание проблемы или же реферат не представлен вовсе.

Критерии оценки знаний при проведении экзамена

Оценка «отлично» - выставляется аспиранту, показавшему всесторонние, систематические и глубокие знания учебной программы дисциплины и умения уверенно применять их на практике при решении конкретных задач, свободное и правильное обоснование принятых решений.

Оценка «хорошо» - выставляется аспиранту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, умеет применять полученные знания на практике, допускает в ответе или в решении задач некоторые неточности, которые может устранить с помощью дополнительных вопросов преподавателя.

Оценка «удовлетворительно» - выставляется аспиранту, показавшему фрагментарный, разрозненный характер знаний, недостаточно правильные формулировки базовых понятий, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, но при этом он владеет основными разделами учебной программы, необходимыми для дальнейшего обучения и может применять полученные знания по образцу в стандартной ситуации.

Оценка «неудовлетворительно» - выставляется аспиранту, который не знает большей части основного содержания учебной программы дисциплины, допускает грубые ошибки в формулировках основных понятий дисциплины и не умеет использовать полученные знания при решении типовых практических задач.

Критерии оценки знаний аспиранта при проведении тестирования

Оценка **«отлично»** выставляется при условии правильного ответа аспиранта не менее чем 85% тестовых заданий.

Оценка **«хорошо»** выставляется при условии правильного ответа аспиранта не менее чем 70% тестовых заданий.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется при условии правильного ответа аспиранта не менее – 50% тестовых заданий.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется при условии правильного ответа аспиранта менее чем, на 50% тестовых заданий.

Типовые контрольные задания и иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Темы рефератов

Тема: Заболевания сердечно-сосудистой системы.

1. Постинфарктный кардиосклероз, варианты клиники и течения.
2. Хроническая аневризма сердца. Клинические проявления.
3. Органы-мишени при АГ: признаки их дисфункций и перечень ассоциированных заболеваний.
4. Реноваскулярная артериальная гипертензия.
5. Ренопаренхиматозная артериальная гипертензия.
6. Эндокринные артериальные гипертензии: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, первичный гиперальдостеронизм, феохромоцитома.
7. Вирусный миокардит.
8. Бактериальный миокардит.
9. Грибковый миокардит
10. Дилатационная кардиомиопатия. Морфология, патофизиология. Клиника. Диагностика (ЭКГ, ЭХО-КГ, радионуклидные методы, биопсия миокарда), дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.
11. Гипертрофическая кардиомиопатия, патоморфология, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
12. Инфекционно-токсический инфекционный эндокардит.
13. Кардиальный инфекционный эндокардит.
14. Имунный инфекционный эндокардит.
15. Тромбозмболический инфекционный эндокардит.
16. Сухой перикардит.
17. Недостаточность митрального клапана.

18. Митральный стеноз.
19. Недостаточность аортального клапана
20. Механизмы формирования аритмий.
21. Основные клинические проявления нарушений ритма и проводимости.
22. Особенности физикального обследования больного с нарушением ритма и проводимости.
23. Современные представления о патогенезе СН.
24. Особенности изменения метаболизма миокарда при СН.
25. Алгоритм ведения пациентов с ХСН.
26. Обратимая сердечная недостаточность.
27. Особенности БС при различных формах ИБС.
28. Особенности БС при перикардитах.
29. Особенности БС при пороках сердца.
30. Особенности БС при гипертонической болезни.
31. Особенности БС при кардиомиопатиях и миокардитах.
32. Особенности БС при пролапсе митрального клапана и НЦД.
33. Особенности БС при ТЭЛА и расслаивающей аневризме аорты.
34. Особенности БС при заболеваниях легких и плевры.
35. Особенности БС при рефлюкс-эзофагите, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, при острых и хронических эзофагитах.
36. Особенности БС при остеохондрозах и межреберных невралгиях.
37. Особенности БС при синдроме Титце и заболеваниях мышц плечевого пояса.
38. Артериальная гипертония: диагностика, дифференциальная диагностика, фармакологический контроль за течением, профилактика.
39. Гипертонические кризы: диагностика, дифференциальная диагностика, принципы дифференцированной терапии в стационаре и внебольничных условиях.
40. ИБС, стенокардия: диагностика и тактика терапевта поликлиники.
41. ИБС, инфаркт миокарда: догоспитальная диагностика и тактика терапевта поликлиники, стационара.
42. Фибрилляция предсердий. Клиническая и электрокардиографическая диагностика, дифференцированная терапия, прогностическая оценка.
43. Депрессии в практике терапевта: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
44. Хроническая сердечная недостаточность: современные принципы диагностики и лечения.

Тема: Заболевания органов дыхания

1. Эпидемиология и факторы риска развития ХОБЛ.
2. Патогенез ХОБЛ.
3. Дифференциальная диагностика ХОБЛ и астмы.
4. Профилактика ХОБЛ. Плановая терапия.
5. Как отличить астму от других бронхообструктивных заболеваний.
6. Как отличить астму аллергическую от неаллергической.
7. Устройства для ингаляции лекарственных препаратов.
8. Профессиональная астма: диагностика и лечение.
9. Клиническая фармакология ингаляционных кортикостероидов.
10. Внебольничная пневмония: эпидемиология и этиология.
11. Клиника и лечение легионеллезной пневмонии.
12. Дифференциальная диагностика пневмонии и синдромосходных болезней.
13. Принципы АМТ пневмонии.
14. Этиология и патогенез ХДН.
15. Причины нарушений энергетического гомеостаза при ХДН.

16. Принципы лечения ХДН.
17. Патогенез бронхоэктатической болезни.
18. Этиология абсцесса и гангрены легкого.
19. Критерии диагностики нагноительных заболеваний легких.
20. Лечение острого абсцесса легких.
21. Пара- и метатневмонические плевриты, клиника, диагностика.
22. Туберкулезный плеврит: клиника, лечение.
23. Дифференциальная диагностика плевритов.
24. Определение, эпидемиология, этиология, патогенез муковисцидоза.
25. Методы диагностики муковисцидоза.
26. Клиника муковисцидоза в зависимости от его клинического варианта.
27. Осложнения муковисцидоза – клиника и диагностика.
28. Принципы лечения муковисцидоза.

Тема: Заболевания органов пищеварения.

1. Заболевания пищевода с синдромом дисфагии.
2. Пищевод Барретта: клиника, диагностика, тактика лечения.
3. Острый гастрит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение.
4. Ранняя диагностика рака желудка.
5. Этиология, патогенез, профилактика и лечение НПВП-гастропатий.
6. Осложнения неспецифического язвенного колита: клиника, лечение.
7. Осложнения цирроза печени: лечение.
8. Дифференциальная диагностика заболеваний кишечника.
9. Синдром Золлингера-Эллисона.
10. Болезнь Бадда-Киари.
11. Клиническая фармакотерапия Болезни Крона.
12. Отравления грибами.
13. Доброкачественные опухоли печени.
14. Рак поджелудочной железы.
15. Предраковая патология в гастроэнтерологии.
16. Патология гастродуоденальной зоны при заболеваниях других органов и систем.
17. Алкогольная болезнь печени, классификация, клиника, принципы лечения.
18. Лекарственные поражения печени, классификация, клиника, принципы лечения.
19. Гемохроматоз.
20. Пигментные гепатозы.
21. Дифференциальная диагностика желтух.
22. Первичный билиарный цирроз: диагностика, лечение.
23. Трансплантация печени.
24. Методы интенсивной терапии при отравлениях в гастроэнтерологии.

Тема: Заболевания почек.

1. Редкие синдромы в нефрологии.
2. Современные методы исследования патологии почек.
3. Цели и принципы лечения иммунных заболеваний почек: диетотерапия, фармакотерапия глюкокортикостероидами, цитостатиками, иммуносупрессивными препаратами.
4. Заместительная почечная терапия при гломерулонефритах. Показания.
5. Патогенез клинических синдромов и осложнений пиелонефрита.
6. Вторичный пиелонефрит. Мочекаменная болезнь. Аномалии развития мочевыводящей системы. Приобретенные дисфункции мочевыводящей системы (посттравматические, поствоспалительные). Диагностика. Принципы терапии.

7. Заместительная почечная терапия при пиелонефритах. Показания.
8. Внепочечные проявления амилоидоза.
9. Посиндромное проявление амилоидоза почек. Лечение.
10. Заместительная почечная терапия при амилоидозе. Показания.
11. Острая почечная недостаточность. Определение, этиология и патогенез. Понятие острого ренального повреждения, критерии AKIN.
12. Преренальная ОПН, патогенетические механизмы. Причины.
13. Ренальная ОПН, патогенетические механизмы. Причины.
14. Постренальная ОПН, патогенетические механизмы. Причины.
15. Основные причины развития ХБП, профилактика, принципы терапии.
16. Почечный и кардиоваскулярный прогноз при ХБП, зависимость по стадиям.
17. Особенности принципов терапии преддиализной и диализной стадий ХБП. Критерии начала противоанемической терапии и коррекции кальций-фосфорного баланса.

Тема: Заболевания системы крови.

1. Анемии, связанные с нарушением образования протопорфирина: наследственные (сидероахрестические) и приобретенные (свинцовая интоксикация).
2. Анемии, возникающие при инфекционных и гнойно-воспалительных заболеваниях.
3. Анемии беременных.
4. Современные представления о всасывании витамина В₁₂ в кишечнике.
5. Наследственные формы В₁₂-дефицитной анемии (Синдром Иммерслунд-Гресбека, наследственный дефицит транскобаламина II).
6. Гемолитическая кома.
7. Гемолитические анемии, связанные с механическим повреждением эритроцитов.
8. Парциальная красноклеточная аплазия костного мозга.
9. Дифференциальная диагностика панцитопении в периферической крови.
10. Протокол применения антилимфоцитарного глобулина, циклоспорина А при апластической анемии.
11. Эффективность спленэктомии при апластической анемии.
12. Дифференциальная диагностика агранулоцитоза в периферической крови.
13. Миелодиспластический синдром.
14. Методы иммунодиагностики и молекулярной биологии в гематологии.
15. Трансплантация костного мозга при лейкозах.
16. Новые подходы к лечению хронического миелолейкоза.
17. Современные методы диагностики и лечения сублейкемического миелоза.
18. Современные представления о патогенезе иммуноглобулинсекретирующих лимфом.
19. Цитогенетические аномалии.
20. Современные методы лечения множественной миеломы.
21. Волосатоклеточный лейкоз.
22. Лимфома из малых лимфоцитов.
23. Современные подходы к лечению хронического лимфолейкоза.
24. Редкие наследственные коагулопатии.
25. Функционально-морфологические характеристики основных видов тромбоцитопатий.
26. Тромбоцитопатии, обусловленные аномалиями рецепторов мембран тромбоцитов.
27. Парциальные дизагрегационные тромбоцитопатии.
28. Синдром Квика.
29. Атаксия-телеангиэктазия Луи-Бар.
30. Гемангиомы, протекающие с тромбоцитопенией и коагулопатией потребления

Примерные ситуационные задачи по дисциплине «Внутренние болезни»

Задача № 1.

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

Эталон ответа:

1. ЭХОКГ (расширение камер сердца, диффузное снижение насосной и сократительной функции ЛЖ, увеличение митрально-сепальной сепарации, митральный клапан в виде «рыбьего зева», митральная регургитация). Рентгенография грудной клетки (расширение тени сердца с увеличением КТИ более 50%, признаки венозного застоя).
2. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы кардиальной астмы. НК 11Б ст. (111 ф.к. по NYHA).
3. Ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, небольшие дозы бета-блокаторов, при необходимости - небольшие дозы сердечных гликозидов. Радикальный метод лечения - трансплантация сердца.

Задача № 2

Мужчина 75 лет

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин.. Диффузные изменения миокарда.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Суточное мониторирование ЭКГ, электрофизиологическое исследование (ЧПЭС).
2. Синдром слабости синусового узла. Синдром тахи-бради: синусовая брадикардия, пароксизмальная мерцательная аритмия. Приступы МЭС.
3. При подтверждении диагноза показана имплантация ИВР.

Задача № 3

Мужчина 55 лет

Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперлипидемия 11 Б тип.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль\л, триглицериды 2,25 ммоль\л, альфа-холестерин 0,8 ммоль\л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль\л.

Вопросы:

1. Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?
2. Что такое коэффициент атерогенности, как он вычисляется и каковы его нормы?
3. Каковы методы коррекции дислипотеидемии в данном случае?

Эталон ответа:

1. Общий холестерин менее 4,2 ммоль\л, альфа-холестерин более 1 ммоль\л, триглицериды менее 2 ммоль\л.
2. $КА = (\text{общ.ХС} - \text{альфа-ХС}) : \text{альфа-ХС}$. Норма менее 3.
3. Диета с ограничением жиров животного происхождения и углеводов. Коррекция углеводного обмена. Применение статинов или фибратов.

