

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО

Терапия. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности ординатуры
31.08.49 Терапия

В 6 частях
Часть 2

Красноярск
2018

Терапия. Ординатура : сб.метод.указаний к внеаудитор. (самостоят.) работе по специальности ординатуры 31.08.49 - Терапия /сост. (И.В.Демко, В.А.Мосина, Н.Ю.Павлова, Н.В.Гордеева, А.Ю.Крапошина, П.В.Вырва, Н.Б.Осетрова, М.А.Дудина, С.А.Егоров). В 6 частях. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – Ч.2. – 247 с.

Составители: д.м.н., профессор И.В.Демко
к.м.н., доцент В.А.Мосина
к.м.н., доцент Н.Ю.Павлова
к.м.н., доцент Н.В.Гордеева
к.м.н., доцент А.Ю.Крапошина
к.м.н., доцент П.В.Вырва
к.м.н., доцент Н.Б.Осетрова
к.м.н., доцент М.А.Дудина
ассистент, С.А.Егоров

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО № 1092 от 25.08.2014 г подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия, рабочей программой специальности (2018 г.) и СТО 7.5.10-16. Выпуск 1.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС № 6 от 25 июня 2018 г.

1. Индекс: ОД. О.01.1.5.75 Болезни почек **Тема:** Методы обследования в нефрологии

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям
- Подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

-Синдромно-нозологический метод в диагностике заболеваний почек.

УК1, ПК5

-Клинические аспекты диагностики: анамнез, осмотр, пальпация почек. УК1, ПК2, ПК5

-Лабораторная диагностика: общий анализ мочи, анализ по Нечипоренко, проба Зимницкого, общий анализ крови, биохимические показатели крови, используемые в нефрологии, проба Реберга-Тареева .

УК1, ПК5

-Рентгенологические исследования: экскреторная урография, КТ почек.

УК1, ПК5

-Ультразвуковая диагностика: УЗИ почек, УЗДГ сосудов почек.

УК1, ПК5

-Протеинурия: виды протеинурии, основные причины, методы диагностики.

УК1, ПК5

-Показания к биопсии почек.

УК1, ПК5

- Определение функциональной способности почек, методы расчета СКФ. УК1, ПК5

Обучающийся должен обладать УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Знать: Строение и функции почки, рентгеноанатомию мочевой системы.

Методику выполнения дополнительных методов исследования (функциональные, нагрузочные пробы, рентгенологические). Значения лабораторных методов исследования в диагностике нефропатий (анализы крови, мочи). Показания и противопоказания к методам контрастного исследования мочевой системы.

Показания к современным радиоизотопным и ультразвуковым методам исследования органов мочеполовой системы и их диагностические возможности.

Показания к проведению нефробиопсии

Уметь: Собирать жалобы, анамнез, провести физикальный осмотр пациента с патологией почек. Обследовать больного с патологией почек и выделить основные симптомы и синдромы. Определить показания к лабораторным и инструментальным методам исследования почек. Рассчитать СКФ, определить стадию ХБП. Интерпретировать рентгенограммы при контрастных методах исследования. Интерпретировать результаты ультразвукового исследования почек, дуплексного сканирования почечных артерий. Интерпретировать результаты бактериологического исследования мочи. Владеть: методикой пальпации почек, определения симптома 12 ребра, аускультации почечных артерий,

4. Самоконтроль по тестовым заданиям

Тестовые задания по теме с эталонами ответов

001. ИЗОСТЕНУРИЯ – ЭТО

1) удельный вес мочи ниже 1008

- 2) 1008-1010
- 3) 1010 – 1030
- 4) 1030 - 1040

Ответ: 2

УК1, ПК5

002. ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
- 2) умеренная протеинурия макрогематурия, цилиндрурия
- 3) незначительная протеинурия, незначительная глюкозурия
- 4) умеренная протеинурия, умеренная лейкоцитурия, оксалаты ++

Ответ: 1

УК1, ПК5

003. ЦИЛИНДРУРИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) хронического пиелонефрита
- 2) амилоидоза
- 3) гломерулонефрита
- 4) мочекаменной болезни

Ответ: 3

УК1, ПК5

004. ПРОБА НЕЧИПОРЕНКО - ЭТО

- 1) определение количества форменных элементов в минутном объеме мочи
- 2) определение неорганических веществ в моче
- 3) количественный подсчет форменных элементов в суточной моче
- 4) подсчет количества форменных элементов в единице объема мочи

Ответ: 4

УК1, ПК5

005. ПОЯВЛЕНИЕ ФРУКТОВОГО ЗАПАХА МОЧИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) передозировкой аспирина
- 2) присутствием кетоновых тел
- 3) чрезмерным употреблением фруктов накануне
- 4) чрезмерным употреблением овощей накануне

Ответ: 2

УК1, ПК5

006. «МАРШЕВАЯ ПРОТЕИНУРИЯ» МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ У СОВЕРШЕННО ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ

- 1) физической нагрузке и длительной ходьбе
- 2) длительном вертикальном положении
- 3) охлаждении
- 4) стрессах

Ответ: 1

УК1, ПК5

007. ЦВЕТ МОЧИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- 1) светло- желтый

- 2) мутный
 - 3) «мясных помоев»
 - 4) прозрачный
- Ответ: 2
УК1, ПК5

008. ПО НЕЧИПОРЕНКО КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В НОРМЕ

- 1) до 500 /мл
 - 2) до 1000 /мл
 - 3) 1000-3000 /мл
 - 4) более 3000 /мл
- Ответ: 2
УК1, ПК5

009. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА ПРОТЕИНУРИЯ

- 1) 0,033 г/л
 - 2) до 1 г/л
 - 3) 1,5 – 2 г/л
 - 4) более 3,5 г/л
- Ответ: 3
УК1, ПК5

010. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) моча соломенно-желтого цвета
 - 2) удельная плотность 1025
 - 3) лейкоциты +++
 - 4) протеинурия более 3,5 г/л
- Ответ: 4
УК1, ПК5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача 1.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на периодические боли в поясничной области с обеих сторон, субфебрильную температуру по вечерам в течение последнего года. При обследовании в анализе мочи: цвет мутная, pH 6,5, удельный вес 1014, белок 0,106г/л, лейкоциты 30–40 в поле зрения, эритроциты 4 - 6 в поле зрения, бактерии +++.

- 1. Дать характеристику изменений в моче.
- 2. Наиболее вероятный диагноз?
- 3. Какие дополнительные лабораторные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 4. Какое рентгенологическое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 5. Основные принципы лечения данного заболевания.

УК1, ПК5, ПК6

Задача 2.

Больная, 23 лет, госпитализирована с жалобами на массивные отеки нижних конечностей, изменения цвета мочи («мясные помои»), слабость. Из анамнеза: 2 недели назад перенесла ангину. При обследовании в анализе мочи: цвет темно – коричневый, рН 5,0, удельный вес 1023, белок 3,2 г/л, лейкоциты 20-30 в поле зрения, гиалиновые цилиндры единичные в поле зрения, восковидные цилиндры 4-6 в поле зрения.

1. Дать характеристику изменений в моче
 2. Наиболее вероятный диагноз?
 3. Какой возбудитель чаще всего вызывает это заболевание?
 4. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
 5. Показано ли назначение антибактериальных препаратов?
- УК1, ПК5, ПК6

Задача 3.

Больной, 61 года, обнаружил в моче кровяные сгустки в виде "червячков", после чего был приступ болей в поясничной области слева с повышением АД до 180/120 мм рт.ст. В анализе мочи: цвет темно - красный. Удельный вес 1018, белок 0,05 г/л, эритроциты сплошь, лейкоциты 10 - 12 в поле зрения.

1. Дать характеристику изменений в моче.
 2. Выделите ведущие синдромы заболевания.
 3. Наиболее вероятный диагноз?
 4. Дополнительные методы исследования?
 5. Тактика ведения больного?
- УК1, ПК5, ПК6

Задача 4.

Больной, 67 лет, в течение 3-х лет предъявляет жалобы на боли, тяжесть в поясничной области, субфебрилитет, прогрессирующую слабость и похудание. При обследовании: СОЭ ускорена, рентгенологически mts в легких. В анализах мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1015, белок 0,600 г/л, эритроциты 50-60 в поле зрения, лейкоциты 2-4 в поле зрения.

1. Охарактеризовать изменения в моче.
 2. Выделите ведущие синдромы заболевания.
 3. Наиболее вероятный диагноз?
 4. Диагностические исследования.
 5. Тактика ведения больного.
- УК1, ПК5, ПК6

Задача 5.

У больного, 35 лет, появилась резкая боль в суставах стоп, отечность первого пальца в виде «сосиски». Накануне употребил значительное количество мясной пищи. При обследовании в анализе крови гиперурикемия. В анализе мочи: цвет светло-желтый, рН 4,5, удельный вес 1012, белок 0,096 г/л, эритроциты 1 - 2 в поле зрения, лейкоциты 8 – 10, ураты +++.

1. Какие изменения мочевого осадка?
2. Выделите ведущие синдромы заболевания.
3. Наиболее вероятный диагноз?

4. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
 5. Тактика лечения.
- УК1, ПК5, ПК6

Ответы к ситуационным задачам:

Задача № 1

- 1) Умеренная протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, бактериурия
- 2) Обострение хронического пиелонефрита
- 3) Анализ мочи по Нечипоренко, бак посев мочи с антибиотикограммой
- 4) В/в пиелография
- 5) Антибактериальные препараты, уросептики

Задача № 2

- 1) Протеинурия, макрогематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия
- 2) Острый гломерулонефрит
- 3) β -гемолитический стрептококк группы А
- 4) Анализ мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, суточная потеря белка, биохимический анализ крови (креатинин, мочевины)
- 5) Не показано.

Задача № 3

- 1) Макрогематурия, лейкоцитурия
- 2) Болевой, мочевого, гипертонический
- 3) Мочекаменная болезнь
- 4) УЗИ почек, рентгенологические исследования почек
- 5) Антибактериальные препараты, спазмолитики, обезболивающие

Задача № 4

- 1) Умеренная протеинурия, гематурия
- 2) Болевой, мочевого, синдром опухолевой интоксикации, активности воспалительного процесса.
- 3) Опухоль почки
- 4) Проведение аортоангиографии
- 5) Нефрэктомия

Задача №5

- 1) Уратурия, лейкоцитурия
- 2) Суставной, мочевого, гиперурикемический
- 3) Подагра
- 4) Исследование синовиальной жидкости - кристаллы мочевой кислоты
- 5) НПВП либо колхицин

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Интерпретация общего анализа мочи.
УК1, ПК5
2. Оценка изменений показателей общего анализа крови при различных типах воспаления (иммунного, инфекционного).
УК1, ПК5

3. Уметь оценить степень активности иммунного процесса по показателям ОАК, биохимии крови.

УК1, ПК5

4. Уметь диагностировать нарушение функции почек по пробе Зимницкого, Реберга-Тареева.

УК1, ПК5

5. Уметь «читать» экскреторную урографию, КТ.

УК1, ПК5

6. Уметь рассчитать СКФ.

УК1, ПК5

7. Уметь по снимкам УЗИ различать кисты, опухоли, камни.

УК1, ПК5

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. «Нефритические маски» различных заболеваний.

2. Диагностические ошибки в нефрологической практике.

3. Клинико-лабораторная диагностика тубулопатий.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

-обязательная

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/> ред. С. И. Рябов ,СПб. : СпецЛит, 2015.