Задача № 4

Мужчина 59 лет

В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза в день (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время. На снятой ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.

Вопросы:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?

Эталон ответа:

1. ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз коронарных артерий.
2. Больного необходимо госпитализировать в БИТ.

Задача № 5

Мужчина 49 лет

Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд\мин., АД = 130\80 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких - дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5 день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90\50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд\мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.

Вопросы:

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Разрыв межжелудочковой перегородки.
2. ЭХОКГ (желательно с цветным доплеровским сканированием), радиоизотопная вентрикулография.

Задача № 6

На прием в поликлинику обратился мужчина, 65 лет, с жалобами на сухой кашель преимущественно в ночное и утреннее время. Иногда по утрам откашливается 2-3 плевка светлой мокроты. Никогда не болел воспалением легких, простудным заболеваниями не подвержен, даже после значительных охлаждений оставался здоровым. Курит в течение 40 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день. Лет 5 назад стал отмечать одышку при нагрузке, кашель в утреннее время с отделением нескольких плевков слизистой мокроты. Особенно выраженными одышка и кашель стали в последний год, из-за кашля стал просыпаться ночью. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены. Нижние границы легких опущены на два ребра. Подвижность нижнего легочного края по всем линиям ограничена до 2-3 см. Дыхание ослабленное, «ватное», выдох не удлинен, выслушиваются единичные сухие незвучные хрипы. Частота дыханий в покое 20 в минуту. Границы сердца не изменены, ритм сердца правильный. ЧСС 70 ударов в минуту. Печень не увеличена, отеков нет.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Наметьте план обследования.

Эталон ответа:

1. Синдром бронхита, синдром обструкции легких, синдром эмфиземы, синдром вентилиционной недостаточности.
2. Диагноз: хронический катарально-обструктивный бронхит, эмфизема; вентилиционная недостаточность 1-2 ст.
3. Клинический и биохимические анализы (гликопротеиды) крови, цитобактериологическое исследование мокроты, рентгенография грудной клетки, фибробронхоскопия, спирограмма, ЭКГ, эхокардиография.

Задача № 7

Вызов врача «скорой помощи» на дом. У больного, 32 лет, приступ удушья. Он сидит, опершись руками о край кровати. Кожные покровы влажные, легкий цианоз губ. Дыхание с дистанционными хрипами. Непродуктивный кашель усиливает удушье. Из анамнеза: подобные приступы были и раньше, настоящий приступ развился внезапно во время ремонта квартиры. Объективно: в легких дыхание ослаблено. Число дыханий - 26 в минуту, масса сухих свистящих хрипов. Тоны сердца ясные. ЧСС 92 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, отеков нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Его верификация.
3. Неотложные мероприятия.

Эталон ответа:

1. Атопическая бронхиальная астма, приступ удушья.
2. По анамнезу уточнить эффект элиминации, признаки атопии. После купирования приступа удушья рекомендовать консультацию аллерголога для проведения аллергологического обследования.

3.Ингаляция беротека или другого β_2 -агониста. При отсутствии эффекта ввести внутривенно струйно эуфиллин и внутримышечно димедрол.

Задача № 8

У женщины, 40 лет, страдающей хроническим синуситом развилась острая форма артрита, врач назначил лечение ацетилсалициловой кислотой. Атопии в анамнезе у больной нет, однако у нее внезапно развился бронхоспазм.

Вопросы:

- 1.Что явилось причиной обструкции?
- 2.Какой системе необходимо уделить внимание при обследовании?

Эталон ответа:

- 1.Гиперчувствительность к ацетилсалициловой кислоте.
- 2.ЛОР-органов на предмет обнаружения полипов.

Задача № 9

Больная жалуется на приступы удушья по ночам и в утренние часы. Прослеживается эффект бытовой элиминации. Болеет два года. У матери бронхиальная астма. Год назад амбулаторно при проведении аллергологического обследования выявлена аллергия на домашнюю пыль, перо подушки. После замены перьевой подушки на ватную и проведения курса гистоглобулина приступы удушья исчезли. Однако две недели назад после ОРВИ приступы возобновились. При аускультации в легких выслушивается масса сухих хрипов. В аллергологическом отделении начата специфическая гипосенсибилизация аллергеном из домашней пыли в сочетании с бронхолитиками. Через несколько дней состояние ухудшилось, приступы стали затяжнее и тяжелее.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Объясните причину ухудшения состояния.

Эталон ответа:

- 1.Бронхиальная астма атопический вариант (аллергия на домашнюю пыль, перо подушки), обострение.
- 2.Специфическая гипосенсибилизация была начата в период обострения болезни, поэтому развилось осложнение в виде общей реакции (осложнения местные - отек, гиперемия, зуд; осложнения общие - насморк, крапивница, приступы удушья вплоть до астматического состояния; генерализованные осложнения - анафилактический шок).

Задача № 10

Больной, по профессии конюх, жалуется на приступы удушья в течение дня, насморк, чихание. Болен 5 лет. В отпуске состояние значительно улучшается. При аллергологическом обследовании выявлена сенсibilизация к перхоти лошадей.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Ваши рекомендации и лечение.

Эталон ответа:

- 1.Бронхиальная астма атопический вариант (аллергия на перхоть лошадей) легкой степени тяжести. Аллергическая риносинусопатия.
- 2.Трудоустройство с исключением контакта с лошадьми. Проведение неспецифической гипосенсибилизации (гистоглобулин, противоаллергический иммуноглобулин, интал, кетотифен, задитен, бронитен, антигистаминные препараты, бронхолитики, дитек).

Задача 11

Больного 25 лет беспокоят боли в эпигастриальной области, возникающие через 2 часа после еды, купирующиеся приемом пищи. Бывают ночные боли, изжога.

При пальпации живота определяется напряжение прямых мышц живота, болезненность в эпигастрии, положительный симптом Менделя.

Назовите синдромы поражения органов пищеварения, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Язвенноподобный синдром. Синдром повышенной секреторной функции желудка.

Язвенноподобный синдром подтверждается характерными ритмичными болями в эпигастриальной области. Поздний и ночной характер болей свидетельствуют в пользу локализации язвы в выходном отделе желудка или в 12-перстной кишке. Болезненность в эпигастрии, напряжение прямых мышц живота и положительный симптом Менделя также свидетельствуют о наличии язвенного дефекта в слизистой желудка или 12-перстной кишки.

Синдром повышенной секреторной функции желудка подтверждается характером болей, которые купируются приемом пищи, нейтрализующей избыток кислоты в желудке, а также изжогой, возникающей в результате попадания кислого содержимого желудка в пищевод.

Предварительный диагноз - язвенная болезнь, язва выходного отдела желудка или 12-перстной кишки.

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить фиброгастродуоденоскопию с биопсией слизистой из краев язвы для оценки гистологической активности, наличия метаплазии эпителия, оценки обсемененности слизистой H. pylori, с pH-метрией для оценки кислотности желудочного сока.

Реже используется рентгеноскопия желудка или 12-перстной кишки, при которой можно определить прямые симптомы язвы - наличие «ниши» или косвенные признаки - конвергенцию складок, спазм мускулатуры желудка напротив язвенного дефекта и другие.

Задача 12

Больного 32 лет беспокоит чувство тяжести в эпигастрии, возникающее через 30 минут после еды, отрыжка воздухом, изредка – тухлым, кашицеобразный стул 1-2 раза в сутки. При пальпации живота напряжения мышц живота нет, болезненности также нет.

При эндоскопическом исследовании желудка выявлена истонченная слизистая с усиленным сосудистым рисунком и уменьшенными складками. При гистологическом исследовании биоптата слизистой обнаружена атрофия желез, признаки кишечной метаплазии. В крови выявлены антитела к париетальным клеткам желудка.

Назовите синдромы поражения органов пищеварения, предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Синдром желудочного дискомфорта, синдром пониженной секреторной функции желудка.

О синдроме желудочного дискомфорта свидетельствует ощущение тяжести в эпигастрии после еды. Отсутствие болезненности и напряжения прямых мышц живота при пальпации в эпигастриальной области говорит об отсутствии язвенных дефектов слизистой оболочки желудка, что подтверждается и при эндоскопическом исследовании желудка.

О синдроме пониженной секреторной функции желудка свидетельствует отрыжка тухлым, возникающая вследствие гнилостных процессов в желудке, кашицеобразный стул вследствие недостаточного переваривания пищи в желудке, макроскопический вид

слизистой при эндоскопии - усиление сосудистого рисунка, истонченность, уплощение складок слизистой, и данные гистологического исследования биоптата слизистой - атрофия желез, кишечная метаплазия эпителия.

Клинический диагноз - хронический гастрит А (аутоиммунный).

Причиной развития атрофического гастрита явились аутоиммунные нарушения, проявляющиеся в синтезе аутоантител к париетальным клеткам желудка.

Больному необходимо выполнить клинический анализ крови для исключения вероятной В12-дефицитной анемии, так как париетальные клетки желудка, которые гибнут при аутоиммунном гастрите, кроме соляной кислоты синтезируют внутренний фактор Кастла - гастромукопротеин, необходимый для усвоения витамина В12, в связи с чем часто при хроническом аутоиммунном гастрите развивается пернициозная анемия.

Задача 13

Больной 40 лет, жалуется на кашицеобразный обильный стул до 4-6 раз в сутки с примесью непереваренной пищи, стул плохо смывается с унитаза. Беспокоит вздутие, урчание в животе. Больной похудел за 3 месяца на 5 кг, отмечает общую слабость. Вес 56 кг, рост - 160 см (ИМТ – 21,5). Тургор кожи снижен, кожа сухая, «заеды» в углах рта. Живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной области.

Копрограмма: кал неоформленный, кашицеобразный, коричневого цвета, при микроскопии выявляются кристаллы жирных кислот +++, внеклеточный крахмал +++, мышечные волокна без поперечной исчерченности +++.

Назовите синдромы поражения органов пищеварения, предварительный диагноз, дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром малдигестии и малабсорбции.

Синдром малдигестии подтверждаются следующими симптомами: частый неоформленный стул с примесью непереваренной пищи, в том числе жиров (стул плохо смывается с унитаза), вздутие и урчание в животе, наличие в копрограмме кристаллов жирных кислот (стеатореи), внеклеточного крахмала (креатореи) и мышечных волокон (креатореи). Определяется крахмал внеклеточный, что свидетельствует о нарушении переваривания его под действием амилазы, мышечные волокна - без поперечной исчерченности, что говорит о сохраненной секреторной функции желудка, где мышечные волокна под действием соляной кислоты теряют поперечную исчерченность, и недостатке протеаз тонкой кишки.

С синдромом малдигестии тесно связан синдромом малабсорбции, о котором свидетельствует быстрое похудание больного, слабость, снижение тургора кожи, признаки гиповитаминоза – «заеды» в углах рта вследствие дефицита витамина В₆, сухость кожи вследствие дефицита витамина А.

Предварительный диагноз: болезнь Крона? Глютеновая энтеропатия?

Причиной поражения тонкой кишки могут быть различные заболевания: болезнь Крона, глютеновая энтеропатия, лимфома кишечника и другие. Больной нуждается в дополнительном обследовании: фиброколоноскопии с биопсией слизистой подвздошной кишки, фиброгастроуденоскопии с биопсией слизистой 12-перстной кишки.

Необходимо выполнить рентгенологическое исследование тонкой кишки для изучения рельефа слизистой кишки и оценки степени атрофии ворсинок тонкой кишки. Необходимо исследование клинического анализа крови, белков острой фазы воспаления, антител к глиадину, показателей клеточного и гуморального иммунитета.

Задача 14

Больного 18 лет беспокоят частые позывы на стул – до 10 раз в сутки, стул скудный, с примесью слизи и крови, иногда отходит одна слизь и кровь без каловых масс. Беспокоят боли в левой подвздошной области, уменьшающиеся после дефекации.

Пальпируется болезненная спазмированная сигмовидная кишка. Копрограмма: кал полуоформленный, тяжи слизи и примесь крови, при микроскопии выявляются лейкоциты – 30 - 40 в поле зрения, эритроциты – 12 - 15 в поле зрения. При ректороманоскопии обнаружена отечная, гиперемированная слизистая прямой и сигмовидной кишок, контактная кровоточивость слизистой, поверхностные язвы.

Назовите синдром поражения органов пищеварения, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром поражения толстой кишки, дистальноколитический синдром.

О поражении дистального отдела толстой кишки свидетельствуют ложные позывы, частый скудный стул, примесь свежей крови и слизи в каловых массах, боли в левой подвздошной области, болезненная спазмированная сигмовидная кишка при пальпации, наличие лейкоцитов и эритроцитов в копрограмме, эндоскопическая картина воспаления слизистой прямой и сигмовидной кишки с наличием поверхностных изъязвлений.

Предварительный диагноз - неспецифический язвенный колит.

Для оценки состояния слизистой всей толстой кишки больному необходимо выполнить фиброколоноскопию с биопсией слизистой и определением гистологической активности воспаления. Исследование клинического анализа крови позволит уточнить наличие постгеморрагической железодефицитной анемии, а исследование острофазовых тестов и показателей иммунитета - степень активность язвенного колита.

Задача 15

Больного 35 лет, беспокоят тупые боли в правом подреберье, желтушность склер, темная окраска мочи, слабость, пониженная работоспособность, быстрая утомляемость.

При осмотре выявляется желтушность склер и слизистых, пальмарная эритема. Пальпируется увеличенная печень, размеры 15х11х9 см, край ровный, мягкий, закругленный, безболезненный. Селезенка не пальпируется, перкуторные размеры 13,5х6,0 см.

АЛАТ – 60 МЕд/л, билирубин - 52 мкмоль/л (прямого 10 мкмоль/л), протромбин 75%. В сыворотке крови методом ИФА выявлены антитела к вирусу гепатита С.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром паренхиматозной желтухи, печеночно-клеточной недостаточности, цитолитический синдром, синдром гепатоспленомегалии.

Синдром паренхиматозной желтухи подтверждается следующими симптомами: желтушность кожи и склер, темная окраска мочи, повышенный уровень билирубина в крови с наличием как прямой, так и непрямой фракций.

О синдроме печеночно-клеточной недостаточности свидетельствуют утомляемость, сниженная работоспособность, пальмарная эритема, незначительно пониженный уровень протромбина – 75%.

Повышенный уровень аминотрансфераз и прямого билирубина связан с цитолизом гепатоцитов.

Синдром гепатоспленомегалии включает в себя увеличение размеров печени вследствие воспалительной инфильтрации печени и дистрофии гепатоцитов и увеличение размеров селезенки, в которой происходит пролиферация иммунных клеток в ответ на вирусное поражение печени.

Предварительный диагноз - хронический гепатит С.

Для подтверждения диагноза хронического гепатита необходимо определить другие функциональные печеночные тесты - уровень альбуминов, щелочной фосфатазы, холестерина, гамма-глутамилтранспептидазы, оценить выраженность иммунных нарушений по концентрации иммуноглобулинов в крови. Необходимо выполнить ультразвуковое исследование печени и селезенки для оценки их размеров и внутренней структуры. Для определения гистологической активности, выраженности склероза и стадии заболевания обязательна биопсия печени. Необходимо определить генотип вируса гепатита С и вирусную нагрузку методом полимеразной цепной реакции.

Можно выполнить скintiграфию печени.

Задача № 16

Больной 25 лет, жалуется на тупые боли в поясничной области, малое количество мочи (за сутки 500-600 мл), изменение цвета мочи – «мясные помои», отеки на лице, головную боль. 3 недели назад перенес фолликулярную ангину.

Facies nefritica. АД 180/110 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте.

В анализе мочи: белок – 1,2 г/л, цилиндры гиалиновые - 2-3 в поле зрения, эритроциты измененные 20-30 в поле зрения.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача № 17

Больную 30 лет, беспокоят ознобы, подъемы температуры до 39° в течение недели, профузные поты, боли в поясничной области справа, частое мочеиспускание, выраженная слабость.

Пальпация живота болезненна в правом подреберье, болезненно поколачивание по поясничной области справа.

В гемограмме: лейкоциты - 15×10^9 /л, палочкоядерные лейкоциты - 24%, сегментоядерные лейкоциты - 55%, лимфоциты – 12%, моноциты - 9%, СОЭ – 48 мм/ч. Ан мочи: у. в. - 1012, лейкоциты – покрывают все поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения. Микробное число - 10^8 /мл, выделена кишечная палочка.

Назовите синдром поражения органов мочевого выделения, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Задача № 18

Больной 50 лет, жалуется на слабость, вялость, плохой аппетит, постоянную тошноту, кожный зуд, малое количество мочи, отеки век. Много лет страдает хроническим гломерулонефритом.

Больной заторможен, определяется запах аммиака. Кожа и слизистые бледные, следы расчесов на коже. Лицо отечное - *facies nefritica*. АД 180 и 100 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Диурез за сутки – 600 мл.

Креатинин сыворотки крови - 800 мкмоль/л. Анализ мочи: у. в. 1010, белок – 1,6 г/л, эритроциты – 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 2-3 в поле зрения.

УЗИ органов брюшной полости: почки уменьшены в размерах, изменен кортикоренальный индекс.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача № 19

Больного 58 лет, беспокоят отеки на ногах, одышка при незначительной физической нагрузке, слабость. Многие годы страдает ревматоидным артритом высокой активности.

Состояние тяжелое. Кожа бледная. Отеки ног (стоп, голеней, бедер). Дыхание везикулярное ослабленное ниже углов лопаток с обеих сторон. Тоны сердца глухие. При УЗИ выявляется свободная жидкость в брюшной полости, увеличение размеров почек, усиление их эхоструктуры, небольшое количество жидкости в плевральных полостях с обеих сторон, выпот в полости перикарда.

Анализ мочи: у. в. 1020, белок – 4,1 г/л, цилиндры гиалиновые – 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: белок – 50 г/л, альбумины - 45%, глобулины 55%, холестерин 9,6 ммоль/л.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Задача № 20

Больной 60 лет оперирован по поводу расслаивающей аневризмы брюшного отдела аорты. Боли в животе и падение АД отмечались в течение 5 часов, выполнена срочная операция, которая длилась около 4 часов. Аневризма аорты иссечена, аорта протезирована. В послеоперационном периоде отмечается развитие олигурии - 100 мл мочи за сутки. В крови выявляется высокий уровень креатинина - 600 мкмоль/л, который продолжает нарастать до 800 мкмоль/л, увеличился уровень К до 6,2 ммоль/л.

Анализ мочи: у. в. 1013, белок - 1,8 г/л, эритроциты измененные - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 2-3 в поле зрения, зернистые - 1-2 в поле зрения.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача № 21

Больной Д., 67 лет, страдает мочекаменной болезнью (МКБ) в течение 10 лет. Последние 4 дня после переохлаждения отмечает боли в правой поясничной области, субфебрильную лихорадку, частое безболезненное мочеиспускание.

При осмотре. Состояние относительно удовлетворительное, в сознании, адекватен. Кожные покровы обычного цвета и влажности. АД 135 и 85 мм.рт.ст, тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 82 в минуту. При обследовании в общем анализе мочи: белок - 0,0030 г/л, лейкоциты - 12-24 в поле зрения, эритроциты неизмененные 10-12 в поле зрения. В клиническом анализе крови: СОЭ - 26 мм/час, лейкоциты - $10,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 7%.

Сформулируйте синдромы, характерные для данного заболевания и диагноз.

Задача 22

Больную 27 лет, беспокоит слабость, головокружение и мелькание мушек перед глазами при наклонах, слабость в мышцах, одышка и сердцебиение при небольших физических нагрузках, нравятся запахи бензина, гуталина, имеются пищевые пристрастия к сухим макаронам, мелу.

Кожа и слизистые бледные, ногти – с поперечной исчерченностью - койлонихия. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 84 в покое. Выслушивается нежный систолический шум на верхушке сердца, который никуда не проводится.

Гемограмма: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л, MCV - 64 фл, MCHC - 210 г/л, MCH – 20 пг. Железо сыворотки - 6 мкмоль/л.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Задача 23

Больного 54 лет, беспокоит слабость, утомляемость, одышка и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, жжение в языке, чувство онемения в подошвах стоп.

Кожа и слизистые бледные с желтушным оттенком. Лицо отечное, бледное, волосы седые. Язык чистый, малиновый, блестящий, сосочки атрофированы. Тоны сердца глухие, слабый систолический шум на верхушке, на легочном стволе. Пальпируется печень на 2 см ниже правой реберной дуги, перкуторные размеры 15x10x8 см. Пальпируется селезенка, перкуторные размеры 13x10 см. Усилены рефлексы, снижена чувствительность на стопах и кистях рук.

Билирубин 55 мкмоль/л, непрямой 45 мкмоль/л. Гемограмма - эритроциты - $2,6 \times 10^{12}$ /л, MCV - 110 фл, MCH – 40 пг, MCHC – 400 г/л, тельца Жолли и кольца Кебота, пойкилоцитоз.

Результаты стеральной пункции: эритроидная гиперплазия костного мозга, мегалобластный тип кроветворения, соотношение эритроидных и миелоидных элементов 1:1, снижено количество мегакариоцитов, определяются гигантские метамиелоциты.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Задача 24

Больной 50 лет, 5 лет назад получал полихимиотерапию и лучевую терапию по поводу рака легкого. В течение полугода появилась слабость, головокружение, одышка при ходьбе.

При тщательном обследовании больного, включая КТ органов грудной и брюшной полости, данных за прогрессирование основного заболевания и развитие метастазов не получено.

Данные гемограммы: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}$ /л, MCV - 74 фл, MCH - 27 пг, MCHC - 320 г/л, ретикулоциты - 0,5%, лейкоциты - $1,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 90×10^9 /л, СОЭ - 35 мм/ч. Результаты исследования костного мозга: костный мозг в основном представлен жировой тканью, в которой определяются редкие и мелкие островки миелоидной ткани.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Задача 25

Больного 28 лет, беспокоит субфебрильная температура, увеличение шейно-надключичных узлов справа, слабость, кожный зуд, похудание на 5 кг за 3 месяца.

Кожа и слизистые бледные, справа в подчелюстной и надключичной областях пальпируется конгломерат лимфоузлов, подвижных, плотных, не спаянных с кожей, безболезненных. Другие лимфоузлы не пальпируются. Со стороны внутренних органов при осмотре, пальпации, перкуссии патологии не выявлено.

В пунктате лимфоузла обнаружены наряду с лимфоцитами и разрастанием соединительной ткани большие двоядерные в виде «глаз совы» клетки Березовского-Штернберга.

На рентгенограмме органов грудной клетки выявляется расширение средостения, при томографии и КТ – увеличение лимфоузлов средостения, при КТ органов брюшной полости - увеличение селезенки.

Назовите синдром поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Задача 26

Больного, 35 лет, беспокоит слабость, потливость, тяжесть в левом подреберье.

При пальпации живота определяются увеличенная печень с закругленным плотным краем, перкуторные размеры 17х13х9 см, увеличенная селезенка, выступающая на 5 см из-под реберной дуги, перкуторные размеры 20х15 см.

Данные гемограммы: лейкоциты - 210×10^9 /л, промиелоциты – 5%, миелоциты - 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные – 40%, базофилы - 7%, эозинофилы – 9%, моноциты – 5%, лимфоциты – 15%. СОЭ – 55 мм/час.

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, методы обследования для подтверждения диагноза.

Задача № 27

Больной Б., 45 лет, поступил с жалобами на головные боли, одышку, боли в области сердца, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье. В прошлом часто болел ангиной, состоял на учете по поводу ревмокардита в течение 15 лет.

При осмотре акроцианоз, набухшие шейные вены, ортопноэ, температура тела 37,8°C. Перкуторно: верхняя граница – верхний край II ребра, правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая по СКЛ. Пульс – 76 уд.в мин, малого наполнения, ЧСС – 76 в

мин., АД-110/70 мм.рт.ст. При аускультации на верхушке ритм ослабление 1 тона, систолический и диастолический шум. Во 2 межреберье справа: ослабление 2 тона, диастолический шум. ЧДД-26 в мин. В нижних отделах легких незвучная крепитация. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, болезненная, отеки на ногах.

Общий анализ крови: СОЭ-30 мм/час. АСЛ =1:600

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительных исследований, проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте индивидуальную терапию.

Эталон ответа:

Синдромы: поражение эндокарда (ведущий), поражение миокарда, воспалительный, сердечной недостаточности.

Диагноз: Повторная ревматическая лихорадка. Кардит (аортальный вальвулит?) средней степени тяжести. ХРБС. Сочетанный порок митрального клапана с преобладанием недостаточности. Аортальная недостаточность. СН 2Б (ФК4).

Дифференциальный диагноз с инфекционным эндокардитом.

Обследование: ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки, посев крови на стерильность.

Лечение: диета 10, режим 2, цефтриаксон 2 г/сутки в/м, мовалис 7,5 мг/сутки, периндоприл 1,25 мг/сутки, лазикс 40 мг/сутки, верошпирон 50 мг/сутки.