2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

-дополнительная

1. Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org>

2. Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437889.html> гл. ред. Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

-Электронные

1. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

2. ЭБС Айбукс

3. <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi/klass-xiv-bolezni-mohepolovoi-sistemy-n00-n99>

1. Индекс: ОД. О.01.1.5.76 Тема: «Пиелонефрит».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИРС.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- Рассказать этиологию и патогенез пиелонефритов; УК-1 и ПК -5
 - Современная классификация пиелонефритов; УК-1 и ПК -5
 - Методы диагностики пиелонефрита; УК-1 и ПК -5
 - Лечение пиелонефрита; УК-1 и ПК -8
 - Медико-социальная экспертиза. УК-1 и ПК -2
- Обучающийся должен обладать УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9**
- знать основные клинические проявления пиелонефрита, этиологию, патогенез, современную классификацию заболевания и методы лечения
 - уметь провести диагностику пиелонефрита
 - владеть методами терапии острой и хронической форм пиелонефрита, методами профилактики осложнений и рецидивов заболевания.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы:

1. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мужской пол
- 2) повышение защитных сил организма
- 3) курение
- 4) нарушение уродинамики
- 5) алкоголизм

Ответ: 4

УК-1 и ПК -5

2. К ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСИТСЯ :

- 1) антибиотикотерапия
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) цитостатики
- 4) антиагреганты
- 5) диуретики

Ответ:1

УК-1 и ПК -6

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Образование камней
- 2) Пионефроз
- 3) Паранефрит
- 4) Гидронефроз
- 5) Нефросклероз

Ответ:2

УК-1 и ПК -5

4. КАКОЕ СУЖДЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНЫМ

- 1) Частым проявлением хронического пиелонефрита является нефротический синдром
- 2) Хронический пиелонефрит приводит к хронической почечной недостаточности

3) Определяющее значение в лечении ХП имеет устранение нарушений пассажа мочи

4) В осадке мочи больного хроническим пиелонефритом характерно преобладание лейкоцитов

Ответ: 1

УК-1 и ПК -5

5. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) "+" синдром Ходсона

2) Деформация Ч Л С

3) Спазм или атония мочеточников

4) Изменение контуров

5) Наличие кист

Ответ: 2

УК-1 и ПК -5

6. СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА НАЛИЧИЕ:

1) Плеврит

2) Миокардит

3) М К Б

4) Гломерулонефрит

5) Стоматит

Ответ: 3

УК-1 и ПК -5

7. ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКУ, ВСЕ КРОМЕ:

1) мембранный

2) коронарный

3) по стенке мочеточника

4) чрезторакальный

Ответ: 3

УК-1 и ПК -5

8. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОАМ:

1) снижение удельного веса

2) бактериурия

3) лейкоцитурия

4) щелочная реакция мочи

5) цилиндрурия

Ответ: 3

УК-1 и ПК -5

9. АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИЕЙ 1ОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Фторхинолоны I поколения

2) Фторхинолоны II поколения

3) Ингибиторзащищённые пенициллины

- 4) Цефалоспорины II поколения
 - 5) Цефалоспорины III поколения
- Ответ: 1
УК-1 и ПК -8

10. ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НАЧИНАЕТСЯ С ПРИМЕНЕНИЯ:

- 1) Фторхинолоны I поколения
- 2) Фторхинолоны II поколения
- 3) Ингибиторы защищенные пенициллинов
- 4) Цефалоспорины II-III поколения
- 5) Сульфаниламидов

Ответ: 3
УК-1 и ПК -8

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача №1

Больной 37 лет, в течение последней недели после переохлаждения, отмечает боли в поясничной области, боли в животе, локализованные над лоном и в правом подреберье, учащенное и болезненное мочеиспускание. Почечный анамнез с 10 лет, с периодическими обострениями неоднократно лечился стационарно. Почки не пальпируются, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон. При осмотре: кожа обычной окраски, чистая, отеков нет. Живот мягкий, б/б. При обследовании: ОАК: *Hb 120 г/л; Эр 3,8; Лей 5,1. СОЭ 39 мм/ч. ОАМ* : уд. вес м/м; белок 0,276 г/л; лей 80-60-70-56-90 в п/з; эр 22-18-20 (неизм.); цилиндры гиалин. 1-1-0-0-1 в п/з, эп. п. 1-2 в п/з.

- 1) Сформулируйте диагноз?
 - 2) Охарактеризуйте лабораторные данные. Какие дополнительные исследования стоит провести?
 - 3) Какие можно выделить ведущие синдромы?
 - 4) Лечение?
 - 5) Диспансеризация и вторичная профилактика?
- УК-1 и ПК -1, ПК -2, ПК-5, ПК -6, ПК-8; ПК-9

Задача №2

Больная 37 лет, находится на лечении в отделении нефрологии. Состояние ухудшилось неделю назад с появлением болей в правой половине живота, учащением и болезненностью при мочеиспускании, эпизодами субфебрилитета. При осмотре положительный симптом Пастернацкого справа. Из анамнеза: 4 года назад впервые появились аналогичные боли в поясничной области, периодически дизурия, лейкоцитурия неоднократно лечилась в стационаре. Год назад по УЗИ диагностирован поликистоз почек. Избыточная подвижность правой почки. ОАК: *Hb-113 г/л, эр-3,4, лейкоц-5,2. СОЭ 60-53 мм/ч. ОАМ*: Уд. вес 1025 г/л, белок 0,135 г/л, лейкоц. -30-40 в п/зр. Эп. п. - 1-2 в п/зр, эп. почечный 5-6 в п. зр. Бактерии +++++. Слизь ++. Уд. вес по Зимницкому: 1009-1016.

- 1) Какие патологические изменения в данных лабораторных анализах?
- 2) Какие можно выделить ведущие синдромы?
- 3) Ваш предположительный диагноз?
- 4) Что могло послужить причиной развития заболевания?

5) Какое лечение необходимо провести и методы профилактики?
УК-1 и ПК -1, ПК -2, ПК-5, ПК -6, ПК-8; ПК-9

Задача №3

Больная 60лет госпитализирована с ведущими проявлениями - признаки интоксикации, слабость, анемия, частые ночные мочеиспускания, жажда, снижение массы тела, лихорадка, повышение АД. В течение года трижды обострения с болями в левой поясничной области, выраженной лейкоцитурией, проводилась а/б терапии. Настоящее ухудшение состояния в течение 5дней. Из анамнеза МКБ- отходили камни. По УЗИ киста лев.почки. ОАК: Hb94 г/л. Er 2,8. L4,6 тыс. СОЭ 67 мм./час. Б/х: Мочев.12,5 мм/л. Креат.290мкм/л. ОАМ: Уд. вес 1007 г/л. Белок 0,265г/л. Лейк. 18-10 в п. зр., бактерии+++. Проба Зимницкого: 1004 - 1006. КФ: Креатинин 0,208 мкм/л. Д 2,08 л, F - 28 мл', R 94 %.

- 1) Сформулируйте диагноз?
- 2) Какое осложнение развилось у данной больной?
- 3) Какие патологические изменения имеют место в лабораторном анализе?
- 4) Какие можно выделить ведущие синдромы?
- 5) Лечение?

УК-1 и ПК -1, ПК -2, ПК-5, ПК -6, ПК-8; ПК-9

Задача №4

Больная 36лет поступила с жалобами со стороны мочевыводящих путей (учащенное и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области и нижней части живота, субфебрилитет, изменение прозрачности мочи). Ухудшение состояния в течение недели после переохлаждения. Почечный анамнез с 12 лет. Неоднократно лечилась стационарно. Часто определялось ускоренная СОЭ (49-25 мм/ч), лейкоцитурия. Позднее было выявлено опущение правой почки до нижнего края L5. Положительный симптом Пастернацкого справа. При обследовании в ОАМ: Уд. вес 1008 г/л. Белок 0,135г/л. Лейк. 10-12-14 в п/зр. Эп. пл. 2-3-5 в п/зр. Бактерии +++. Слизь ++. А-з мочи по Нечипоренко: L 6800. Er 800 в п/з. Бак. посев мочи: E. coli 104, Streptococcus pyogenes 104.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие имеются патологические изменения в анализах?
- 3) Какие можно выделить ведущие синдромы?
- 4) Дифференциальная диагностика?
- 5) Лечение?

УК-1 и ПК -1, ПК -2, ПК-5, ПК -6, ПК-8; ПК-9

Задача №5

Больной, 40лет. В анамнезе более 20 лет МКБ бессимптомного течения, выявленная по в/в пиелографии. Обострение неделю назад - приступ почечной колики с отхождением 2-х камней. На время госпитализации тяжесть состояния обусловлена интенсивным болевым синдромом в поясничной области, стойким субфебрилитетом и дизурическими расстройствами. В анализах мочи уд. вес 1012, белок отр., лейкоц. 7-4-6-8, эритроц. изм. 1-0-2, слизь ++, бак+. Анализ мочи по Зимницкому— УВ 1003 - 1025. УЗИ почек: Конкременты справа в верхнем сегменте 0,8 см, в среднем сегменте 0,6 см; слева в среднем сегменте 0,9 и 0,7 см. УЗИ малого таза: явления простатита преимущественно в правой доле простаты.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
 - 2) Что послужило причиной обострения?
 - 3) Какие имеются изменения в лабораторных и инструментальных исследованиях?
 - 4) Какие можно выделить ведущие синдромы?
 - 5) Лечение и профилактика?
- УК-1 и ПК -1, ПК -2, ПК-5, ПК -6, ПК-8; ПК-9

Эталон ответов к ситуационным задачам:

Эталон ответа №1.

- 1) Ds: Обострение хронического двухстороннего пиелонефрита.
- 2) ОАК - ускорение СОЭ, ОАМ- (протеинурия, цилиндрурия, эритроцитурия, бактериурия, лейкоцитурия (пиурия).
Дополн. иссл.: Анализ мочи по Нечипоренко. Посев мочи с определением антибиотикограммы. УЗИ почек, мочевого пузыря. Урография.
- 3) болевой с-м, поллакиурический с-м, дизурический с-м, мочевого с-м, лабораторной активности.
- 4) Антибиотикотерапия (норфлоксацин 400 мг по 1 таб. 2 раза), уросептики (фурагин 100 мг по 1 таб. 4 раза).
- 5) Диспансерное наблюдение у терапевта раз в год. Контроль анализов мочи 1 раз в месяц. Избегать переохлаждений. Ежемесячно в течение 10 дней - прием почечных сборов по 1/2 стакана 3 раза в день.

Эталон ответа №2.

- 1) ОАК - ускорение СОЭ. ОАМ- гипоизостенурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия, цилиндрурия, бактериурия.
- 2) Болевой с-м, поллакиурический с-м, дизурический с-м, лихорадочный с-м, мочевого, лабораторной активности.
- 3) Ds: Обострение хронического пиелонефрита справа. Соп.: Поликистоз почек.
- 4) Нарушение уродинамики.
- 5) Диета №7а, антибиотикотерапия (норфлоксацин 400 мг по 1 таб. 2 раза), уросептики (фурагин 100 мг по 1 таб. 4 раза). Избегать переохлаждений. Контроль анализов мочи 1 раз в месяц. Ежемесячно в течение 10 дней - прием почечных сборов по 1/2 стакана 3 раза в день.

Эталон ответа №3.

- 1) Ds: Обострение хронического пиелонефрита слева. Осл: ХПН - II ст., консервативно- курабельная (по Тарееву) Соп: МКБ. Киста левой почки.
- 2) ХПН.
- 3) анемия, ускорение СОЭ, азотемия, ОАМ- протеинурия, цилиндрурия, бактериурия, лейкоцитурия, изогипостенурия и снижение КФ.
- 4) с-м анемии, болевой с-м, поллакиурический с-м (никтурия), интоксикационный с-м, мочевого с-м, гипертонический с-м, лабораторной активности.
- 5) Диета №7а, Антибиотикотерапия (норфлоксацин 400 мг по 1 таб. 2 раза), уросептики (фурагин 100 мг по 1 таб. 4 раза). Ежемесячно в течение 10 дней - прием почечных сборов по 1/2 стакана 3 раза в день. Эналаприл 2,5 мг утром.

Эталон ответа №4.

- 1) Ds: Обострение хронического пиелонефрита справа. Опушение правой почки II степени.
- 2) Отмечается лабораторная активность - ускоренное СОЭ. В анализах мочи - гипоизостенурия, лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия.
- 3) Болевой с-м, поллакиурический с-м, дизурический с-м, лихорадочный с-м, мочевого, лабораторной активности.
- 4) о. пиелонефрит, о. и хр. гламерулонефрит, гнойно- воспалительные заболевания нижних мочеполовых путей, обструкция и аномалия почек и т.д.
- 5) Диета №7а, антибиотикотерапия (норфлоксацин 400 мг по 1 таб. 2 раза), уросептики (фурагин 100 мг по 1 таб. 4 раза). Избегать переохлаждений.

Эталон ответа №5.

1) Ds: Обострение хронического калькулезного пиелонефрита. Сопут.: Мочекаменная болезнь.