Задача № 28

Больная 42 лет, домохозяйка, 3 месяца назад после ОРЗ отметила появление умеренной болезненности и припухлости II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, утренней скованности в течение 6 часов. Суставной синдром сопровождался общей слабостью, повышением температуры тела до 37,3°C.

При осмотре кожные покровы физиологической окраски, чистые. Пальпируются подмышечные лимфатические узлы размером с горошину, плотные, безболезненные. АД=120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=76 в минуту. Дыхание везикулярное. Отмечается дефигурация за счет экссудативно-пролиферативных явлений, болезненность вышеперечисленных суставов. Активные и пассивные движения в них ограничены и болезненны.

При обследовании: эритроциты=3,5х10¹²/л, гемоглобин=110 г/л, лейкоциты=9х10⁹/л, СОЭ=30 мм/час, СРБ=21 мг/мл. РФ=64 ЕД/мл. ЦИК=78 ед.опт.пл. На рентгенограмме суставов кистей обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов.

Вопросы:

- 1.Выделите синдромы, определите ведущий.
- 2.Сформулируйте клинический диагноз.
- 3.Составьте план обследования.
- 4.Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Сочетание боли в суставах, припухлости, скованности и ограничения функции свидетельствует о суставном синдроме. Лимфаденопатию, субфебрилитет, анемию следует отнести к синдрому системных проявлений. Повышение СОЭ до 30 мм/час, СРБ

до 21 мг/мл, ЦИК до 78 ед.опт.пл., РФ до 64 ЕД/мл указывает на синдром иммунного воспаления.

Ведущим является суставной синдром. Характер, суточный ритм, интенсивность, темп развития болевого синдрома, разлитая припухлость в области сустава, деформация за счет экссудативно-пролиферативных явлений, ограничение активных движений – говорит о суставном синдроме по типу артрита (воспалительном типе поражения суставов). Особенности суставного синдрома свидетельствуют в пользу ревматоидного артрита: артрит, полиартрит, поражение мелких суставов кистей и стоп, стойкое, симметричное, прогрессирующее, сопровождающееся системными проявлениями (лимфаденопатия, субфебрилитет, анемия).

Из 7 диагностических критериев АРА, применяемых для постановки диагноза ревматоидного артрита, присутствуют 6. Причем клинические критерии существуют более 6 недель. Таким образом, диагноз ревматоидного артрита согласно диагностическим критериям АРА можно считать достоверным.

Поражение более 3-х суставных зон говорит в пользу полиартрита.

Повышенный уровень РФ указывает на серопозитивный вариант ревматоидного артрита.

Наличие артритов вышеперечисленных суставов, длительность утренней скованности в течение 6 часов, субфебрилитет, повышение СОЭ до 30 мм/час, СРБ=21 мг/мл, ЦИК=78 ед.опт.пл., РФ до 64 ЕД/мл свидетельствует о II степени активности заболевания.

Анализ рентгенограммы кистей: околосуставной остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов соответствует II стадии по Штейнброкеру.

Ограничение выполнения жизненно-важных манипуляций говорит в пользу ФН II.

Клинический диагноз: Ревматоидный артрит, полиартрит с системными проявлениями (лимфаденопатия, субфебрилитет, анемия), серопозитивный, активность II степени. II стадия. ФН II.

Программа обследования пациента должна включать: 1) исследования, направленные на уточнение активности заболевания и поиск возможных внесуставных проявлений болезни; 2) оценку функции органов и систем организма для исключения противопоказаний к назначению базисной терапии; 3) исключение других причин анемии.

Лечение включает: базисную терапию: лефлюномид 100 мг/сутки 3 дня, затем 20 мг/сутки под контролем общего анализа крови с тромбоцитами, билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, креатинина, общего анализа мочи не реже 1 раза в 2 недели; симптоматическую терапию: диклофенак натрия 100 мг/сутки; ЛФК.

Задача № 29

Больная С., 75 лет, поступила с жалобами на боли в плечевых, коленных и голеностопных суставах, утреннюю скованность 20-30 мин., болевое ограничение движений в плечевых и коленных суставах.

Больна около 25 лет. Возникновение болезни связывает с тяжелой физической нагрузкой. Впервые боль и отечность появились в коленных суставах. Через некоторое время на фоне терапии НПВП боли и припухлость коленных суставов исчезли. Около года назад появились боли в лучезапястных и плечевых суставах с хрустом, ограничением движений, скованностью. Периодически появляются острые боли при ходьбе в коленных суставах, исчезающие при определенном движении, тугоподвижность при переходе из состояния покоя к активной деятельности. Появились также боли в дистальных межфаланговых суставах кистей.

При осмотре: больная повышенного питания. Коленные суставы больше справа отечные, движения ограниченные и болезненные. В дистальных межфаланговых суставах плотные образования на тыльной поверхности, движение в них ограничено. Эти

суставы деформированы, движения в них ограничены, болезненны, отмечается припухлость мягких тканей этих суставов, хруст при движении.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, остеосклероз, остеофитоз.

Анализ крови: Л-9,2x10⁹/л; СОЭ-25 мм/час, СРБ – 1,5 мг/л. Мочевая кислота – 0,2 ммоль/л

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

Эталон ответа:

Синдромы: суставной по типу артроза, реактивного синовита.

Диагноз: Полиостеоартроз, узелковая форма (узелки Гебердена), медленно прогрессирующее течение, с явлениями реактивного синовита коленных и ДМФС, гонартроз 2-3 ст., ФНС 2.

Обследование: УЗИ коленных суставов.

Лечение: дипроспан в/суставно №1 в коленные суставы, нимесулид 100 мг 2 раза в сутки, после купирования синовита: ДОНА 1,5 г/сутки в течение 6 недель.

Задача № 30

Больной В., 45 лет, обратился с жалобами на боли и припухлость в мелких суставах кистей и стоп, голеностопных суставах, ограничение движения в них.

Болен около 12 лет. Заболевание началось остро с боли, отека 1-го плюснефалангового сустава правой стопы. Все симптомы через 3 дня полностью исчезли. Функция сустава полностью восстановилась. Подобные симптомы повторялись по 2-3 раза в год. Через 6 лет появились боли в локтевых, коленных, голеностопных суставах и плотное узловое образование в области правого, затем левого локтевого сустава. При осмотре отмечаются припухлость, ограничение движения мелких суставов кистей и стоп, коленных, левого голеностопного сустава. Кожные покровы над областью 2,3 плюснефалангового сустава правой стопы и 1 плюснефалангового сустава левой стопы, левого голеностопного сустава гиперемизированы, теплые на ощупь. На разгибательной поверхности обеих локтевых суставов и в области тыльной поверхности проксимальных межфаланговых суставов наблюдаются плотные, безболезненные узловые образования.

Вопросы:

1. Синдромы?
2. Предварительный диагноз?
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?
4. Лечение?

Эталон ответа:

1. Синдромы: суставной по типу артрита, гиперурикемии (тофусы).

2. Предварительный диагноз: подагра, тофусная форма, тяжелой степени тяжести. Хронический подагрический полиартрит. Тофусы в области локтевых суставов и тыльной поверхности проксимальных межфаланговых суставов. ФНС II.

3. План обследования: общий анализ крови, мочевая кислота, сахар крови, липидный спектр, общий анализ мочи, креатинин, клубочковая фильтрация, рентгенография кистей и стоп, УЗИ почек, исследование содержимого тофусов или синовиальной жидкости на кристаллы моноурата натрия.

4. Лечение: антиподагрическая диета, диклофенак натрия 150 мг/сутки, после купирования артритов - аллопуринол 100 мг/сутки (подбор дозы под контролем уровня мочевой кислоты до целевого).

**Вопросы для проведения аттестации (зачета, экзамена) аспирантов по дисциплине
«Внутренние болезни»**

Тема: Заболевания сердечно-сосудистой системы.

1. Методы обследования больных ССЗ.
2. Общие принципы и методы лечения кардиологических больных.
3. Профилактическая кардиология.
4. Теоретические основы электрокардиографии (ЭКГ).
5. Анализ ЭКГ. Характеристика нормальной ЭКГ.
6. Изменения ЭКГ при отдельных заболеваниях.
7. Атеросклероз и гипертоническая болезнь.
8. Наиболее частые локализации атеросклероза.
9. Особенности клинических проявлений атеросклероза.
10. Значение лабораторных, рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероза различных локализаций.
11. Атеросклероз. Профилактика первичная и вторичная, их современные возможности.
12. Атеросклероз. Значение курения, липидов, тромбообразования, сахарного диабета, факторов труда и быта, физического воспитания и физической активности, рационального питания.
13. Атеросклероз. Лечебно-профилактическое применение медикаментов.
14. Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Актуальность проблемы (социальное значение, эпидемиология). Факторы риска ИБС, их значение.
15. Классификация ИБС.
16. Лечение ИБС. Немедикаментозные методы.
17. Купирование и предупреждение болевых приступов (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция) при ИБС.
18. Принципы ступенчатой терапии ИБС.
19. ИБС. Место физических тренировок в комплексном лечении. Показания к хирургическому лечению.
20. Профилактика (первичная и вторичная) ИБС. Прогноз. Трудовая экспертиза.
21. Стенокардия. Степени тяжести. Диагноз. Характеристика болей, факторы риска.
22. Роль ЭКГ в выявлении коронарной недостаточности (ЭКГ с фармакологическими и нагрузочными пробами).
23. Стенокардия. Течение.
24. Острый коронарный синдром. Патофизиология: разрыв бляшки и эрозия, воспаление, тромбоз, вазоконстрикция.
25. Острый коронарный синдром. Диагностика: клинические проявления, ЭКГ, биохимические маркёры повреждения миокарда. Тактика ведения пациентов: показания к тромболитической терапии.
26. Q – Инфаркт миокарда. Клиническая картина в различные периоды заболевания. Клинические варианты начала болезни. Диагноз.
27. Q – Инфаркт миокарда. Клинические варианты инфаркта миокарда.
28. Н е Q – Инфаркт миокарда. Осложнения: кардиогенный шок, нарушения ритма и проводимости, сердечная недостаточность, ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром. Лечение. Значение ранней госпитализации.

29. Н е Q – Инфаркт миокарда. Помощь на догоспитальном этапе. Врачебная тактика в различные периоды инфаркта миокарда. Купирование болевого приступа, борьба с кардиогенным шоком, сердечной недостаточностью, аритмиями. Возможности антикоагулянтной и тромболитической терапии.
30. Н е Q – Инфаркт миокарда. Принципы реанимации больного инфарктом миокарда при внезапной клинической смерти. Прогноз. Реабилитация больных. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Диспансеризация.
31. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Механизм развития. Клиническое течение. Особенности развития недостаточности кровообращения.
32. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Нарушения ритма сердца и проводимости. Хроническая аневризма сердца. Клинические проявления. Прогноз. Лечение
33. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Возможности хирургического лечения аневризмы сердца.
34. Очаговый и диффузный атеросклеротический кардиосклероз. Диспансеризация.
35. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Распространенность. Этиология и патогенез.
36. Роль центральных нарушений регуляции артериального давления, симпатической нервной системы, гуморальных и гормональных прессорных (ренин-ангиотензин, альдостерон) и депрессорных (кинины, простагландины) факторов в возникновении и прогрессировании заболевания.
37. Эссенциальная гипертония (гипертоническая болезнь). Значение нарушений метаболизма натрия и других факторов риска. Классификация. Клиническая картина различных стадий заболевания. Гемодинамические варианты.
38. Ювенильная гипертония. Дифференциальный диагноз.
39. Лечение гипертонической болезни. Режим, рациональное питание и другие немедикаментозные методы.
40. Гипертонические кризы. Распространенность. Этиология и патогенез гипертонических кризов. Клинические проявления гипертонического криза. Гипертонические кризы: алгоритм оказания неотложной помощи. Купирование гипертонических кризов. Исходы. Прогноз.
41. Гипертонические кризы. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Профилактика (борьба с факторами риска, диспансеризация).
42. Гипертонические кризы. Лечение. Режим, рациональное питание и другие немедикаментозные методы.
43. Дифференциальное применение гипотензивных средств различного механизма действия с учетом стадии, тяжести течения, особенностей гемодинамических сдвигов и сопутствующих заболеваний. Принципы комбинированной фармакологии.
44. Классификация артериальных гипертензий. Схема обследования при артериальной гипертензии.
45. Почечные артериальные гипертензии (рено-васкулярная, при нефритах и пиелонефритах).
46. Эндокринные артериальные гипертензии (синдром и болезнь Кушинга, феохромоцитомы, альдостеромы).
47. Гемодинамические гипертензии.
48. Нейроциркуляторная дистония. Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Основные синдромы. Клиническая картина.
49. Нейроциркуляторная дистония. Диагностические критерии. Возможности лечения. Прогноз. Трудоустройство
50. Эпидемиология, этиология, патогенез, патологическая анатомия миокардитов.
51. Классификация миокардитов.

52. Особенности клинического течения и диагностики отдельных форм миокардита: вирусные, бактериальные, риккетсиозные, грибковые миокардиты.
53. Дифференциальная диагностика миокардитов.
54. Значение инструментальных и иммунологических методов исследования.
55. Особенности лечения различных форм миокардитов (нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды). Трудовая экспертиза.
56. Кардиомиопатии. Основные варианты: гипертрофическая, дилатационная, рестриктивная. Патогенез нарушений внутрисердечной гемодинамики.
57. Кардиомиопатии. Основные клинические проявления. Течение и осложнения.
58. Миокардиодистрофии. Этиология и патогенез. Основные клинические проявления и диагностические критерии. Лечение. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.
59. Перикардиты. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина, лечение.
60. Этиология, патогенез приобретенных пороков митрального клапана, аортальных пороков. Классификация приобретенных пороков митрального и аортального клапана. Клиническая картина митральных и аортальных пороков.
61. Врожденные пороки. Классификация. Общие признаки.
62. Открытый артериальный проток.
63. Значение двухмерной и доплеровской эхокардиографии в диагностике приобретенных и врожденных пороков сердца. Эхокардиографическая картина основных пороков.
64. Возможности хирургической коррекции при врожденных и приобретенных пороках сердца.
65. Нарушения ритма сердца: экстрасистолии, суправентрикулярные тахикардии. Общая характеристика и классификация.
66. Этиология суправентрикулярных экстрасистол и их клиническое значение.
67. Причины желудочковой экстрасистолии, её клиническое значение и клинко-электрокардиографические параллели.
68. Лечение и профилактика экстрасистолии.
69. Мерцательная аритмия: этиология, классификация, клиника.
70. Отбор больных с мерцательной аритмией для восстановления ритма.
71. Профилактика рецидивов МА.
72. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии.
73. Профилактика тромбоэмболических осложнений при мерцательной аритмии.
74. Этиология классификация и клиника СССУ.
75. Комбинация антиаритмических средств.
76. Длительная антиаритмическая терапия.
77. Эпидемиология и этиологические факторы сердечной недостаточности. Классификации (Василенко-Стражеско и NYHA).
78. Клиническая патофизиология сердечной недостаточности. Клинические проявления. Лекарственные препараты, применяемые при лечении сердечной недостаточности.
79. Дифференцированная терапия различных групп больных с ХСН.
80. Общие принципы и средства лечения сердечной недостаточности. Немедикаментозные подходы к лечению.
81. Дифференцированное лечение различных групп больных с ХСН: с преимущественно нарушенной систолической функцией миокарда, с преимущественно нарушенной диастолической функцией.
82. Патогенетические механизмы болей в грудной клетке при заболеваниях сердца и внесердечных поражениях.
83. Методика обследования больных с болевым синдромом в грудной клетке, обусловленным внесердечными причинами.
84. Причины проявления болей в области сердца при поражениях различных органов. Характеристики болевого синдрома в грудной клетке.

85. Алгоритм диагностики БС, методы лабораторной и инструментальной диагностики.

Тема: Заболевания органов дыхания

1. Определение бронхита.. Этиология, патогенез, лечение
2. Пневмония. Классификация, этиология, патогенез, лечение, осложнения.
3. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, патогенез, лечение, осложнения
4. Абсцесс легкого. Этиология абсцесса легкого
5. Гангрена легкого. Клинические особенности гангрены легких
6. Определение ХОБЛ. Этиология и патогенез ХОБЛ.
7. Современная классификация ХОБЛ. Основные клинические симптомы и синдромы. Осложнения ХОБЛ.
8. Особенности течения ХОБЛ у пожилых. Особенности диагностики ХОБЛ у женщин.
9. Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая при заболеваниях органов дыхания.
10. Принципы медикаментозной терапии в зависимости от степени тяжести и стадии заболевания (показания к применению антибиотиков, бронхолитиков, муколитиков, противокашлевых средств, гормональной терапии).
11. Бронхиальная астма. Классификация. Степень тяжести бронхиальной астмы. Клиника.
12. Особенности патогенеза экзогенной (атопической) бронхиальной астмы.
13. Роль изменений нервной системы в патогенезе бронхиальной астмы. Роль инфекции в формировании бронхиальной астмы.
14. «Астматический статус» и стадии его развития.
15. Осложнение бронхиальной астмы. Принципы лечения бронхиальной астмы
16. Рак легкого, определение понятия, распространенность. Классификация рака легкого.
Основные симптомы (местные, общие). Принципы диагностики больных с раком легкого
17. Принципы лечения и ухода за больными с раком легкого. Возможные осложнения рака легкого. Профилактика рака легкого.
18. Классификация плевритов. Функциональные и рентгенологические методы обследования больных с плевритом. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения,
19. Лечение плевритов в зависимости от этиологии (антибиотикотерапия). Показания к терапии глюкокортикоидами. Осложнения плевритов.
20. Эмфизема легких. Определение понятий Терминологические отличия. Этиология, основные причины развития эмфиземы легких.
21. Патогенез развития эмфиземы легких. Классификация эмфиземы легких. Основные клинические проявления эмфиземы легких.
22. Легочная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Степени тяжести. Диагностика.
23. Патогенез гипертонии малого круга при легочных заболеваниях.
24. Легочное сердце острое и хроническое, этиология, патогенез, классификация, проявления и стадии течения. Дополнительные методы исследования.
25. Гипертония малого круга кровообращения. Понятие о первичной (идиопатической) легочной гипертонии, тромбоэмболии легочной артерии, инфаркте легкого.
26. Принципы лечения больных легочным сердцем: лечение основного заболевания, восстановление нарушенной вентиляции легких, снижение легочной гипертензии, ликвидация правожелудочковой недостаточности. Первичная и вторичная профилактика.
27. Лечение тромбоэмболии легочной артерии (антикоагулянты, тромболитики).
28. Определение, эпидемиология, классификация муковисцидоза.

29. Этиология, патогенез, патологическая анатомия муковисцидоза. Клиническая картина преимущественно легочной формы муковисцидоза. Диагностика муковисцидоза. Осложнения муковисцидоза – клиника, диагностика. Цели, основные направления лечения муковисцидоза
30. Дифференциальный диагноз муковисцидоза и ХОБЛ.
31. Дифференциальный диагноз муковисцидоза и синдрома мальабсорбции.
32. Клиническая фармакология бронходилататоров – бета-адреномиметики, холиноблокаторы, метилксантины.
33. Клиническая фармакология глюкокортикоидных гормонов.
34. Клиническая фармакология муколитиков и отхаркивающих препаратов.
35. Основные причины развития неотложных состояний в пульмонологии. Классификация неотложных состояний в пульмонологии.
36. Клиника, диагностика, неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы, астматическом статусе. Клиника, диагностика, неотложная помощь при ларингоспазме.
37. Классификация острой дыхательной недостаточности. Неотложная помощь при развитии острой дыхательной недостаточности.
38. Отек легких, основные причины развития, клиника, диагностика, неотложная помощь.
39. Спонтанный пневмоторакс, клиника, диагностика, неотложная помощь.
40. Кровохарканье и легочное кровотечение, дифференциальная диагностика, основные клинические проявления, неотложная помощь.
41. Дифференциальный диагноз между инфекционно-аллергической (ИА) и атопической (А) бронхиальной астмой (БА).
42. Особенности клиники и оказания помощи при АБА в зависимости от ведущего патогенетического механизма.
43. Особенности клиники и оказания помощи при астме физического усилия и аспириновой астме.
44. Дифференциальный диагноз между ИА БА и хроническим обструктивным бронхитом.
45. Принципы лечения БА в зависимости от степени тяжести и наличия обострения. Дифференциальная диагностика и особенности лечения различных стадий астматического статуса (АС).
46. Оказание неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности (ОДН).
47. Эмфизема легких. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
48. Принципы лечения хронического бронхита. Особенности лечения обструктивного и необструктивного бронхита.
49. Перечислить отличительные признаки болезни Хаммена-Рича. Особенности терапии болезни и синдрома Хаммена-Рича.
50. Саркоидоз: этиология, патогенез, клиника, лечение.
51. Клиническая и рентгенологическая характеристика поражения легких при узелковом полиартериите, системной красной волчанке, ревматизме, ревматоидном артрите.
52. Современная терапия хронического бронхита с учетом этиологии, патогенеза, осложнений.
53. Хроническое легочное сердце: Этиология, патогенез, клиника, лечение.
54. Лечение лекарственных пневмопатий.

Тема: Заболевания органов пищеварения.

1. Классификация и общая симптоматология заболеваний пищевода.
2. Острый и хронический эзофагит.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.
4. Пептическая язва пищевода.

5. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).
6. Рак пищевода.
7. Гастриты (острые, хронические). Определение понятий. Этиология и факторы риска гастритов. Современные классификации гастритов.
8. Понятие о функциональной диспепсии: язвенноподобный, дисмоторный, смешанный вариант. Синдром желудочной гипосекреции. Синдром желудочной гиперсекреции.
9. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Определение понятий.
10. Этиология и факторы риска язвенной болезни. Современные представления о патогенезе язвенной болезни желудка и ДПК.
11. Классификация язвенной болезни. Патогенез основных клинических проявлений язвенной болезни. Лабораторные и инструментальные методы в диагностике язвенной болезни (современные представления о РН-метрии).
12. Профилактика и лечение язвенной болезни (современные подходы к лечению, включая схемы эрадикационной антихеликобактерной терапии). Диспансеризация больных с язвенной болезнью.
13. Клиника язвенной болезни, зависимость ее от локализации язвы. Диагностика (лабораторная, рентгенологическая, эндоскопическая). Дифференциальный диагноз ЯБ (рак желудка, симптоматические язвы).
14. Классификация хронических заболеваний кишечника. Этиопатогенез хронического энтерита, хронического колита. Основные клинические синдромы. Диагностика заболеваний, Принципы современного лечения.
15. Классификация опухолей кишечника по морфологии и локализации. Проявление клинической симптоматики в зависимости от локализации опухолевого процесса.
16. Методы диагностики рака толстой кишки.
17. Неспецифический язвенный колит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения.
18. Неспецифический язвенный колит. Диагноз, дифференциальный диагноз. Принципы консервативного лечения. Показания к биологической терапии. Реабилитация, МСЭ.
19. Неспецифический язвенный колит. Осложнения (внекишечные, кишечные). Показания к хирургическому лечению.
20. Болезнь Крона. Этиология, патогенез. Клиника, осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения. Прогноз, МСЭ. Показания к хирургическому лечению.
21. Жировой гепатоз. Определение понятия. Этиология.
22. Хронические гепатиты. Определение понятия. Этиология. Классификация хронических гепатитов. Патогенез различных форм хр. гепатитов. Основные клинические синдромы хр. гепатитов. Принципы лечения хр. гепатитов.
23. Цирроз печени. Определение понятия. Этиология. Современные классификации циррозов печени. Основные клинико-лабораторные синдромы циррозов печени. Лечение и прогноз цирроза печени.
24. Дискинезии желчевыводящих путей. Определение. Этиология. Классификация.
25. Холециститы. Определение. Этиология. Классификация. Основные клинические проявления холециститов. Лабораторно-инструментальная диагностика холециститов.
26. Описторхоз. Этиология. Классификация. Основные клинические проявления ранней, поздней, резидуальной фазы. Современные представления о лечении описторхоза.
27. Этиология и патогенез Хронического Панкреатита (ХП). Основные клинические синдромы. Диагностика ХП. Дифференциальный диагноз ХП с раком поджелудочной железы, обострением хронического гастрита, опухолями желудка, хроническим холециститом. Лечение панкреатитов. Показания к хирургическому лечению ХП.
28. Клиника НЯК, критерии диагноза. Возможности эндоскопической диагностики. Лечение НЯК и его осложнений. Неотложные состояния: клиника, диагностика и лечение.
29. Опухоли поджелудочной железы. Принципы диагностики и лечения.

30. Эхинококкоз печени. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
31. Эхинококкоз легких. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
32. Эхинококкоз других органов. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
33. Аскаридоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
34. Дифиллоботриоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
35. Описторхоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
36. Трихинеллез. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
37. Тениоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
38. Тениаринхоз. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
39. Фасциолез. Клиническая картина, диагноз, лечение, профилактика.
40. Понятие об острых состояниях в гастроэнтерологии. Классификация.
41. Острый холецистит, основные клинические проявления, неотложная помощь.
42. Обострение хронического панкреатита, принципы диагностики, лечение.
43. Декомпенсированный цирроз печени, синдром портальной гипертензии, принципы диагностики, клиника, неотложная помощь.
44. Осложненная язвенная болезнь желудка, ДПК, клиника, диагностика, неотложная помощь.
45. Желудочно-кишечное кровотечение, признаки, диагностика, неотложная помощь.