Хронический застойный простатит.

- 2) МКБ, отхождение камней (нарушение уродинамики).
- 3) В анализах мочи - гипоизостенурия, лейкоцитурия, бактериурия. Конкременты почек. Хронический застойный простатит.
- 4) Болевой с-м, дизурический с-м, лихорадочный с-м, мочевого с-м, с-м почечной колики лабораторной активности.
- 5) Диета №7а, антибиотикотерапия (норфлоксацин 400 мг по 1 таб. 2 раза), уросептики (фурагин 100 мг по 1 таб. 4 раза).

Диспансерное наблюдение у терапевта раза в год. Избегать переохлаждений, тяжелых физических нагрузок. Ежемесячно, в течение 10 дней, прием антибактериальных препаратов (Норбактин по 400 мг 2 раза в день) на протяжении 6-ти месяцев, затем ежемесячно в течение 10 дней - прием почечных сборов по 1/2 стакана 3 раза в день. Контроль анализов мочи 1 раз в месяц. При почечной колике – горячая ванна; обезболивающие: анальгин, баралгин; спазмолитики: но-шпа. Наблюдение у нефролога, андролога.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

- 1.Оценить тяжесть состояния больного; УК-1 и ПК-5
- 2.Определить методы исследования; УК-1 и ПК-5
- 3.Провести дифференциальную диагностику, определить план и тактику ведения больного; УК-1 и ПК-5
- 4.Назначить методы лечения; УК-1 и ПК-8
- 5.Определить показания для госпитализации больного; УК-1 и ПК-8
- 6.Оформить медицинскую документацию.УК-1 и ПК-2

7. Рекомендации по выполнению НИР.

- 1.Интерстициальные нефриты.
- 2.Поликистоз почек, вторичный пиелонефрит.
- 3.Туберкулез почки.
- 4.Консервативные методы лечения мочекаменной болезни.
- 5.Санаторно-курортное лечение ПН (обзор питьевых, столовых, лечебных вод и курортов).

8.Рекомендованная литература по теме занятия:

-обязательная

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/> ред. С. И. Рябов ,СПб. : СпецЛит, 2015.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

-дополнительная

1. Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org>
2. Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437889.html> гл. ред. Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

-Электронные

1. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
2. ЭБС Айбукс
3. <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi/klass-xiv-bolezni-mohepolovoi-sistemy-n00-n99>

1. Индекс: ОД.О.01.1.5.77 Болезни почек Тема: «Гломерулонефрит»

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям
- Подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- Морфологическая и клиническая классификация ХГН – УК1,ПК-5
 - Критерии диагностики и степени активности ХГН – УК-1, ПК-5
 - Временные и клинические критерии хронизации ОГН – УК1,ПК-1
 - Принципы терапии ОГН и ХГН – УК1,ПК-6
 - Осложнения нефрита – УК1,ПК-5
 - Профилактика ХГН и его рецидивов, реабилитация больных – УК1,ПК-1, ПК-1
- Обучающийся должен обладать УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
- Знать основные клинические проявления гломерулонефрита, этиологию, патогенез, современную классификацию заболевания, методы профилактики осложнений и рецидивов заболевания;
- Уметь провести диагностику гломерулонефрита;
- Владеть методами терапии острой и хронической форм гломерулонефрита.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям

Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) ТЭЛА
 - 2) массивное почечное кровотечение
 - 3) острая правожелудочковая недостаточность

4) олигоурия с ОПН
5) РДС-синдром
Правильный ответ: 4
УК-1,ПК-5

2. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1) сепсис
2) почечная эклампсия
3) кровотечение
4) ТЭЛА
5) РДС-синдром
Правильный ответ: 2
УК-1,ПК-5

3. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГКС ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) отеки
2) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертензии
3) артериальная гипертензия
4) макрогематурия
5) микрогематурия
Правильный ответ: 2
УК-1,ПК-6

4. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПРИМЕНЯЮТСЯ
1) постельный режим и бессолевая диета
2) антибиотики
3) цитостатики
4) гемодиализ и плазмоферез
5) сульфаниламиды
Правильный ответ: 1
УК-1,ПК-6

5. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1) стафилококк
2) клебсиелла
3) бета-гемолитический стрептококк группы А
4) синегнойная палочка
5) пневмококк
Правильный ответ: 3
УК-1,ПК-5

6. ПРИ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
1) высокий титр антител к антигенам стрептококка и низкий уровень комплемента
2) повышение титра почечных аутоантител

- 3) высокий титр антинуклеарных антител
- 4) высокий уровень комплемента
- 5) повышение титра почечных аутоантител и комплемента

Правильный ответ: 1

УК-1,ПК-5

7. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

- 1) протеинурия более 3,5 г/сутки
- 2) гиперазотемия
- 3) гиперальбуминемия
- 4) гиперурикея
- 5) гипергаммаглобулинемия

УК-1,ПК-5

8. ДЛЯ ЛАТЕНТНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) макрогематурии
- 2) нефротического синдрома
- 3) гипертензионного синдрома
- 4) протеинурии и незначительной эритроцитурии
- 5) сердечной недостаточности

Правильный ответ: 4

УК-1,ПК-5

9. ПРИЧИНОЙ ГИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) потеря белков с мочой
- 2) усиленный синтез бета-глобулинов
- 3) снижение синтеза белков в печени
- 4) снижение функции канальцев
- 5) усиленный катаболизм глобулинов

УК-1,ПК-5

10. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 10-12 дней
- 2) 3-4 дня
- 3) неделю
- 4) месяц
- 5) 2 месяца

Правильный ответ: 1

УК-1,ПК-5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1

В приемное отделение поступает больной с массивными отеками до поясницы, АД 140/100 мм рт ст, в общем анализе мочи уд. вес 1026, белок 3,93 г/л, эритроциты 40-50 в п/з, лейкоциты 10-20 в п/з.

1. Какой нефрологический синдром у больного?
2. Какие лабораторные обследования необходимо провести, чтобы подтвердить данный синдром?
3. Какое инструментальное обследование необходимо провести пациенту?
4. Назначьте лечение.
5. При каких показателях говорят о полной ремиссии данного синдрома?

ПК-5, ПК5, ПК-6

Задача №2

В клинику поступила больная С., 24 лет, жалоб при поступлении не предъявляет. Месяц назад, устраиваясь на работу, проходила медкомиссию, в том числе сдавала анализ мочи – изменений не было выявлено. За 14 дней до госпитализации переболела острым респираторным заболеванием. Через 10 дней после болезни был взят общий анализ мочи: белок до 0,5 г/л, эритроциты до 20-30 в п/з, лейкоциты 1-2. Весом 55 кг, уровень креатинина 73 мкмоль/л. При объективном осмотре без патологии.

1. Какие обследования необходимо провести пациенту?
2. Ваша диагностическая версия?
3. Какие показатели важны для оценки функционального состояния почек?
4. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.
5. Назначьте лечение.

УК1, ПК-5, ПК-6

Задача №3

Больной 19 лет, вес 71 кг, поступил с жалобами на массивные отеки ног, одышку, отеки на животе. Из анамнеза – за два года до госпитализации переболел катаральной ангиной, проявлений которой прошли в течение 1 недели, но затем при прохождении комиссии в военкомате в анализах мочи находили белок и эритроциты – цифры не помнит. Находился на лечении в нефрологическом отделении – был выписан с Ds: Латентный гломерулонефрит. Выписки на руках нет. В последующем состояние удовлетворительное, не наблюдался, анализы мочи не сдавал. За неделю до госпитализации заметил одышку, отеки на ногах, пояснице, слабость, которые появились через несколько дней, после перенесенной ОРЗ. При поступлении – состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, левая граница сердца по среднеключичной линии, сердечные тоны ритмичные, приглушены, ЧСС – 87 в мин, АД 130/80 мм рт ст, в легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, небольшой асцит. Массивные отеки голеней, отек поясничной области. В анализе мочи протеинурия 9,6 г/л, эритроциты 40-50 в п/з, уд. вес - 1034, гемоглобин 128 г/л, СОЭ – 63 мм/час, общий белок – 51 г/л, альбумины 32,43%, креатинин 85 мкмоль/л, мочевины 7,3 ммоль/л. Произведена нефробиопсия – фокально-сегментарный гломерулонефрит. Назначен азатиоприн 150 мг/сут + преднизолон 50 мг, что привело через 3 недели к снижению протеинурии до 1,6 г/л.

1. Какой биохимический показатель не определен?
2. Каково функциональное состояние почек? Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации по Cockcroft-Gault.
3. Наиболее вероятный диагноз?
4. Назначьте лечение.

5. Какова основная цель терапии нефротического синдрома?

УК1, ПК-5, ПК-6

Задача №4

Студент 21 года летом купался в море, осенью сдавал экзамены и до начала декабря занимался с полной нагрузкой не считая себя больным. Весной сдавал анализ мочи – изменений не находили. Примерно 10 декабря распух 1 палец правой стопы – боли в плюсне-фаланговом суставе (перед этим носил тесную обувь). После ультрафиолетового облучения все неприятные ощущения прошли. Оставалась слабость, с 15 декабря появились носовые кровотечения. 25 декабря поступил в терапевтическое отделение. В анализе мочи: уд вес – 1003, белок – 1,65 г/л, В анализе крови Нв-76 г/л, СОЭ-56 мм/час, мочевины 54 ммоль/л, креатинин 724 мкмоль/л. АД 185/110 мм рт ст. По УЗИ почки правая 12,5х7,2х2,3, левая 12,7х7,4х2,5 см, паренхима отечна, уродинамика не нарушена. Шумное дыхание, шум трения перикарда. 26 декабря потерял сознание и наступила смерть.

Какое заболевание наиболее вероятно у данного больного?

Чем были обусловлены боли в правом плюсне-фаланговом суставе?

1. Какие морфологические изменения характерны в биоптате почки?
2. Какая терапия показана при данном заболевании?
3. Каков трудовой прогноз у данного пациента?
4. Назначьте лечение?
5. Трудовой прогноз?

ПК-5, ПК-6

Задача №5

Больной У., 48 лет жалуется на головную боль, слабость, высокие цифры АД и очень частые гипертонические кризы, обычно после физической или психической нагрузки, кризы продолжаются несколько дней и плохо снимаются гипотензивными препаратами. В детском возрасте однократно лежал в больнице по поводу пиелонефрита. Повышение АД регистрируется более 25 лет. Последнее время стал отмечать небольшие отеки ног по утрам. Об-но: АД 200/140 мм рт ст, гипертрофия левого желудочка, в анализе мочи белок 1,43 г/л, эритроциты 8-10 в п/з.

1. Какие синдромы можно выделить у данного больного?
2. Назначьте обследование.
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
5. От чего будет зависеть трудовой прогноз?

ПК-5, ПК-6

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче №1.

1. Нефротический синдром.
2. Суточная потеря белка, биохимические – уровень холестерина, белка, альбумина.

3. Показана нефробиопсия для уточнения характера морфологических изменений в почках.
4. Учитывая наличие нефротического синдрома, показано назначение пульс-терапии ГКС + цитостатики.
5. Ремиссия нефротического синдрома подразумевает суточную потерю белка ниже 200мг/сут.

Эталоны ответов к задаче №2.

1. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная потеря белка, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, белок, холестерин, билирубин, трансаминазы), УЗИ почек ЭКГ, глазное дно.

2. Острый диффузный гломерулонефрит.

3. Удельный вес мочи, уровень креатинина, мочевины, скорость клубочковой фильтрации.

$$\text{СКФ} = [((140-24) \times 55) / 73] \times 1,05 = (6380 / 73) \times 1,05 = 91,76 \text{ мл/мин}$$

4. $\text{СКФ} = [(140 - \text{возраст (годы)}) \times \text{масса тела (кг)}] \times 1,05$ (для женщин) или $1,23$ (для мужчин)
- i. креатинин плазмы (мкмоль/л)

Для расчета СКФ по формуле СКД-EPI можно воспользоваться калькуляторами, представленными в интернете

(http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/gfr_calculator.cfm,
http://nkdep.nih.gov/professionals/gfr_calculators/index.htm)

5. Диета с ограничением поваренной соли, антиагреганты (трентал 400 мг/сут или курантил 150 мг/сут) с контролем анализов мочи. При сохраняющемся более 2-3 месяцев мочевого синдрома необходимо дообследование в плане исключения хронического гломерулонефрита.