Тема: Заболевания системы крови.

1. Классификация гипохромных анемий.
2. Железодефицитная анемия. Пути транспорта железа в организме, депонирование железа, суточная потребность организма в железе. Основные этиологические факторы.
3. Распространенность дефицита железа в популяции. Основные причины железодефицитных анемий.
4. Клинические синдромы железодефицитной анемии, критерии диагноза.
5. Сидероахрестические состояния. Клиническая картина, основные синдромы, критерии диагноза.
6. Принципы лечения и профилактика железодефицитных анемий. Показания к трансфузиям эритроцитной массы.
7. Классификация гиперхромных анемий.
8. Роль витамина В₁₂ и фолиевой кислоты в организме. Распространенность дефицита витамина В₁₂ и фолиевой кислоты в популяции. Основные причины дефицита витамина В₁₂. Основные причины дефицита фолиевой кислоты.
9. Клинические синдромы В₁₂- и фолиеводефицитных анемий, критерии диагноза. Изменения гемограммы при В₁₂- и фолиеводефицитных анемиях. Принципы лечения и профилактика В₁₂- и фолиеводефицитных анемий. Показания к трансфузиям эритроцитной массы.
10. Признаки внутриклеточного гемолиза. Признаки внутрисосудистого гемолиза.
11. Классификация гемолитических анемий. Распространенность гемолитических анемий в популяции, заболеваемость, прогноз. Этиология наследственных гемолитических анемий. Клиническая картина и критерии диагноза.
12. Неотложные мероприятия при гемолитическом кризе.
13. Признаки внутриклеточного гемолиза. Признаки внутрисосудистого гемолиза.
14. Классификация приобретенных гемолитических анемий.
15. Распространенность приобретенных гемолитических анемий в популяции, заболеваемость, прогноз. Этиология приобретенных гемолитических анемий.
16. Классификация иммунных гемолитических анемий.
17. Клиническая картина, критерии диагноза, принципы лечения аутоиммунных гемолитических анемий.
18. Неотложные мероприятия при приобретенных гемолитических анемиях.
19. Этиологические факторы апластической анемии. Основные клинические синдромы апластической анемии. Критерии диагноза. Классификация апластических анемий.

20. Клиническая картина, критерии диагноза апластической анемии. Современные подходы к лечению апластической анемии.
21. Этиологические факторы агранулоцитоза. Основные клинические синдромы агранулоцитоза. Критерии диагноза агранулоцитоза. Классификация агранулоцитоза.
22. Клиническая картина, критерии диагноза гаптенового агранулоцитоза. Современные подходы к лечению гаптенового агранулоцитоза.
23. Классификация гемобластозов. Распространенность гемобластозов в популяции, заболеваемость, смертность. Классификация. Современные представления об этиопатогенезе гемобластозов.
24. Острые лейкозы. Классификация. Основные методы лечения лейкозов.
25. Современные подходы к лечению острых лейкозов. Трансплантация костного мозга.
26. Классификация миелопролиферативных заболеваний. Особенности клинической картины и критерии диагноза хронического миелолейкоза. Особенности клинической картины и критерии диагноза сублейкемического миелоза. Современные подходы к лечению хронического миелолейкоза и сублейкемического миелоза. Трансплантация костного мозга.
27. Распространенность иммуноглобулинсекретирующих лимфом в популяции, заболеваемость, смертность. Классификация. Современные представления о патогенезе иммуноглобулинсекретирующих лимфом. Цитогенетические аномалии.
28. Основные клинические синдромы множественной миеломы. Лабораторно-инструментальные методы обследования при подозрении на множественную миелому. Основные методы лечения множественной миеломы, прогноз.
29. Классификация эритроцитозов. Современные представления об этиопатогенезе эритроцитозов. Распространенность эритремии в популяции, заболеваемость, смертность. Классификация. Особенности клинической картины и критерии диагноза эритремии. Современные подходы к лечению эритремии.
30. Классификация хронического лимфолейкоза. Клинические проявления хронического лимфолейкоза. Основные методы лечения хронического лимфолейкоза..
31. Классификация стадий хронического лимфолейкоза (Rai, Binet). Особенности клинической картины и критерии диагноза хронического лимфолейкоза. Современные подходы к лечению хронического лимфолейкоза.
32. Перечень заболеваний, сопровождающихся лимфаденопатией. Методы обследования больного с лимфаденопатией. Диагностический поиск при лимфаденопатии, ассоциированной с инфекциями.
33. Современные представления о системе гемостаза. Скрининговые тесты оценки гемостаза.
34. Классификация геморрагических заболеваний. Базисные лабораторно-инструментальные методы диагностики геморрагических заболеваний. Распространенность геморрагических заболеваний в популяции, заболеваемость, смертность. Классификация.
35. Распространенность коагулопатий в популяции, заболеваемость, смертность. Классификация. Скрининговые тесты оценки коагуляционного гемостаза.
36. Гемофилия. Особенности клинической картины, диагностика, современные подходы к лечению.
37. Болезнь Виллебранда. Классификация. Критерии диагноза и современные подходы к лечению.
38. Классификация тромбоцитопений. Понятие об иммунных тромбоцитопениях. Особенности клинической картины, диагностика, современные подходы к лечению аутоиммунных тромбоцитопений. Тромбоцитопатии. Классификация. Критерии диагноза и современные подходы к лечению.
39. Распространенность геморрагических ангиопатий в популяции, заболеваемость, смертность. Классификация геморрагических ангиопатий.

40. Болезнь Рандю-Ослера. Особенности клинической картины, диагностика, современные подходы к лечению.
41. Классификация системных сосудистых пурпур. Пурпура Шенляйна-Геноха. Особенности клинической картины, диагностика, современные подходы к лечению.

Тема: Системные поражения соединительной ткани.

1. Классификация ревматоидного артрита, примеры формулировки и диагноза.
2. Диагностика митральной недостаточности.
3. Лечение остеоартроза.
4. Этиология, патогенез системной склеродермии.
5. Диагностика митрального стеноза.
6. Лечебная тактика при приступе сердечной астмы.
7. Классификация остеоартроза, примеры формулировки диагноза.
8. Этиология, патогенез ревматоидного артрита.
9. Лечение системной склеродермии.
10. Классификация системной склеродермии, примеры формулировки диагноза.
11. Диагностика и диф. диагностика остеоартроза.
12. Лечение острой ревматической лихорадки.
13. Классификация дерматомиозита, примеры формулировки диагноза.
14. Диагностика и диф. диагностика подагры.
15. Лечение СКВ.
16. Классификация СКВ, примеры формулировки диагноза.
17. Этиология, патогенез ревматоидного артрита.
18. Лечение отека легких у больных с аортальным стенозом.
19. Классификация системных васкулитов, примеры формулировки диагноза.
20. Диагностика и диф. диагностика остеоартроза.
21. Лечение дерматомиозита/полимиозита.
22. Классификация острой ревматической лихорадки, примеры формулировки диагноза.
23. Диагностика и диф. диагностика системной склеродермии.
24. Дигиталисная интоксикация: принципы диагностики и лечения.
25. Классификация подагры, примеры формулировки диагноза.
26. Диагностика и диф. диагностика системной красной волчанки.
27. Лечение ревматоидного артрита.
28. Классификация дерматомиозита, примеры формулировки диагноза.
29. Диагностика и диф. диагностика аортальной недостаточности.
30. Лечение больных с подагрическим кризом.

7.4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений и навыков, и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний аспирантов по дисциплине «Внутренние болезни»

Тема: Заболевания сердечно-сосудистой системы.

1. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:
 - а) Правым желудочком.
 - б) Левым желудочком.
 - в) Левым предсердием.
2. Механическое сцепление соседних кардиомиоцитов обеспечивается:
 - а) Промежуточными соединениями.

- б) Десмосомами.
- в) Поперечной тубулярной системой.
- г) Правильно 1 и 2.
- д) Ничем из перечисленного.

3. Коронарные артерии относятся к артериям:

- а) Эластического типа.
- б) Мышечно-эластического типа.
- в) Мышечного типа.

4. Сосуды Вьессена-Тебезия:

- а) Относятся к особому типу артерио-венозных анастомозов.
- б) Представляют собой узкие сосудистые щели, выстланные эндотелием.
- в) Обеспечивают непосредственный переход крови из артерий в вены, минуя капиллярную сеть.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

5. Основными сократительными белками являются:

- а) Миозин.
- б) Тропомиозин.
- в) Тропонин.
- г) Актин.
- д) Правильно 1 и 4.

6. На скорость сокращения миофибрилл влияют:

- а) Скорость гидролиза АТФ.
- б) Концентрация ионов кальция.
- в) Концентрация ионов магния.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

7. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:

- а) Синусового узла.
- б) Клеток сократительного миокарда.
- в) Атрио-вентрикулярного узла.
- г) Пучка Гиса и его разветвлений.
- д) Волокон Пуркинье.

8. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:

- а) Атрио-вентрикулярном узле.
- б) Атрио-вентрикулярном соединении.
- в) Пучке Гиса.
- г) Волокнах Пуркинье.

9. К артериям мышечного типа относятся:

- а) Легочная артерия.
- б) Коронарные артерии.
- в) Почечная, мезентериальные артерии.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 2 и 3.

10. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

- а) Замедление проведения импульсов.
- б) Ускорение проведения импульсов.
- в) Генерация импульсов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

11. Изменения конечной части желудочкового комплекса у больных сахарным диабетом могут быть обусловлены:

- а) Ишемической болезнью сердца.
- б) Нарушением липидного обмена.
- в) Диабетической ангиопатией.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно 1 и 3.

12. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является:

- а) Фактором риска развития мозгового инсульта.
- б) Характеризует доброкачественное течение гипертонии.
- в) Часто приводит к развитию недостаточности кровообращения.
- г) Является вариантом нормы.
- д) Все ответы правильные.

13. Основными условиями для возникновения аритмии по механизму повторного входа волны возбуждения являются:

- а) Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически.
- б) Блокада проведения импульса по одному из них.
- в) Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

14. Наличие аритмии у больного указывает на:

- а) Заболевание сердца.
- б) Плохой прогноз жизни у данного больного.
- в) Может выявляться у практически здоровых людей.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

15. Абсолютный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

- а) Продолжительности комплекса QRS.
- б) Продолжительности сегмента ST.
- в) Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.
- г) Окончанию зубца Т.

16. Относительный рефрактерный период миокарда желудочков на ЭКГ соответствует:

- а) Продолжительности комплекса QRS.
- б) Продолжительности сегмента ST.
- в) Продолжительности зубца Т.
- г) Продолжительности комплекса QRS и сегмента ST.

17. Функцией возбудимости обладают:

- а) Клетки проводящей системы.
- б) Клетки сократительного миокарда.
- в) Мезенхимальные клетки.
- г) Все перечисленное.
- д) Только 1 и 2.

18. Наибольшей автоматической активностью в норме обладают:

- а) Синусовый узел.
- б) Атрио-вентрикулярное соединение.
- в) Пучок Гиса.
- г) Волокна Пуркинье.

19. Образование тромбов:

- а) Часто наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.
- б) Редко наблюдается в месте бифуркаций и аномалий сосудов.
- в) Не зависит от сосуда.

20. Фибринолитическая активность крови при применении гепарина:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.

Эталоны ответов:

1-Б	2-Г	3-В	4-Г	5-Д	6-Г	7-Б
8-Г	9-Д	10-А	11-Д	12-А	13-Г	14-Г
15-В	16-В	17-Д	18-А	19-А	20-В	

Тема: Заболевания органов дыхания

1. Диагноз острого бронхита основывается

- а) на клинических данных
- б) на лабораторных данных
- в) на данных биохимических исследований
- г) на исследованиях мокроты
- д) на рентгенологических изменениях в легких

2. Затяжное течение острого бронхита характеризуется сохранением более 2 недель

- а) сухого кашля, сухих хрипов
- б) кашля с отхождением мокроты
- в) одышки экспираторного типа
- г) все перечисленное

3. Об осложнении острого бронхита бронхопневмонией свидетельствует все перечисленное, кроме

- а) появления гнойной мокроты
- б) появления "второй волны" интоксикации (повышение температуры, лейкоцитов и др.)
- в) очагового укорочения перкуторного звука
- г) появления локальных мелкопузырчатых хрипов

4. Показаниями к применению антибактериальных средств у больных с острым бронхитом являются все перечисленные, кроме

- а) ослабления и пожилого возраста больного (для профилактики пневмонии)

- б) интоксикации
- в) затяжного характера болезни
- г) гнойной мокроты
- д) острой эмфиземы

5. При остром бронхите показано назначение отхаркивающих средств

- а) рефлекторного действия
- б) щелочей
- в) и тех, и других

6. Отхаркивающие средства могут вызывать все перечисленное, кроме

- а) усиления секреции бронхиальных желез
- б) разжижения мокроты
- в) усиления моторной функции бронхов
- г) углубления дыхания
- д) учащения дыхания

7. В развитии хронического бронхита главными инфекционными агентами являются все перечисленные, кроме

- а) пневмококков
- б) гемофильной палочки
- в) палочки Фридлендера

8. Хронический бронхит по уровню поражения делится на все перечисленное, кроме

- а) проксимального
- б) ограниченного
- в) дистального

9. В развитии хронического бронхита играют роль

- а) изменения гормонального фона организма
- б) наследственная предрасположенность
- в) наличие очагов инфекции в верхних дыхательных путях
- г) снижение фагоцитарной деятельности альвеолярных макрофагов
- д) изменения электролитного состава слизи

10. Подтверждают диагноз активности хронического бронхита

- а) клинические данные
- б) показатели анализа крови и СОЭ
- в) определения сиаловых кислот, протеинограммы, серомукоида, С-реактивного протеина
- г) цитологическое исследование мокроты
- д) ангиография легких

11. Хронический бронхит в стадии ремиссии характеризуется

- а) наличием интоксикации
- б) отсутствием физикальных изменений в легких
- в) наличием признаков дыхательной недостаточности
- г) умеренным кашлем с выделением мокроты
- д) нарушением работоспособности

12. Чем обусловлено повышение давления в легочной артерии при хроническом бронхите?

- а) гипервентиляцией легких

- б) альвеолярной гипоксией
- в) повышением вязкости крови
- г) сдвигом реакции крови в сторону ацидоза
- д) уменьшением насыщения артериальной крови кислородом

13.Признаки необструктивного бронхита в стадии обострения

- а) наличие дыхательной недостаточности
- б) появление симптомов легочного сердца
- в) кашель с выделением мокроты
- г) сохранение трудоспособности
- д) тяжелая интоксикация

14.В диагностике хронического бронхита имеет значение

- а) длительный кашель
- б) наличие дыхательной недостаточности
- в) инфицирование слизистой оболочки бронхов
- г) бронхоспазм
- д) давность заболевания

15.Хронический бронхит - это

- а) хроническое двустороннее воспаление слизистой оболочки дыхательных путей
- б) хроническое диффузное воспаление слизистой оболочки дыхательных путей, вызываемое неспецифической инфекцией
- в) хроническое двустороннее и симметричное прогрессирующее воспаление слизистой оболочки дыхательных путей
- г) хроническое диффузное, но симметричное, прогрессирующее воспалительное заболевание с преимущественным поражением воздухоносных путей и ведущее к их обструкции

16.Вялотекущий хронический бронхит характеризуется

- а) отсутствием бронхоспазма в стадии ремиссии
- б) отсутствием бронхоспазма в стадии ремиссии и обострения
- в) постоянным бронхоспазмом в стадии ремиссии
- г) постоянным бронхоспазмом в стадии обострения
- д) постоянным бронхоспазмом в стадии ремиссии и обострения

17.Рентгенологическими признаками хронического бронхита могут быть все перечисленные, кроме

- а) повышенной прозрачности легочных полей
- б) уплощения купола диафрагмы
- в) усиления легочного рисунка
- г) диссеминации

18.Курение способствует развитию хронического бронхита вследствие негативного влияния оксидантов сигаретного дыма

- а) на альвеолярные макрофаги
- б) на ингибитор эластазы
- в) на альфа1-антитрипсин
- г) на аминокислотный состав мокроты
- д) на активность гематоксического фактора нейтрофилов

19.Хроническим бронхитом чаще болевают

- а) подростки, девочки
- б) молодые люди, мужчины
- в) лица среднего возраста, мужчины
- г) лица пожилого возраста, мужчины

20. У молодых людей причиной хронического бронхита чаще бывает

- а) врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей
- б) рецидивирующая вирусная инфекция дыхательных путей
- в) рецидивирующая или хроническая бактериальная инфекция верхних дыхательных путей
- г) курение
- д) хроническое раздражение слизистой дыхательных путей поллютантами (аэрозоли промышленных выбросов, табачный дым и т.д.)

Эталоны ответов:

01-А	06-Д	11-Б	16-Б
02-А	07-В	12-Б	17-Г
03-В	08-Б	13-В	18-А
04-Д	09-В	14-Д	19-Г
05-А	10-Г	15-Г	20-Г

Тема: Заболевания органов пищеварения.

1. Первое физиологическое сужение пищевода расположено

- а) на границе между шейным и грудным отделом
- б) у нижнего края перстневидного хряща
- в) 20-25 см от резцов
- г) выше уровня яремной вырезки
- д) правильные ответы а) и б)

2. Второе физиологическое сужение пищевода расположено

- а) на уровне дуги аорты
- б) на уровне бифуркации трахеи
- в) VI грудной позвонок
- г) 27 см от резцов
- д) правильные ответы а) и б)

3. Третье физиологическое сужение пищевода расположено

- а) на уровне пересечения с диафрагмой
- б) уровень соединения с желудком
- в) выше диафрагмы
- г) 40-45 см от резцов
- д) 30-35 см от резцов

4. Пищевод фиксирован в пищеводном отверстии диафрагмы

- а) пищеводно-диафрагмальной связкой
- б) углом Гисса
- в) клапаном Губарева
- г) желудочно-печеночной связкой
- д) всем перечисленным

5. К гормонам, повышающим давление в нижнем пищеводном сфинктере, относятся

- а) ССК-Р (холецистокинин)
- б) инсулин
- в) гастрин
- г) глюкагон
- д) секретин

6. Механизм замыкания кардии обусловлен

- а) пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)
- б) автоматизмом кардии
- в) верхней зоной повышенного давления в пищеводе
- г) внутрибрюшным давлением
- д) правильные ответы а) и б)

7. Механизм раскрытия кардии обусловлен

- а) глоточно-кардиальным рефлексом
- б) симпатической нервной системой
- в) блуждающим нервом
- г) перистальтикой пищевода
- д) повышением давления в пищеводе

8. Пищевод выстлан

- а) многослойным плоским неороговевающим эпителием
- б) мерцательным эпителием
- в) цилиндрическим эпителием пищевода
- г) цилиндрическим эпителием желудка
- д) правильный ответ в)

9. Для дисфагии функционального генеза характерны

- а) ощущение колики в горле
- б) дисфагия на жидкую пищу
- в) дисфагия на плотную пищу
- г) постоянная дисфагия
- д) правильные ответы а) и б)

10. Этиологическими факторами дискинезии пищевода являются

- а) нарушение иннервации пищевода
- б) рефлексорное влияние с соседних органов
- в) заболевания центральной нервной системы
- г) инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия)
- д) все перечисленное

11. Гиперкинетическая форма дискинезий пищевода обусловлена

- а) эрозивным эзофагитом
- б) язвой пищевода
- в) расстройством нервного аппарата пищевода
- г) невротами
- д) всем перечисленным

12. Гипокинетическая форма дискинезий проявляется в виде

- а) гипотонии пищевода
- б) атонии пищевода

- в) халазии кардии
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

13. Атония пищевода наблюдается

- а) при нарушении иннервации пищевода
- б) при патологии ЦНС
- в) при патологии периферической нервной системы
- г) при поражении мышечной оболочки пищевода
- д) при всем перечисленном

14. Основными методами диагностики дискинезий пищевода являются все перечисленные, кроме

- а) анамнеза
- б) рентгенологического метода
- в) эзофагоскопии
- г) эзофаготономографии

15. Для эзофагоспазма характерно

- а) дисфагия непостоянная
- б) боли за грудиной
- в) регургитация
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

16. При фарингоэзофагеальной ахалазии отмечаются

- а) дисфагия
- б) боль
- в) поперхивание
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и в)

17. При первичных идиопатических гипертензиях пищевода основным методом лечения является

- а) диетотерапия
- б) вяжущие, обволакивающие средства
- в) общеукрепляющие средства
- г) лечение неврозов
- д) физиотерапия

18. Основными методами диагностики халазии кардии являются

- а) рентгенологический метод
- б) эзофагоскопия
- в) суточное мониторирование pH пищевода
- г) фармакологические пробы
- д) правильные ответы а) и в)

19. При халазии кардии следует назначить

- а) щадящую диету
- б) приподнятый головной конец кровати
- в) прокинетики
- г) все перечисленное

д) правильные ответы б) и в)

20. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия на жидкую пищу контрастной температуры, плотная пища проходила хорошо. Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. Физикальное исследование патологии не выявило. - Наиболее вероятной причиной дисфагии является

- а) идиопатическая гиперкинезия пищевода
- б) гипокинезия нижнего пищеводного сфинктера
- в) рак пищевода
- г) пептическая язва пищевода
- д) аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Эталоны ответов к тестам:

001-Д	002-Д	003-А	004-Д	005-В	006-Д	007-А	008-А	009-Д	010-Д
011-Д	012-Г	013-Д	014-В	015-Д	016-Г	017-Г	018-Д	019-Г	020-А

Тема: Заболевания почек.

1. Назовите основной этиологический фактор острого гломерулонефрита:

- а) стафилококк
- б) клебсиелла
- в) бета-гемолитический стрептококк группы А
- г) синегнойная палочка
- д) пневмококк

Правильный ответ: в

2. В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит?

- а) 10-12 дней
- б) 3-4 дня
- в) неделя
- г) месяц
- д) 2 месяца

Правильный ответ: а

3. Какие из перечисленных факторов вызывают развитие острого гломерулонефрита? 1) сывороточный 2) вакцинный 3) яд насекомых 4) лекарственные вещества 5) пищевые продукты. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 1, 2, 5
- в) 1, 4
- г) все ответы правильные
- д) 1, 4, 5

Правильный ответ: г

4. Какая возрастная группа наиболее подвержена заболеванию острым гломерулонефритом?

- а) до 2 лет
- б) с 2-летнего возраста до 40 лет
- в) климактерический период

- г) период менопаузы
- д) пубертатный период

Правильный ответ: б

5. Гемодинамические нарушения при остром гломерулонефрите обусловлены: 1) гиперволемией 2) задержкой натрия и воды 3) гиперренинемией 4) повышением концентрации простагландинов 5) спазмом сосудов. выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 5
- б) 1, 2
- в) 1, 2, 4
- г) 2, 5
- д) 1, 2, 5

Правильный ответ: б

6. Что включает в себя классическая триада симптомов острого гломерулонефрита? 1) отеки 2) одышка 3) гипертония 4) гематурия 5) сердцебиение. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4
- б) 3, 4, 5
- в) 1, 4, 5
- г) 1, 2, 3
- д) 1, 3, 5

Правильный ответ: а

7. Клиническими проявлениями facies nefritica являются: 1) отеки лица 2) акроцианоз 3) геморрагическая сыпь на лице 4) бледность кожи 5) набухание шейных вен. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4
- б) 1, 2, 3
- в) 1, 2, 5
- г) 1, 4
- д) 1, 3, 5

Правильный ответ: г

8. Характерные гемодинамические расстройства при остром гломерулонефрите: 1) расширение полостей сердца 2) акцент второго тона над аортой 3) низкое диастолическое давление 4) низкое пульсовое давление 5) шум Грехема-Стилла. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 1, 3
- в) 1, 2, 4
- г) 1, 2, 3, 4
- д) 1, 4, 5

Правильный ответ: а

9. Значение в патогенезе гипертонии при остром гломерулонефрите придается: 1) задержке Na^+ и воды 2) увеличению ОЦК и ударного объема сердца 3) сужению почечных артерий 4) гиперкатехоламинемии 5) увеличению уровня кортизола. Выберите комбинацию ответов:

- а) 1, 3

- б) 1, 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 3, 4
- д) 1, 2

Правильный ответ: д

10. Боли в области поясницы при остром гломерулонефрите связаны: 1) с наличием конкрементов 2) с набуханием почек 3) с апостематозными изменениями паренхимы почек 4) с нарушениями уродинамики 5) с инфарктом почек. Выберите комбинацию ответов:

- а) 2, 4, 5
- б) 4, 5
- в) 2, 4
- г) 1, 3, 4
- д) 1, 2, 4

Правильный ответ: в

11. Ккие признаки являются характерными для острого гломерулонефрита? 1) изостенурия 2) увеличение плотности мочи 3) щелочная реакция мочи 4) увеличение нейтрофилов в моче 5) увеличение лимфоцитов в моче. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 1, 3
- в) 1, 4
- г) 2, 3
- д) 1, 5

Правильный ответ: г

12. Иммунологические сдвиги при постстрептококковом гломерулонефрите: 1) высокие титры антител к антигенам стрептококка 2) повышение титра почечных аутоантител 3) наличие антинуклеарных антител 4) низкий уровень комплемента 5) высокий уровень комплемента. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4
- б) 1, 2, 3, 5
- в) 1, 2
- г) 1, 4
- д) 1, 5

Правильный ответ: г

13. Осложнения острого гломерулонефрита: 1) олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН 2) массивное почечное кровотечение 3) эклампсия 4) тромбоэмболический синдром 5) острая левожелудочковая недостаточность. Выберите комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3
- б) 1, 4
- в) 1, 4, 5
- г) 1, 3, 5
- д) 1, 3, 4, 5

Правильный ответ: г

14. Назовите показания для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите:

- а) отеки
- б) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертензии
- в) артериальная гипертензия
- г) макрогематурия

Правильный ответ: б

15. Цели назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при ОГ? 1) проф-ка коронарного тромбоза 2) проф-ка тромбоэмболий 3) воздействие на внутриклубочковую внутрисосудистую коагуляцию 4) проф-ка тромбоза почечной артерии 5) увеличение перфузии ишемизированных клубочков. Выберите комбинацию ответов:

- а) 3, 5
- б) 1, 2, 3, 4, 5
- в) 1, 2, 3
- г) 1, 2, 3, 4
- д) 2, 3, 4, 5

Правильный ответ: а

16. Какие диетические мероприятия показаны при остром гломерулонефрите?