Эталоны ответов к задаче №3.

1. Уровень холестерина – при нефротическом синдроме он повышен.

2. Функция почек не нарушена.

$$\text{СКФ} = [((140-19) \times 71) / 85] \times 1,23 = (8591 / 85) \times 1,23 = 124,3 \text{ мл/мин}$$

$$\text{СКФ} = [(140 - \text{возраст (годы)}) \times \text{масса тела (кг)}] \times 1,05 \text{ (для женщин) или } 1,23 \text{ (для креатинин плазмы (мкмоль/л) мужчин)}$$

3. Хронический гломерулонефрит фокально-сегментарный гломерулосклероз, нефротический вариант течения без нарушения функции почек.

4. Пульс-терапия циклофосфан 1000 мг №1 + преднизолон 1000 мг в/в №3 в сочетании с преднизолоном внутрь в дозе 40-60 мг/сут.

5. Целью терапии нефротического синдрома достижение ремиссии: неполной (суточная потеря белка ниже 2,5 г/сут), полная (суточная потеря белка ниже 0,2 г/сут).

Эталоны ответов к задаче №4.

1. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит с исходом терминальную ХПН.

2. Вторичной гиперурикемией на фоне ХПН.
3. Морфологическая картина гломерулонефрита с полулуниями.
4. Назначение высоких доз преднизолона до 80-90 мг/сут, пульс-терапия преднизолоном 1000 мг в/в капельно №3 в сочетании с циклофосфаном 1000 мг в/в капельно однократно, плазмаферез.
5. Трудовой прогноз при быстро прогрессирующем гломерулонефрите неблагоприятный, характерно быстрое и в большинстве случаев необратимое снижение функции почек с исходом в терминальную ХПН.

Эталоны ответов к задаче №5.

1. Мочевой (протеинурия, гематурия), артериальная гипертония.
2. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная потеря белка, анализ мочи по Зимницкому, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, белок, холестерин, билирубин, трансаминазы), УЗИ почек ЭКГ, глазное дно, скорость клубочковой фильтрации.
3. Гипертоническая болезнь 3 стадии с поражением почек или ХГН гипертонический вариант течения.
4. Нефробиопсия для морфологической верификации диагноза.
5. Трудовой прогноз будет зависеть от функционального состояния почек. При снижении функции почек трудовой прогноз неблагоприятный, показано освидетельствование на МСЭК.

6. Перечень и стандарты практических умений:

Иметь навыки сбора анамнеза, физикального обследования больных; уметь дать оценку клинико-лабораторных показателей при гломерулонефритах, уметь ставить диагноз и проводить дифференциальную диагностику на основании клинических и лабораторных исследований, определить тактику ведения пациента.

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Острый лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит.
2. Морфологическая классификация ХГН.
3. Санаторно-курортное лечение при нефритах.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

-обязательная

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/> ред. С. И. Рябов, СПб. : СпецЛит, 2015.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

-дополнительная

1. Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org>

2. Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437889.html> гл. ред. Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

-Электронные

1. Клинические рекомендации Научного сообщества нефрологов России /Острый тубулоинтерстициальный нефрит, 2016

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/ostryj-tubulointerstitsialnyj-nefrit_14148/

2. Клинические рекомендации Научного сообщества нефрологов России /Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, 2016

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-tubulointerstitsialnyj-nefrit_14027/

3. Клинические рекомендации Научного общества нефрологов России и Ассоциации нефрологов России /Диагностика и лечение острого постстрептококкового гломерулонефрита, 2014

[mzur.ru>upload/Постстрептококковый ГН.docx](http://mzur.ru/upload/Постстрептококковый_ГН.docx)

4. Клинические рекомендации для врачей общей практики (семейных врачей) Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» / Хронический гломерулонефрит, 2014

minzdravrb.ru/minzdrav/docs/hgn.doc

5. Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» / Хроническая болезнь почек, 2014

sevgb6.ru>doc/klinicheskie-rekomendacii/hbp.pdf

6. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

7. ЭБС Айбукс

1. Индекс ОД.О.01.1.5.78 Тема «Нефротический синдром»

2. Форма организации занятия:

- Подготовка к практическим занятиям

- Подготовка материалов по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- Определение нефротического синдрома. УК1, ПК-5

- Классификация, этиология, патогенез. УК1, ПК-5

- Принципы лечения. УК1, ПК-6

- Профилактика, прогноз заболевания. УК1, ПК-9

Обучающийся должен обладать УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

-знать основные вопросы нормальной и патологической анатомии мочевыделительной системы, нормальной и патологической физиологии мочевыделительной системы, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции; клиническую симптоматику, этиологию и патогенез нефротического синдрома, профилактику, диагностику и лечение; основы фармакотерапии, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, осложнения, вызванные применением лекарств, методы их коррекции; основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;

уметь: провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного; оценить данные рентгенологического, эндоскопического, функционального обследования и дать по ним заключение; назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению. Должен уметь установить диагноз и провести необходимое лечение. Уметь оценить: морфологические и биохимические показатели крови, мочи; данные рентгеноскопии и рентгенографии органов мочевыделительной системы, данные КТ и МРТ-графии.

Владеть: принципами интерпритации лабораторных исследований

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы:

1) ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) протеинурия более 3,5 г/сутки
- 2) гиперазотемия
- 3) гиперальбуминемия
- 4) гиперурикемия

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-5

2) К НЕФРОТИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ ПРИВОДЯТ:

- 1) хронический пиелонефрит
- 2) амилоидоз
- 3) туберкулез легких
- 4) вазоренальная гипертензия

Правильный ответ: 2

УК1, ПК-5

3) СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОСЛОЖНЯЮЩИЕСЯ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ:

- 1) системная красная волчанка
- 2) неспецифический аортоартериит
- 3) дерматомиозит
- 4) узелковый полиартериит

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-5

4) ПРИЧИНА ГИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

- 1) потеря белков с мочой
- 2) усиленный синтез бета-глобулинов
- 3) снижение синтеза белка в печени
- 4) снижение функции канальцев

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-5

5) ЦИТОСТАТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1) мембранозном нефрите

- 2) узелковом полиартериите
- 3) нагноительных заболеваниях
- 4) амилоидозе

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-6

6) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

- 1) только диуретики;
- 2) инфузии альбумина в сочетании с диуретиками;
- 3) инфузии альбумина в сочетании со спиронолактонами;
- 4) спиронолактоны, инфузии альбумина, диуретики;

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-6

7) ДИЕТА БОЛЬНОГО С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ПРИ НАЛИЧИИ ГИПЕРТОНИИ ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ СОЛИ:

- 1) не более 1 - 2грамм в сутки поваренной соли, обогащена калием и животным белком (доза белка 1 грамм на 1 кг массы тела)
- 2) не более 2-3грамм в день
- 3) количество соли не ограничено
- 4) вообще не употребляет в пищу соль

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-9

8) ГЛАВНЫМ «ПУСКОВЫМ ФАКТОРОМ» НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) лейкоцитурия;
- 2) протеинурия;
- 3) гематурия;
- 4) цилиндрурия;

Правильный ответ: 2

УК1, ПК-5

9) ЦИТОСТАТИКИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ТИПЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА :

- 1) Фокально-сегментарный гломерулосклероз, волчаночный нефрит;
- 2) Только при фибропластическом типе;
- 3) Волчаночный нефрит;
- 4)Фибропластический тип, волчаночный нефрит, фокально-сегментарный гломерулосклероз.;

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-6

10) К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) глюкокортикоиды, антикоагулянты, антибиотики;
- 2) диуретики, глюкокортикоиды, антикоагулянты;

- 3) глюкокортикоиды, белковые препараты, антибиотики;
 - 4) глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, антикоагулянты;
- Правильный ответ: 4
УК1, ПК-6

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача № 1.

Больной, 38 лет, в течение 10 лет болеет сахарным диабетом I типа. Последние 2 недели беспокоят тупые боли в поясничной области, появились отеки на стопах и голени, отсутствие аппетита, тошнота, выделение малого количества мочи. В анализе крови: гипохромная анемия, СОЭ до 50 мм/ч; гипоальбуминемия до 45г/л, гиперхолестеринемия до 7,6 ммоль/л, креатинин 198 ммоль/л, мочевины 12,5 ммоль/л. В моче: протеинурия до 4,5 г/л, цилиндрурия, осадке – эритроциты, кетоновые тела +++.

- 1. Ваш диагноз?
 - 2. Ведущий синдром
 - 3. План лечения
 - 4. Каковы причины летальных исходов
 - 5. Ранним критерием развития диабетической нефропатии является.
- УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задача №2. Женщина 30 лет в течение 5 лет страдает хроническим гломерулонефритом. В течение недели отмечает отеки по всему телу, слабость, недомогание, повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Объективно: состояние средней степени тяжести. Отеки по типу анасарки. АД 170/90 мм рт. ст. Температура тела 37,5 С. В анализах мочи: суточное количество 450 мл, уд. вес 1017, суточная потеря белка 20 г/л. в осадке выявлены гиалиновые и зернистые цилиндры до 5-6 в п/зр. В анализе крови: гемоглобин 110г/л, эритроциты 3×10^{12} /л, лейкоциты 18×10^9 /л, СОЭ 33 мм/ч.

- 1. Выделите ведущие синдромы.
 - 2. Когда обнаруживается белок в моче?
 - 3. 4-х компонентная терапия?
 - 4. Какие необходимо провести дополнительные исследования?
 - 5. Чем отличается нефротический синдром при гломерулонефрите?
- УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задача № 3. Больной, 44 лет, полгода назад стал замечать появление небольших отеков на ногах. Обратился к врачу, был сделан анализ мочи, где была обнаружена протеинурия 0,1г/л. Затем к врачу не обращался и не обследовался. Отечный синдром постепенно нарастал. В возрасте 20 лет болел туберкулезом легких, по поводу которого лечился в стационарах и в санаториях, снят с учета в противотуберкулезном диспансере в возрасте 35 лет. Четыре года назад перенес острую пневмонию. Много курит, кашляет, но кашель, по мнению больного, “обычный” как у курильщика в утренние часы, иногда бывает отхождение небольшого количества мокроты зеленого цвета. При осмотре: стопы, голени, бедра отечны; передняя брюшная стенка и поясница пастозны. Со стороны органов дыхания явления эмфиземы, единичные сухие хрипы. Сердце - без видимой патологии. АД 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 5-6см ниже реберной дуги, плотная безболезненная, с

заостренным краем. Селезенку пальпировать не удалось. Периодически бывает жидкий стул несколько раз в день. В анализе крови: гемоглобин 108 г/л лейкоциты 6,0 СОЭ 62мм. В анализе мочи: удельный вес 1016, белок 6,0 г/л. В осадке: эритроциты 3-4 в п/зр., лейкоциты 6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр. Белок крови 54 г/л, альбумины 30г/л. Креатинин сыворотки 0,10 ммоль/л.

- 1.Выделить ведущие синдромы.
 - 2.План обследования.
 - 3.План лечения.
 4. Дифференциальная диагностика.
 5. Чем обусловлено развитие гепатомегалии.
- УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задача № 4. У больной, 73 лет, в течение полугода лихорадка (до 38 С), выраженное недомогание, потеря веса на 8 - 10кг. Месяц назад появились отеки на нижних конечностях и на передней брюшной стенке. При осмотре: истощена, периферические отеки. На шее слева и в левой подмышечной впадине пальпируются плотные, спаянные между собой лимфоузлы 2 - 3 см в диаметре. Органы дыхания и кровообращения в пределах возрастной нормы. Пальпируется край селезенки в глубине левого подреберья, плотный. Печень выступает из-под ребра на 4 см, мягкая, безболезненная. В анализе крови: гемоглобин 80 г/л лейкоциты 11,0 СОЭ 73 мм. В анализе мочи : удельный вес 1017 белок 3,3 г/л. В осадке эритроциты 10-15 в п/зр. лейкоциты 8-12 в п/зр. цилиндры гиалиновые, восковидные, зернистые 3-4 в п/зр. Общий белок 50 г/л, альбумины 40 г/л. Креатинин сыворотки 200 ммоль/л.