- а) ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сутки
- б) увеличение потребления хлорида натрия
- в) увеличение количества потребляемой жидкости
- г) повышение потребления K⁺-содержащих продуктов

Правильный ответ: а

17. Патофизиология прогрессирования гломерулонефрита: 1) активация гуморальных иммунных процессов 2) продукция медиаторов воспаления 3) коагуляционный механизм 4) гемодинамический механизм 5) метаболические нарушения. Выберите комбинацию ответов:

- а) 2, 3
- б) 3, 4
- в) все ответы правильные
- г) 1, 2, 3
- д) 1, 2, 3, 4

Правильный ответ: в

18. Источником продукции воспалительных цитокинов при гломерулонефрите являются: 1) клетки мезангия 2) мононуклеарные лейкоциты 3) тромбоциты 4) полинуклеарные лейкоциты. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 2, 4
- б) 1, 2, 3
- в) 2, 3, 4
- г) 1, 2, 3, 5
- д) 1, 4

Правильный ответ: б

19. Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при гломерулонефрите? 1) протеинурия 2) эритроцитурия 3) трансферринурия 4) ухудшение кровоснабжения канальцев. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 1, 2, 3, 4
- в) 1, 2, 3
- г) 1, 4
- д) 1, 3, 4

Правильный ответ: д

20. Среди гемодинамических факторов прогрессирования гломерулонефрита выделяют: 1) внутриклубочковую гипертензию 2) системную гипертензию 3) нарушения проницаемости сосудистой стенки 4) иммунокомплексное повреждение. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 3, 4
- в) 1, 2, 3, 4
- г) 1, 3, 4
- д) 1, 4

Правильный ответ: а

Тема: Заболевания системы крови.

Укажите один правильный ответ

1. Какой лабораторный показатель наиболее информативен для подтверждения синдрома анемии:

- а) количество эритроцитов,
- б) количество ретикулоцитов,
- в) цветовой показатель,
- г) уровень гемоглобина,
- д) показатель гематокрита?

2. К симптомам анемии относятся:

- а) одышка,
- б) бледность,
- в) сердцебиение,
- г) головокружение,
- д) все перечисленное.

3. Наличие какого показателя патогномонично для железодефицитной анемии?

- а) снижение гематокрита,
- б) снижение цветового показателя,
- в) снижение гемоглобина,
- г) снижение количества лейкоцитов,
- д) снижение сывороточного железа.

4. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии является:

- а) кровопотеря,
- б) глистная инвазия,
- в) врожденный дефицит железа,
- г) авитаминоз,
- д) недостаток железа в пище.

5. У больного 40 лет с язвенной болезнью ДПК появились резкая слабость, головокружение, одышка, сердцебиение, снизилось АД. Анализ крови: гемоглобин 70 г/л, ССГЭ 24 пг, лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /л. О каком осложнении можно думать:

- а) инфекционное заболевание,
- б) острая кровопотеря,
- в) гемолитический криз,
- г) перфорация язвы,
- д) панкреатит?

6. Больная 38 лет жалуется на слабость, утомляемость, menses с 12 лет, обильные, по 6 дней. Кожные покровы бледные. В общем анализе крови: Нв 83 г/л, эр. 3.8×10^{12} /л, ССГЭ 22 пг, лейкоциты 6×10^9 /л, сывороточное железо 4 мкмоль/л. Какой из перечисленных препаратов показан в данном случае?

- а) эритромаасса,
- б) витамин В₁₂,
- в) сорбифер,
- г) витамин В₆,
- д) феррум-лек.

7. Для железодефицитной анемии характерно все перечисленное, кроме:

- а) мегалобластоза костного мозга,
- б) низкого уровня ферритина крови,
- в) гипохромии и микроцитоза эритроцитов,
- г) эффекта от лечения препаратами железа,
- д) отсутствия отложения железа в костном мозге.

8. Какой признак не соответствует диагнозу железодефицитной анемии:

- а) цветовой показатель 0,7,
- б) гипохромия эритроцитов,
- в) микроцитоз,
- г) анизоцитоз, пойкилоцитоз,
- д) гиперсегментация ядер нейтрофилов?

9. Если у больного имеется гипохромная анемия, снижение сывороточного железа, повышение железосвязывающей способности сыворотки крови, то у больного:

- а) сидероахрестическая анемия,
- б) железодефицитная анемия,
- в) апластическая анемия,
- г) В₁₂-дефицитная анемия.

10. Первостепенным вмешательством при анемической коме является:

- а) трансфузия свежзамороженной плазмы,
- б) трансфузия эритромаассы,
- в) назначение стероидов,
- г) трансфузия коллоидов.

Ответы: 1-г, 2-д, 3-д, 4-а, 5-б, 6-в, 7-а, 8-д, 9-б, 10-б.

Тема: Системные поражения соединительной ткани.

1. Перечислите белки острой фазы воспаления?

- а) С-реактивный белок, сывороточный А-амилоид, ороомукоид, гаптоглобин, фибриноген, ингибиторы протеолиза (альфа-1-антитрипсин, альфа-1-антихемотрипсин), церулоплазмин.
- б) РФ
- в) LE - клетки
- г) ANA- профиль
- д) альбумины, γ -глобулины.

2. Назовите основную функцию белков острой фазы воспаления?

- а) участвуют в иммунном ответе организма
- б) ликвидация последствий повреждения тканей
- в) поддержание гомеостаза
- г) гемостатическая
- д) бактерицидная

3. Назовите верхнюю границу содержания мочевой кислоты в сыворотке крови?

- а) 20 мкмоль/л (50 мг/л) у мужчин, 10 мкмоль/л (40 мг/л) у женщин
- б) 120 мкмоль/л (30 мг/л) у мужчин, 160 мкмоль/л (40 мг/л) у женщин
- в) 10 мкмоль/л (10 мг/л) у мужчин, 15 мкмоль/л (15 мг/л) у женщин
- г) 420 мкмоль/л (70 мг/л) у мужчин, 360 мкмоль/л (60 мг/л) у женщин
- д) 12 мкмоль/л (30 мг/л) у мужчин, 16 мкмоль/л (40 мг/л) у женщин

4. Определение каких антистрептококковых антител используют для диагностики ОРЛ и острого гломерулонефрита?

- а) антител к стрептолизину-О и антител к дезоксирибонуклеазе В.
- б) АСАТ, АЛАТ
- в) фибриноген, ингибиторы протеолиза (альфа-1-антитрипсин, альфа-1-антихемотрипсин)
- г) альбумины, γ -глобулины
- д) ANA- профиль

5. На что указывает выявление в циркуляции LE-клеток?

- а) на нормальный иммунный ответ организма
- б) на наличие воспаления
- в) на наличие антинуклеарных (противоядерных) аутоантител
- г) на наличие амилоидоза
- д) на наличие бактериемии

6. Назовите наиболее ранний рентгенологический признак воспалительного поражения суставов?

- а) сужение суставной щели
- б) околосуставной остеопороз
- в) субхондральный остеосклероз
- г) множественные остеофиты
- д) симптом пробойника

7. Для чего необходимо проведение исследования синовиального выпота?

- а) позволяет уменьшить воспаление в суставе
- б) позволяет восстановить функцию сустава
- в) позволяет уменьшить болезненные ощущения и хруст в суставе

- г) позволяет дифференцировать ревматоидный и псориатический артрит
- д) позволяет дифференцировать воспалительные и дегенеративные поражения суставов и диагностировать бактериальные и микрористаллические артриты.

8. В каких случаях показано проведение рентгеновской томографии суставов?

- а) при подозрении на травматическое повреждение, опухоль, остеонекроз, для выявления очага туберкулеза или остеомиелита в эпифизе.
- б) при подозрении на СКВ
- в) при подозрении на наличие суставных мышц
- г) при подозрении на остеопороз
- д) при подозрении на бактериальный артрит

9. Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия (рентгеновская абсорбциометрия, костная денситометрия) – это...?

- а) качественный метод исследования синовиальной жидкости
- б) метод исследования мягких периартикулярных тканей
- в) метод оценки изменения структуры сустава
- г) основной количественный неинвазивный метод исследования минеральной плотности костной ткани
- д) метод выявления ревматических заболеваний

10. Что позволяет определить ультразвуковая томография (УЗТ)?

- а) выявить бактериальный артрит
- б) исследовать минеральную плотность костной ткани
- в) исследовать синовиальную жидкость
- г) изменение структуры сустава и мягких периартикулярных тканей
- д) определить качественный состав синовиальной жидкости

Ответы: 1-а; 2-б; 3-г; 4-а; 5-в; 6-б; 7-д; 8-а; 9-г; 10-г.

Требования к выполнению тестового задания

Тестирование является одним из основных средств формального контроля качества обучения. Это метод, основанный на стандартизированных заданиях, которые позволяют измерить психофизиологические и личностные характеристики, а также знания, умения и навыки испытуемого.

Основные принципы тестирования, следующие:

- связь с целями обучения – цели тестирования должны отвечать критериям социальной полезности и значимости, научной корректности и общественной поддержки;
- объективность - использование в педагогических измерениях этого принципа призвано не допустить субъективизма и предвзятости в процессе этих измерений;
- справедливость и гласность – одинаково доброжелательное отношение во всем аспирантам, открытость всех этапов процесса измерений, своевременность ознакомления аспирантов с результатами измерений;
- систематичность – систематичность тестирований и самопроверок каждого учебного модуля, раздела и каждой темы; важным аспектом данного принципа является требование репрезентативного представления содержания учебного курса в содержании теста;
- гуманность и этичность – тестовые задания и процедура тестирования должна исключать нанесение какого-либо вреда аспирантам, не допускать ущемления их национальному, этническому, расовому, территориальному, культурному и другим признакам;

Требования к содержанию и структуре реферата

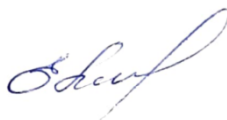
Реферат - письменный доклад или выступление по определённой теме, в котором сделан обзор нескольких литературных источников и представлено собственное видение темы.

Реферат должен быть структурирован (по главам, разделам, параграфам) и включать разделы: введение, основную часть, заключение, наличие заголовков к частям текста и их соответствие содержанию, логичность, связность работы, выделение в тексте основных понятий и терминов, их толкование, оптимальное количество и качество собственных выводов (своего мнения), заключений, наличие дальнейших перспектив в работе; список использованной литературы. В зависимости от тематики реферата к нему могут быть оформлены приложения, содержащие документы, иллюстрации, таблицы, схемы и т.д.

Необходимые требования к оформлению реферата – это наличие и правильность оформления титульного листа, списка литературы, соблюдение рекомендуемого объема работы, использование определенного типа и размера шрифта, единство стиля оформления работы. Наличие нумерации страниц (за исключением титульного листа), ссылок на используемую литературу, предоставление дополнительной информации в приложении, использование научного стиля в изложении материала, орфографическая и пунктуационная грамотность.

Преподаватель

д-р мед. наук, профессор



Е.А. Лялюкова

Зав. выпускающей кафедрой



Е.А. Лялюкова