- 1.Выделить ведущий синдром.
 - 2.Указать возможные этиологические факторы.
 - 3.Уточнить характер морфологических изменений в почках.
 - 4.Какова диагностическая и лечебная тактика в отношении данной больной?
 5. Гистологическая классификация нефротического синдрома?
- УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задача № 5. Женщина, 27 лет, обратилась с жалобами на внезапное развитие отеков на голенях и лице, повышение АД до 170/90 мм рт. ст. Объективно: состояние средней степени тяжести, пастозность лица, отеки на нижних конечностях до колена. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ритмичные с ЧСС 78 в мин., АД 160/90 мм рт ст. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Из анамнеза: 1,5 мес. Назад перенесла ангину. В анализе крови: гемоглобин 118 г/л, лейкоциты $10,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 30 мм/ч.

В анализе мочи: удельный вес 1030, белок 5,6 г/сутки, лейкоциты 8-10 в п/зр., эритроциты – 10-12 в п/зр., гиалиновые цилиндры 4-5 в п/ зр. Альфа2-глобулины 14%; гаммаглобулины 29%, холестерин 8,9 ммоль/л.

- 1.О каком синдроме следует думать?
 - 2.Чем характеризуется нефротический синдром (клинико-лабораторные данные)?
 - 3.Осложнения нефротического синдрома.
 - 4.Патогенез нефротических отеков.
 - 5.Гистологическая классификация нефротического синдрома?
- УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Эталоны ответов к задаче №1.

- 1.Сахарный диабет I типа, стадия декомпенсации. Нефротический синдром.
- 2.Нефротический синдром.
- 3.Почечная недостаточность, инфекционные осложнения, гиповолемический шок, тромбозы, тромбоэмболии, нефротический криз.
- 4.ГКС, дезагреганты, антикоагулянты, цитостатики.
- 5.Ранним критерием развития диабетической нефропатии является нарушенная внутривисочечная гемодинамика (гиперфилтрация, гиперперфузия, внутривисочечковая гипертензия).

Ответ к задаче № 2.

- 1.Нефротический, гипертонический, синдром лабораторной активности.
- 2.При гломерулонефрите, амилоидозе почек, лихорадке, сердечной недостаточности.
- 3.ГКС, цитостатики, антикоагулянты, дезагреганты.
- 4.УЗТ почек, ЭКГ, ЭХО-КГ, коагулограмма, LE-клетки.
- 5.При гломерулонефрите нефротический синдром отличается склонностью к персистенции и рецидивированию даже при трансформации нефрита в другие болезни (иногда на длительное время).

Ответ к задаче № 3

- 1.У больного нефротический синдром, скорее всего, как проявление амилоидоза почек. Обосновывается это анамнезом (туберкулез в молодом возрасте, хронический бронхит с бронхоэктазами - мокрота зеленого цвета), объективными данными (гепатомегалия, диспепсия, гипотония).
- 2.Показана биопсия слизистой прямой кишки с окраской биоптата на амилоидоз. При отрицательных результатах показана биопсия почки.
- 3.Тактика лечения зависит от установки правильного диагноза.
4. ХГН нефротический вариант течения, амилоидоз.
5. Развитие гепатомегалия при нефротическом синдроме обусловлена жировой дистрофией с “рабочей“ гипертрофией печени и характеризуется пальпируемой (при отсутствии асцита) равномерно увеличенной печенью, мягкоэластической консистенции, с ровным краем.

Ответ к задаче № 4.

- 1.У больной нефротический синдром. Старческий возраст, наличие лихорадки, увеличенных лимфоузлов заставляет думать о паранеопластическом его происхождении.
- 2.Описанная симптоматика (+гепато-спленомегалия) укладывается в диагноз лимфогрануломатоза.
- 3.Необходима диагностическая биопсия лимфоузла.
- 4.Уточнение характера поражения почек (амилоидоз или гломерулонефрит) может быть отложено на будущее после улучшения состояния больной в результате лечения основного заболевания.
5. Болезнь минимальных изменений, фокальный сегментарный гломерулосклероз, мембранозная нефропатия, мембранопротиферативный гломерулонефрит.

Ответ к задаче № 5.

- 1.Нефротический синдром.

2.Протеинурия 3,0-3,5 г/сут, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, диспротеинемия, гиперфибриногенемия; гиперхолестеринемия, отеки, асцит.

3.Инфекции (бактериальные, вирусные, грибковая); гиповолемический нефротический криз (шок); ОПН; отек мозга, сетчатки, сосудистые осложнения (тромбозы); аллергические проявления.

4.Снижение онкотического давления плазмы, выход жидкости в интерстициальное пространство как следствие повышенная проницаемость для воды, гиповолемия приводит к задержке натрия и воды, а т.к. низкое онкотическое давление, то солевой раствор распределяется в интерстициальном пространстве, ведущий к отекам.

5.Болезнь минимальных изменений, фокальный сегментарный гломерулосклероз, мембранозная нефропатия, мембранопролиферативный гломерулонефрит.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

- получить информацию об основном и сопутствующих заболеваниях, провести объективное исследование больного по всем органам и системам, выявить общие и специфические признаки нефротического синдрома;

УК1, ПК-5

- оценить тяжесть состояния больного, определить объем и последовательность необходимых неотложных, срочных, реанимационных мероприятий;

УК1, ПК-5

- определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические, эндоскопические);

УК1, ПК-5

- обосновать и сформулировать клинический диагноз, провести дифференциальную диагностику, определить план и тактику ведения больного;

УК1, ПК-5

- назначить медикаментозное и другие методы лечения;

УК1, ПК-6

- оценить трудоспособность больного, определить прогноз;

- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранения;

УК1, ПК-6

- оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, данные рентгенографии органов мочевыделительной системы, данные УЗИ, МСКТ, пункционной биопсии почки;

УК1, ПК-5

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Трансплантация почек, показания и осложнения.

2. «Нефритические маски» различных заболеваний.

3. Классификация нефротического синдрома

4. Клинико-лабораторная характеристика нефротического синдрома

5. Нозологическая принадлежность нефротического синдрома и его морфологическая основа

6. Классификация нефротического синдрома (формы, варианты течения, стадии)

7. Амилоидоз, классификация, клиника амилоидоза с поражением почек, профилактика вторичного амилоидоза

1. Лечение нефротического синдрома и его осложнений. Особенности лечения при амилоидозе почек

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

-обязательная

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/> ред. С. И. Рябов ,СПб. : СпецЛит, 2015.

2.Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

3.Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

-дополнительная

1. Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org>

2.Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437889.html> гл. ред. Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

-Электронные

1.ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

2.ЭБС Айбукс

3.<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoy-mediko-sanitarной-pomoschi/klass-xiv-bolezni-mohopolovoi-sistemy-n00-n99>

1. Индекс темы:ОД. О.01.1.5.79_Тема: «Хроническая болезнь почек»

2. Форма организации занятия:

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИР.

3.Перечень и стандарты практических умений

-Определение, классификация ХБП.УК 1, ПК5

При каких заболеваниях может развиваться ХБП?УК 1, ПК5

-Факторы риска развития ХБП?УК 1, ПК1

-Назовите методы расчета скорости клубочковой фильтрации, определения альбуминурии.УК 1, ПК5

-Особенности ведения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и ХБП.УК 1, ПК6

-Алгоритм назначения ИАПФ больным с ХБП.УК 1, ПК6

-Показания к гемодиализу.УК 1, ПК6

-Особенности диеты у больных с ХБП? УК 1, ПК8

-Показания к трансплантации почек.УК 1, ПК6

-Меры по первичной профилактике и прогрессированию ХБП?УК 1, ПК1

Обучающийся должен обладать УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

-знать: на основании теоретических знаний об основных заболеваниях, ведущих к развитию ХБП, их патогенезе, патоморфологии, клинике научить студентов своевременно диагностировать ХБП, проводить дифференциальный диагноз, назначать адекватную терапию и осуществлять грамотную первичную и вторичную профилактику;

- уметь: провести физикальное обследование больного с ХБП, составить план обследования, оценить результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, рассчитать скорость клубочковой фильтрации, назначить терапию больному с ХБП;

- владеть: методами осмотра и сбора анамнеза больных с заболеваниями, способными привести к развитию ХБП, навыками интерпретации результатов обследования; основами патогенетической и симптоматической терапии ХБП, первичной и вторичной профилактики ХБП. УК1.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы:

1. КРИТЕРИЕМ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) скорость клубочковой фильтрации > 90 мл/мин
- 2) скорость клубочковой фильтрации < 60 мл/мин
- 3) скорость клубочковой фильтрации < 90 мл/мин
- 4) повышение креатинина сыворотки > 130 мкмоль/л

Ответ: 2

УК 1, ПК5

2. МАРКЕРОМ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) протеинурия только более 3г/л
- 2) альбуминурия - скорость экскреции альбумина с мочой ≥ 30 мг/24 час
- 3) относительная плотность мочи менее 1015
- 4) большое количество уратов в моче

Ответ: 2

УК 1, ПК5

3. МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) проба Зимницкого
- 2) анализ мочи по Нечипоренко
- 3) УЗИ почек
- 4) клиренсовый метод с использованием пробы Реберга-Тареева

Ответ: 4

УК 1, ПК5

4. К А2 СТАДИИ ХБП ОТНОСИТСЯ:

- 1) альбуминурия от 0 до 30 мг/сут
- 2) альбуминурия от 30 до 300 мг/сут
- 3) никтурия
- 4) альбуминурия свыше 300 мг/сут

Ответ: 2

УК 1, ПК5

5. К А3 СТАДИИ ХБП ОТНОСИТСЯ:

- 1) альбуминурия от 0 до 30 мг/сут
- 2) альбуминурия от 30 до 300 мг/сут
- 3) никтурия
- 4) альбуминурия свыше 300 мг/сут

Ответ: 4

УК 1, ПК5

6. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) стойкое снижение СКФ ниже 15 мл/мин
- 2) стабильное снижение суточного диуреза ниже 300 мл
- 3) повышение уровня креатинина до 500 мкмоль/л.
- 4) снижение гемоглобина менее 100 г/л

Ответ: 1

УК 1, ПК6

7. ПРИ БЕСКОНТРОЛЬНОМ ПРИЕМЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ С ХБП ВОЗМОЖНО:

- 1) снижение уровня калия
- 2) повышение уровня гемоглобина
- 3) повышение уровня калия
- 4) исчезновение отеков

Ответ: 3

УК 1, ПК1

8. КРИТЕРИЕМ СЗА СТАДИИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) СКФ 45-49 мл/мин
- 2) СКФ 30-44 мл/мин
- 3) СКФ < 15 мл/мин
- 4) СКФ 15-29 мл/мин

Ответ: 1

УК 1, ПК5

9. БОЛЬНЫМ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ В ПИТАНИИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРОДУКТЫ:

- 1) с низким содержанием калия
- 2) с высоким содержанием калия
- 2) с низким содержанием белка
- 4) содержащие витамины

Ответ: 2

УК 1, ПК1

10. ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХБП МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

- 1) тахикардию
- 2) полиурию
- 3) нарушение проводимости сердца (блокады, асистолия)
- 4) нарушение дыхания

Ответ: 3

УК 1, ПК5

5.Самоконтроль по ситуационным задачам:

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:

Задача №1 .

Три года назад больная 32 лет перенесла во второй половине беременности нефропатию, проявившуюся общими отеками, значительной протеинурией (до 3000 мг/л белка в моче), гипертонией. После родов, вплоть до настоящего времени самочувствие хорошее, жалоб нет. АД стойко нормально, но при многократных исследованиях мочи определяется стойкая умеренная протеинурия (от 300 до 500 мг/л). При стационарном обследовании физикальных изменений со стороны легких, сердца и органов брюшной полости не обнаружено, АД стойко нормально, ЭКГ и глазное дно не представляют отклонений от нормы. Со стороны периферической крови эритроцитов $4,8 \times 10^{12}$, Hb 138 г/л, лейкоцитов 5×10^9 , СОЭ - 25 мм/час. Мочевина сыворотки крови 8,6 ммоль/л, креатинин 0,12 ммоль/л, общий белок 70 г/л, холестерин 6,0 ммоль/л. Суточный диурез 1800 мл, дневной диурез 1100, ночной 700 мл. В моче протеинурия (800-2000 мг/л), микрогематурия, незначительная цилиндрурия (1-2 гиалиновых цилиндра в поле зрения), удельный вес мочи при разовых общеклинических исследованиях колеблется в пределах 1006-1017. Суточная потеря белка с мочой 1,5 грамма. Клубочковая фильтрация по Ребергу, проведенная двукратно, составила 43 и 45 мл в 1 минуту. Нефробиопсия выявила ХГН с пролиферативными фибропластическими изменениями.

- 1) Какие критерии ХБП имеются у этой больной?
- 2) Какая стадия ХБП у больной?
- 3) Какая причина развития ХБП?
- 4) Дайте рекомендации по питанию.
- 5) Назначьте препараты с целью нефропротекции
УК1,ПК5,ПК6,ПК8

Задача №2.

Больной Д. 58 лет, в течении последних 2-х месяцев подъемы АД до 180/120-130 мм рт.ст. без клиники кризов. С многолетним анамнезом по АГ, страдает подагрой, длительно не наблюдался, динамики анализа мочи не было. Гипотензивную терапию принимал нерегулярно. Фиксировался мочевого синдром с протеинурией до 0,960-0,610г/л. При осмотре: усилен верхушечный толчок. Правая и верхняя границы сердца в норме, левая - в V межреберье на 1,0 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Акцент II тона над аортой. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75 в минуту, АД 160/100 мм рт. ст., Органы брюшной полости без особенностей. Лейкоцитов $5,6 \times 10^9$, лейкоцитарная формула нормальна, эритроцитов $3,3 \times 10^{12}$, Hb - 130 г/л. Мочевина сыворотки 12,9 ммоль/л, креатинин 192 мкмоль/л. Холестерин ЛПНП – 3,8 ммоль/л. Клубочковая фильтрация 35 мл/мин. Суточный диурез 2400 мл. Дневной диурез 1300 мл, ночной - 1100. В моче белка 0,697 г/л, единичные в поле зрения лейкоциты и гиалиновые цилиндры. Удельный вес мочи при многократных общеклинических исследованиях и повторной пробе по Зимницкому колеблется в пределах 1005-1009.

Вопросы:

- 1) Оцените функцию почек.
- 2) Выделите ведущие синдромы у данного больного.

- 3) Наиболее вероятный диагноз?
 - 4) Основными причинами (причиной) ХБП являются.
 - 5) К какой группе риска по сердечно-сосудистым заболеваниям следует отнести пациента? Целевые уровни холестерина для него?
- УК1, ПК1, ПК5

Задача №3

Больной Е., 34 года, поступил с жалобами на слабость, головокружение головную боль, жажду (выпивает 3-4 л воды за сутки), тошноту, отсутствие аппетита, ухудшение зрения. Заболел 10 лет назад, был диагностирован острый нефрит. Несколько лет врачи определяют высокое АД, которое ничем не удается снизить. Последние 4 года появилась гематурия. Несколько раз лечился в стационаре, выписывался с улучшением. Ухудшение состояния связывает с перенапряжением и перенесенным гриппом.

Объективно: отеков нет, кожа сухая, АД = 240/130 мм рт. ст., сердце расширено влево, тоны глухие, пульс 53 уд./мин. На коже следы расчесов. Синдром Пастернацкого отрицательный.

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз.
 - 2) Ваш план обследования
 3. Ваш план лечения.
 4. Какие наследственные и врожденные заболевания приводят к развитию ХБП?
 5. Какие проявления терминальной стадии ХБП у данного больного?
- УК1, ПК1, ПК5, ПК6

Задача №4

Больной 67 лет, с длительным гипертоническим анамнезом. В течение 10 лет сахарный диабет, 5 лет клиника стенокардии, сердечной недостаточности. 2 года назад проведено эндопротезирование коронарных артерий, после чего приступы редкие при убыстрении ходьбы. До операции должного контроля АД, сахара крови не было. Последние полгода нараста одышка, отеки, стал сонлив. При осмотре состояние средней тяжести, в нижних отделах легких небольшое количество мелкопузырчатых хрипов, сердечные тоны приглушены, ритмичные ЧСС 75 в минуту, АД 140/80 мм рт.ст. печень мягкая +2 см из под края реберной дуги отеки до с/3 голеней. В анализах – развернутый анализ крови без особенностей, б/х: мочевины 16,3 ммоль/л, креатинин 188 мкмоль/л, калий -5,1 ммоль/л, мочевая кислота 533 мкмоль/л, холестерин ЛНП -2,7 ммоль/л. Расчетная СКФ 41 мл/мин. В моче – белок 0,68 г/л.

- 1) Сформулируйте диагноз?
 - 2) Какие причины развития ХБП?
 - 3) Что усугубляет течение ХБП?
 - 4) Какие показатели свидетельствуют о наличии ХБП?
 - 5) Показан ли пациенту прием статинов, целевой уровень холестерина ЛНП?
- УК1, ПК1, ПК5, ПК6

Задача №5

Больная З., 52 года, в течение многих лет диагностировали латентный вариант диффузного гломерулонефрита. Принимала эпизодически курантил. Два года назад стала отмечать учащенное до 2-3 раз обильное мочеиспускание, жажду. На протяжении последнего года жалуется на головные боли, неприятный горький

привкус во рту, потерю аппетита, похудание, тошноту, ежедневную рвоту, иногда поносы (3-4 раза в день жидкий стул), бессонницу по ночам, сонливость днем. При поступлении общее состояние средней тяжести, питание понижено, кожные покровы бледные с буровато-грязным оттенком, экскориации, в локтевых сгибах и местах инъекций — массивные подкожные кровоизлияния, легкие без физикальных изменений, периодически появляются глубокие дыхательные движения; сердечный ритм правильный; АД= 130/80 мм рт. ст.; живот мягкий, безболезненный; печень и селезенка не увеличены; отеков и асцита нет. В крови эритроцитов — $2,9 \times 10^{12}$, Hb — 82 г/л. лейкоцитов — $7,8 \times 10^9$,. Мочевина сыворотки крови — 27 ммоль/л, креатинин — 930 мкмоль/л. Суточный диурез — 300 мл, удельный вес мочи — 1003-1005, белок мочи — 0,5-0,7 г/л, в осадке мочи единичные эритроциты и лейкоциты.

- 1) Какая стадия ХБП у больной?
 - 2) Какие лабораторные изменения характерные для данной стадии имеются у данной больной?
 - 3) Какие были признаки уремии у больной?
 - 4) Причина ХБП?
 - 5) План лечения пациентки?
- УК1, ПК1, ПК5, ПК6

Ответы к ситуационным задачам:

Задача №1

1. Снижение СКФ менее 60 мл/мин. Признаки повреждения почки- стойкая протеинурия, изменения при нефробиопсии..
2. ХБП С3а А3 ст.
3. Хронический гломерулонефрит, протеинурия, нарастание активности РААС, ведущие к гломерулосклерозу, ухудшению функции почек.
4. Некоторое ограничение белков (0,75-1 г/кг массы тела), в случае развития АГ и НС- ограничение поваренной соли до 3 г/сут. При выраженных отеках прием натрия с пищей должен быть резко ограничен до уровня его максимального выделения. То же касается и количества выпиваемой жидкости. Все остальные ограничения необходимо накладывать при обострении воспалительного процесса.
5. Ингибиторы АПФ или сартаны (эналаприл, ирбесартан и др.).

Задача №2

1. Функция почек снижена. У больного имеется ХБП.
2. Гипертонический синдром с подъемом АД до 180/120-130 мм рт.ст. без клиники кризов; мочевого синдром с протеинурией до 0,697 г/л, нарушение функции почек (ХБП) - повышение азотемических показателей – мочевины 12,9 ммоль/л, креатинин 192 мкмоль/л, дислипидемия.
3. Гипертоническая болезнь III ст риск 4 (очень высокий). ХБП С3бА1.
4. Гипертоническая болезнь, гиперурикемия.
5. К группе очень высокого риска. Целевой уровень ХС ЛНП – менее 1,8 ммоль/л.

Задача №3

1. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения, ХБП.

2. В плане обследования: анализ мочи, развернутый анализ крови, анализ мочи по Зимницкому, определение СКФ клиренсовым методом, определение креатинина, мочевины сыворотки, общего белка, холестерина, ХС ЛНП;
3. В плане лечения: диета с ограничением белка и соли, гипотензивная терапия с применением антагонистов кальция, мочегонных препаратов, при необходимости - ганглиоблокаторы. О возможности применения ИАПФ и сартанов решить после расчета СКФ, применение сорбентов, кетостерила, возможно эритропоэтина (при анемии). Решить вопрос о начале заместительной почечной терапии (программный гемодиализ).
4. Поликистоз почек, сегментарная гипоплазия, синдром Альпорта
5. Явления перикардита, стойкая гипертония, поражения периферической и центральной нервной системы, слабость, тошнота, кожа бледная, сухая, желтушная с серым оттенком (анемия и прокрашивание урохромами), с геморрагиями, следами расчесов.

Задача №4

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 2 ф.к. Эндопротезирование коронарных артерий. Сердечная недостаточность IIБ ст (3 ф.к. по NYHA). Гипертоническая болезнь III ст. риск 4. Сахарный диабет 2 тип. ХБП С3б А1.
2. Неконтролируемая АГ, сахарный диабет, атеросклероз.
3. Хроническая сердечная недостаточность.
4. Скорость клубочковой фильтрации 41 мл/мин, косвенно - высокий уровень креатинина, калия, мочевой кислоты.
5. Да, обязательно, т.к. он относится к пациентам очень высокого риска. Возможно сочетание статинов с эзимибом. Целевой уровень – менее 1,8 ммоль/л

Задача №5

1. Терминальная почечная недостаточность ХБП С5 А2.
2. Анемия, значительное повышение мочевины, креатинина. В моче - скудный осадок, умеренная протеинурия, низкая относительная плотность при пробе Зимницкого, снижение клубочковой фильтрации.
3. Ранние признаки почечной недостаточности: полиурия, никтурия, анемия, диспепсические расстройства, плюс общие симптомы: слабость, сонливость, утомляемость, апатия (уремическая энцефалопатия), мышечная слабость, кожный зуд (задержка уремических токсинов).
4. Хронический гломерулонефрит.
5. Диета, коррекция анемии, фосфорно- кальциевого обмена. Перевод на программный гемодиализ, трансплантация почки.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме :

1. Уметь провести обследование больного с заболеванием почек. УК1, ПК5
2. Уметь выделить основные нефрологические синдромы. УК1, ПК5
3. Уметь оценить степень альбуминурии, протеинурии. УК1, ПК5
4. Оценка изменений показателей общего анализа крови при различных типах воспаления (иммунного, инфекционного) УК1, ПК5
5. Уметь диагностировать стадию ХБП. УК1, ПК5
6. Знать основные биохимические показатели крови в норме, уметь оценить их при ХБП. УК1, ПК5

7. Уметь оценить функциональное состояние почек, рассчитать скорость клубочковой фильтрации. УК1,ПК5

8. Уметь рассчитать дозу препаратов больным с ХБП. УК1,ПК6

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1.Хроническая болезнь почек и сердечно-сосудистый риск.Тактика ведения больных с ИБС и ХБП.

2. Диета при ХБП.

3. Трансплантация почки.

4.Наследственные заболевания почек и ХБП

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

-обязательная

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/> ред. С. И. Рябов ,СПб. : СпецЛит, 2015.

2.Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

3.Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

-дополнительная

1. Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org>

2.Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437889.html> гл. ред. Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

-Электронные

1. ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

2. ЭБС Айбукс

3. <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi/klass-xiv-bolezni-mohepolovoi-sistemy-n00-n99>

1. Индекс: ОД.О.01.1.5.80 Болезни почек Тема: «Поражение почек при различных заболеваниях»

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям

- Подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- Характеристика поражения почек при СД. Клинико-морфологические изменения при различных стадиях диабетической нефропатии . УК-1, ПК-5

- Характеристика поражения почек при АГ. УК-1, ПК-5

- Характеристика поражения почек при инфекционном эндокардите УК-1, ПК-5

-Изменения в почках при сердечной недостаточности.УК-1, ПК-5

- Лечение и профилактика диабетической нефропатии. УК-1, ПК-6

Обучающийся должен обладать УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

- знать основные клинические проявления поражения почек при сахарном диабете, гипертонической болезни, инфекционном эндокардите, сердечной недостаточности; этиологию, патогенез, современные классификации заболеваний, основы фармакотерапии патологических состояний, связанных с поражением почек, осложнения, вызванные применением лекарств; уметь провести обследование больного, проводить диагностику мочевого синдрома, оценить функциональное состояние почек у больных с различными заболеваниями, уметь объяснить пациенту сущность заболевания, необходимость изменения образа жизни всех членов семьи, охарактеризовать прогноз болезни, доказать необходимость постоянного наблюдения и лечения, соблюдать врачебную тайну; владеть методами осмотра и сбора анамнеза больных с заболеваниями почек, диагностикой и навыками оказания первичной неотложной помощи; обучающиеся должны соблюдать в повседневной работе принципы врачебной этики и деонтологии в отношении больного.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям

Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В МОЧЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кетоновые тела
- 2) желчные пигменты
- 3) амилаза и ураты
- 4) кристаллы мочевой кислоты

Ответ: 1

УК-1, ПК-5

2. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарастающая протеинурия
- 2) микроальбуминурия
- 3) прогрессирующее снижение клубочковой фильтрации и развитием клиники ХПН
- 4) нефротический синдром

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

3. РАЗВИТИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) феохромоцитомы
- 2) гипертонической болезни
- 3) миеломной болезни
- 4) системной красной волчанки

Ответ: 4

УК-1, ПК-5

4. ЧЕРЕЗ НОРМАЛЬНУЮ БАЗАЛЬНУЮ МЕМБРАНУ НЕ ФИЛЬТРУЮТСЯ

- 1) вода и глюкоза
- 2) глюкоза и электролиты

3) электролиты и креатинин

4) форменные элементы

Ответ: 4

УК-1, ПК-5

5. К НЕФРОТИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ ПРИВОДИТ

1) анемия

2) амилоидоз

3) хронический пиелонефрит

4) ОИМ

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1) сахарном диабете

2) ревматических пороках сердца

3) отравлении угарным газом

4) гипертонической болезни

Ответ: 1

УК-1, ПК-5

7. В КАЧЕСТВЕ РАННЕГО МАРКЕРА ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1) мочевины крови

2) эритроцитов в моче

3) белка альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче

4) NT-proBNP – мозгового натрийуретического гормона в крови

Ответ: 3

УК-1, ПК-5

8. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) лейкоцитурия

2) протеинурия

3) гематурия

4) цилиндрурия

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ИЭ РАЗВИВАЕТСЯ

1) очаговый нефрит

2) диффузный нефрит

3) амилоидоз

4) инфаркт почки

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

10. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

1) стойкой протеинурии

- 2) нефротического синдрома
- 3) почечной гиперfiltrации
- 4) высокой гипертензии

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1

На прием к терапевту обратилась женщина 41 года (рост – 168 см, масса тела – 74 кг) с жалобами на постоянно повышенные цифры АД (180/120, 170/115 мм рт. ст.). Больная не чувствует повышение АД. Повышенное АД плохо поддается гипотензивной терапией. Из анамнеза известно, что в течение 8 лет у пациентки в моче находят повышенное содержание белка и эритроцитурию. Специально поэтому поводу нигде не обследовалась. АД 170/110 мм рт. ст., пульс – 72 в мин, ритмичный. Определяется небольшая отечность под глазами. В исследованиях мочи – небольшая протеинурия (суточная потеря белка не более 1,0 грамма), небольшая эритроцитурия (в поле зрения в среднем 6 –8 эритроцитов). По ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка со вторичными изменениями процессов реполяризации. По эхокардиоскопии выраженная гипертрофия левого желудочка, умеренная дилатация левого предсердия, нарушение диастолической функции левого желудочка. Развернутый анализ крови без особенностей, креатинин сыворотки – 78 мкмоль/л, глюкоза плазмы – 4,4 ммоль/л, суточный диурез не более 1,5 литров.

1. Ваш диагноз?
2. Рассчитайте клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Гаулта. Какой стадии ХБП это соответствует?
3. Какие дополнительные методы обследования следует провести больной?
4. Какую плановую терапию вы назначите данной пациентке?
5. Каков целевой уровень снижения АД?

УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6

Задача №2

Женщина 30 лет обратилась с жалобами на интенсивные продолжительные головные боли. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала анальгетики. Наследственность неотягощена.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостеник. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. В легких перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыханий - 18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: слева- на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, справа-по правому краю грудины. Тоны сердца звучные, ритмичные, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. АД 210/100 мм рт.ст.(на правой и левой руке). Пульс 80 в минуту. Слева и справа в околопупочной области выслушивается систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Анализы крови и мочи – без патологии.

Содержание ренина плазмы – 6,0 нг/мл (N=3,1-3,6). Электрокардиограмма: ритм синусовый. RV5=28мм, SV1=12мм. RV6>RV5>RV4. Для уточнения генеза

артериальной гипертензии была проведена аортография с ангиографией почечных артерий. Правая и левая почечные артерии имели гофрированный вид в виде «ниток бус». Участки сужения составляли от 75 до 80%. Для коррекции АД больной были назначены ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, которые оказались неэффективны.

1. Какова причина артериальной гипертонии у больной?
2. Сформулируйте развернутый диагноз.
3. Что характеризуют данные ЭКГ?
4. Показаны ли данной пациентке ингибиторы АПФ?
5. Каковы подходы к терапии данного заболевания?

УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6

Задача №3

Женщина, 20 лет, жалуется на лихорадку в течении 2-х недель, боли плевропечечного характера, скованность и припухание в лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, эритему на обеих щеках и двусторонние отеки на голенях. В анализе крови Нв-80 г/л, СОЭ-64 мм/час, в анализе мочи белок-2,54 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования следует назначить пациентке?
3. Назначьте лечение.
4. О каком поражении почек идет речь у пациентки?
5. Каков трудовой прогноз у данной пациентки?

УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №4

Больная Ш., 43 лет, ранее считавшая себя здоровой, после психической травмы, поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, снижение остроты зрения, выраженную жажду - до 6 л сутки, полиурию, сонливость, боли в животе, тошноту, рвоту.

При осмотре: больная заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Запах моченых яблок изо рта. Кожа сухая. Шумное дыхание, слышимое на расстоянии. ЧДД 26 в мин., ЧСС 112 в мин. АД 90/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой, обложен белым налетом. Отмечается напряжение и болезненность брюшной стенки.

В анализах: глюкоза крови 18,6 ммоль/л, креатинин крови 450 мкмоль/л; остаточный азот 43 ммоль/л; мочевины 13,8 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок 0,54 г/л, относительная плотность 1012, ацетон +++, сахар 7%, эр.-един. в п/зр., лейкоц. 4-5 в п/зр.

1. Ваша версия диагноза, обоснование?
2. Стоит ли госпитализировать пациентку? Если да, то куда?
3. Какие дополнительные методы обследования следует назначить для подтверждения диагноза?
4. С какими другими заболеваниями или состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Каковы принципы терапии и профилактики?

УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Задача №5

Больная Р. 58 лет, поступила с жалобами на выраженную жажду (выпивает до 5 литров жидкости), обильное и частое мочеиспускание, особенно ночью, зуд в промежности. Данные жалобы в течение 3-4 месяцев. При осмотре: повышенного питания. Рост 166 см. Вес 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, в легких везикулярное дыхание. ЧСС 74 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой. Живот спокойный. Отеков нет. Общий анализ мочи: относительная плотность 1035, белка нет, сахар 2%, ацетон (-).

1. Наиболее вероятный диагноз?
 2. Какие дополнительные методы обследования следует назначить для подтверждения диагноза?
 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
 4. Современные методы лечения данной патологии?
 5. Каковы принципы диетотерапии?
- УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Задача №1

1. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант течения без нарушения функции почек. АГ III стадии, 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск – 4. ХБП 1 стадии.
2. Расчетный клиренс креатинина – 98,2 мл/мин. Это соответствует 1 стадии ХБП (хронической болезни почек) – по классификации Национального Почечного Фонда 2002 г.
3. УЗИ почек, липидный профиль, мочевая кислота, калий сыворотки.
4. Больная нуждается в комбинированной гипотензивной терапии, с обязательным включением в схему блокаторов ренин-ангиотензиновой системы, при нормальном уровне мочевой кислоты сыворотки – тиазидные диуретики в малых дозах (ингибитор АПФ в средних терапевтических дозах, например, эналаприл 20 мг/сут или фозиноприл 20 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут + гидрохлортиазид 12,5-25 мг/сут).
5. Целевой уровень АД <140/90 мм рт ст.

Задача №2

1. У больной имеет место вторичная (вазоренальная) артериальная гипертензия вследствие фибромускулярной дисплазии почечных артерий.
2. Вазоренальная гипертензия – фибромускулярная дисплазия почечных артерий. АГ II стадии, 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск – 4.
3. По ЭКГ выявляется гипертрофия левого желудочка (при наличии как визуальных признаков, так и количественного – Соколова-Лайона).
4. Учитывая двусторонний гемодинамически значимый стеноз почечных артерий, ингибиторы АПФ противопоказаны.
5. Больной показано интервенционное чрескожное, либо хирургическое вмешательство по дилатации почечных артерий.

Задача №3

1. СКВ, острое течение, активность 2 с поражением почек, суставов, кожи, серозных оболочек, системы крови.

2. Обследование: ретикулоциты, мочеви́на, креатинин, ЛЕ-клетки, острофазовые показатели (си́аловые, серомукоид, с-реактивный белок), суточная потеря белка, УЗИ почек, Р-графия грудной клетки, консультация невропатолога, ЭХОКГ.
3. Преднизолон 30-50 мг/сут, циклофосфан 1000 мг в/в 1 раз в месяц, НПВП, антиагреганты (трентал, курантил).
4. Люпус-нефрит, учитывая уровень протеинурии необходимо уточнить суточную потерю белка и провести нефробиопсию.
5. Больная нетрудоспособна, учитывая то, что будет проводиться пульс-терапия. Трудовой прогноз в течение ближайшего года неясен, показано направление на МСЭК.

Задача №4

1. Диагноз: впервые выявленный сахарный диабет, кетоацидоз умеренно-тяжелой степени тяжести.
2. Экстренная госпитализация в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии.
3. Анализ крови на кетоновые тела, кислотно-щелочное состояние крови, развернутый клинический анализ крови, электролиты: калий, натрий.
4. Лактат-ацидоз, абстинентный синдром при хроническом алкоголизме, абдоминальный синдром.
5. Устранение инсулиновой недостаточности, борьба с дегидратацией и гиповолемией, восстановление электролитного баланса и КЩС, выявление и лечение сопутствующих заболеваний и состояний, которые спровоцировали кетоацидоз.

Задача №5

1. Диагноз: Впервые выявленный сахарный диабет 2 тип. Ожирение 1 ст. (ИМТ 32).
2. Анализ гликемии натощак и через 2 часа после еды, при необходимости: гликозилированный гемоглобин и С-пептид. БАК: креатинин, мочеви́на, липиды, триглицериды, кетоновые тела.
3. Психогенная полидипсия, несакхарный диабет, сахарный диабет 1 тип.
4. При отсутствии противопоказаний – лечение метформином.
5. Умеренно гипокалорийное питание с дефицитом калорий 500 – 1000 ккал в сутки, но не менее 1200 ккал в сутки. Голодание категорически противопоказано. Снижение калорийности достигается за счет ограничения продуктов с высоким содержанием жиров, простых углеводов, а также ограничения сложных углеводов примерно вдвое от привычного для пациента потребления.

6. Перечень практических умений по теме.

- Иметь навыки сбора анамнеза, физикального обследования больных; УК-1, ПК-5
- уметь дать оценку клинико-лабораторных показателей поражения почек при различных заболеваниях, УК-1, ПК-5
- уметь ставить диагноз и проводить дифференциальную диагностику на основании клинических и лабораторных исследований, определить тактику ведения пациента. УК-1, ПК-5, ПК-2, ПК-6, ПК-9

7. Примерная тематика НИР по теме.

1. Поражение почек при сахарном диабете.
2. Поражение почек при инфекционном эндокардите.
3. почечная дисфункция при сердечной недостаточности.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

-обязательная

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/> ред. С. И. Рябов ,СПб. : СпецЛит, 2015.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015..

-дополнительная

1. Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org>
2. Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437889.html> гл. ред. Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

-Электронные

1. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов /Сахарный диабет с поражением почек, 2016
https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/sakharnyj-diabet-s-porazheniem-pochek_14253/
2. Клинические рекомендации Национального общества по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда / Хроническая сердечная недостаточность, 2016
https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskaya-serdechnaya-nedostatochnost_14015/
3. Клинические рекомендации Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, Американской ассоциации торакальных хирургов, Европейского общества кардиологов / Инфекционный эндокардит, 2016
https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/infektsionnyj-endokardit_13997/
4. Клинические рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии/ Артериальная гипертензия у взрослых, 2016
https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/arterialnaya-gipertoniya-u-vzroslykh_13866/
5. Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» / Хроническая болезнь почек, 2014
[sevgb6.ru>doc/klinicheskie-rekomendacii/hbp.pdf](http://sevgb6.ru/doc/klinicheskie-rekomendacii/hbp.pdf)

1. Индекс: ОД.О.01.1.5.81 Болезни почек Тема: «Поражение почек при системных заболеваниях соединительной ткани»

2.Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям
- Подготовка материалов по НИР

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- Характер поражения почек при системных васкулитах .УК-1, ПК-5
- Характеристика поражения почек при СКВ УК-1, ПК-5
- Характеристика поражения почек при ССД УК-1, ПК-5
- Принципы лечения системных васкулитов УК-1, ПК-6
- Показания к терапии ГКС и цитостатиками при СКВ и ССД УК-1, ПК-6
- Осложнения терапии глюкокортикостероидами УК-1, ПК-5, ПК-6
- Диспансерное наблюдение больных СЗСТ с поражением почек. УК-1, ПК-1, ПК-2

Обучающийся должен обладать УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

-знать основные клинические проявления поражения почек при СЗСТ, этиологию, патогенез, современные классификации заболеваний, уметь провести диагностику поражения почек при СЗСТ, владеть методами терапии основных форм СЗСТ, методами профилактики осложнений и рецидивов заболевания.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям

Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДЛЯ ДИАГНОЗА СКВ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) алопеция
- 2) гипер-γ-глобулинемия
- 3) повышенный титр анти-ДНК антител
- 4) синдром Рейно

Ответ: 3

УК1, ПК-5

2. ОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ СКВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧАСТЫМ РАЗВИТИЕМ ПОРАЖЕНИЯ

- 1) крови, лимфатических узлов и слюнных желез
- 2) сердца и ЖКТ
- 3) легких и сердца
- 4) почек и ЦНС

Ответ: 4

УК1, ПК-5

3. У 45-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ЧЕРЕЗ 7 МЕСЯЦЕВ ПРИЕМА КУПРЕНИЛА (ПЕНИЦИЛЛАМИНА) И ПРЕДНИЗОЛОНА РАЗВИЛСЯ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ЕГО РАЗВИТИЯ

- 1) истинная склеродермическая почка
- 2) лекарственная нефропатия
- 3) гломерулонефрит
- 4) амилоидоз

Ответ: 2

УК1, ПК-5, ПК-6

4. ДЛЯ СКВ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) гемолитической анемии
- 2) лейкоцитоза
- 3) лимфоцитоза
- 4) эозинофилии

Ответ: 1

УК1,ПК-5

5. ДЛЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) выраженной лейкоцитурии
- 2) протеинурии и гематурии
- 3) высокого удельного веса мочи
- 4) гиперурикемии и пиурии

Ответ: 2

УК1,ПК-5

6. БОЛЬНАЯ 25-И ЛЕТ С СКВ И ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ПОЧЕК (НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ) В ТЕЧЕНИЕ 2-Х МЕСЯЦЕВ ПОЛУЧАЕТ ПРЕДНИЗОЛОН В ДОЗЕ 60 МГ/СУТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) тромбоцитопения
- 2) синдром Рейно
- 3) эритема на щеках и носу
- 4) некроз головки бедренной кости

Ответ: 4

УК1,ПК-5, ПК-6

7. ПРИ СКВ

- 1) поражение почек встречается редко
- 2) выявляются антинуклеарные антитела
- 3) отсутствуют эффективные методы лечения
- 4) не развивается полиартрит

Ответ: 2

УК1,ПК-5

8. РАЗВИТИЕ ФИБРОЗА ПРИ ССД ПОДАВЛЯЕТ

- 1) делагил
- 2) азатиоприн
- 3) преднизолон
- 4) пеницилламин

Ответ: 4

УК1,ПК-6

9. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) узелковом полиартериите
- 2) болезни Каваски
- 3) синдроме Черджа-Стросс
- 4) темпоральном артериите

Ответ: 1
УК1,ПК-5

10. НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СЗСТ

- 1) мезангиальный пролиферативный волчаночный нефрит
- 2) латентный гломерулонефрит
- 3) склеродермическая почка
- 4) пиелонефрит

Ответ: 3
УК1,ПК-5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1.

Женщина, 27 лет, жалуется на лихорадку в течение 2-х недель, боли плевропечечного характера, скованность и припухание в лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, эритема на обеих щеках и двусторонние отеки на голенях. В анамнезе 4 выкидыша в сроки 12-22 недели, флеботромбоз вен правой голени. В анализе крови Нв-80 г/л, ретикулоциты 2,1%, СОЭ-64 мм/час, в анализе мочи белок-2,54 г/л. Объективно обращает на себя внимание livedo-ангиит нижних конечностей.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Исследование каких специфических маркеров гемостаза показано данной пациентке?
3. Какое лечение назначить?
4. Какие морфологические варианты поражения почек могут при данном заболевании?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

УК-1, ПК-5, ПК-6

Задача № 2

Женщина, 35 лет, жалуется на ощущения рези и жжения, чувство «песка» в глазах, сухость во рту, голос осиплый, на снижение потоотделения, боли в мелких суставах кистей, сухость в горле, зябкость в кистях при пользовании холодной водой. При осмотре выявляется гиперемия и утолщение краев век, губы сухие, в трещинах, шейные лимфоузлы размером 0,5-1,0 см, безболезненные, слюнные железы увеличены, незначительно болезненные, кожные покровы сухие. Отмечает появление данных симптомов постепенно в течение 3-4 лет. В анализе крови Нв-80 г/л, ретикулоциты 2,1%, СОЭ-64 мм/час, в анализе мочи белок-2,54 г/л. Об-но обращает на себя внимание livedo-ангиит нижних конечностей.

1. О каком диагнозе необходимо думать у данной больной?
2. Какой тест применяют для уточнения снижения слезоотделения?
3. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза, и какие будут в них изменения?
4. Какое лечение назначить?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

УК-1, ПК-5, ПК-6

Задача № 3

Женщина, 25 лет, более 5 лет страдает системной красной волчанкой с поражением кожи (эритема на коже лица, туловища), суставов (артралгии межфаланговых суставов кистей), нервной системы (чувствительная полинейропатия нижних конечностей), крови (анемия, лейкоцитопения, тромбоцитопения, LE-феномен, антитела к нативной ДНК). Получает 10 мг преднизолона и 100 мг азатиоприна. В течение последнего месяца отмечает отеки голеней, субфебрилитет 37,4-37,6, похудание около 2-3 кг, в анализе мочи - 1,96 г/л.

1. О каком поражении почек идет речь у пациентки?
 2. Сформулируйте диагноз.
 3. Какие дополнительные методы обследования следует провести пациентке?
 4. Какое лечение назначить?
 5. Важнейший метод дообследования для верификации диагноза?
- УК-1, ПК-5, ПК-6

Задача № 4.

Женщина, 20 лет, жалуется на лихорадку в течение 2-х недель, боли плевритического характера, скованность и припухание в лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, эритему на обеих щеках и двусторонние отеки на голенях. В анализе крови Нв-80 г/л, СОЭ-64 мм/час, в анализе мочи белок-2,54 г/л.

1. Ваша диагностическая версия?
 2. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
 3. Какое лечение назначить?
 4. О каком поражении почек идет речь у пациентки, и какое дополнительное обследование требуется?
 5. Каков трудовой прогноз у данного пациента
- УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Задача №5

На прием к врачу поликлиники обратилась женщина 48 лет. Жалобы на повышение АД до 240/120 мм. рт. ст., одышку, головные боли. Из анамнеза: болеет диффузной кожной формой системной склеродермии в течение года. Объективно: симметричные утолщения кожи туловища, проксимальных и дистальных отделов конечностей, отеки нижних конечностей. При аускультации легких жесткое дыхание, влажные хрипы. ЧДД = 25 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД = 180/120 мм рт ст. Живот увеличен в объеме за счет жидкости. Печень на 2,5 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез снижен.

Лабораторные данные: гиперренинемия, тромбоцитопения, анемия, повышения азотемических показателей.

1. О каком диагнозе необходимо думать?
2. Характеристика поражения почек у данной пациентки?
3. Какова тактика ведения пациентки на догоспитальном этапе?
4. Какие препараты и почему противопоказаны при лечении данного заболевания?

5. Каков прогноз заболевания?
УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Задача №1

1. СКВ, хроническое течение, активность 2-3, вторичный антифосфолипидный синдром.
2. Определение волчаночного антикоагулянта, кардиолипидовых антител и антител к фосфолипидам.
3. Преднизолон в дозе 30-40 мг/сут, антикоагулянты (гепарин 15-20000 ЕД/сут), плазмаферез, азатиоприн 200 мг/сут.
4. Гломерулонефрит, тромботическая микроангиопатия.
5. Первичный антифосфолипидный синдром, системная склеродермия.

Задача № 2

1. Синдром Шегрена.
2. Тест Ширмера.
3. Развернутый анализ крови (железодефицитная анемия, ускорение СОЭ, лейкопения), биохимический анализ крови (гиперпротеинемия, гипергаммаглобулинемия, возможно наличие антинуклеарных и ревматоидных факторов, антител к растворимым ядерным антигенам SS-A/Ro или SS-B/La).
4. Преднизолон 10-15 мг/сут, плаквенил по 200 мг х 2 раза в день.
5. С ревматоидным артритом, СКВ, системной склеродермией, аутоиммунным гепатитом, полимиозитом.

Задача № 3

1. Люпус-нефрит, учитывая уровень протеинурии необходимо уточнить суточную потерю белка и уточнить наличие нефротического синдрома.
2. СКВ, хроническое течение, активность 2 с поражением почек, суставов, кожи, нервной системы, системы крови.
3. Развернутый анализ крови с ретикулоцитами, мочевины, креатинина, LE-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), суточная потеря белка, УЗИ почек, Р-графия грудной клетки, консультация невропатолога, ЭХОКГ.
4. Преднизолон 40-60 мг/сут, пульс-терапия преднизолон 1000 мг в/в №3, циклофосфан 1000 мг в/в 1 раз в месяц, НПВП, антиагреганты (трентал, курантил).
5. Нефробиопсия, для уточнения морфологического варианта люпус-нефрита.

Задача №4

1. СКВ, острое течение, активность 2 с поражением почек, суставов, кожи, серозных оболочек, системы крови.
2. Обследование: ретикулоциты, мочевины, креатинина, LE-клетки, острофазовые показатели (сиаловые, серомукоид, с-реактивный белок), суточная потеря белка, УЗИ почек, Р-графия грудной клетки, консультация невропатолога, ЭХОКГ.
3. Преднизолон 30-50 мг/сут, циклофосфан 1000 мг в/в 1 раз в месяц, НПВП, антиагреганты (трентал, курантил).

4. Люпус-нефрит, учитывая уровень протеинурии необходимо уточнить суточную потерю белка и провести нефробиопсию.
5. Больная нетрудоспособна, учитывая то, что будет проводится пульс-терапия и трудовой прогноз в течение ближайшего года не ясен показано направление на МСЭК.

Задача №5

1. ССД
2. Склеродермический почечный криз
3. Назначить ингибиторы АПФ, направить в нефрологическое отделение стационара
4. Глюкокортикоиды и цитостатики (могут усугубить патологию почек)
5. Прогноз неблагоприятный. Пятилетняя выживаемость составляет, по разным данным, 30-70%

6. Перечень практических умений по теме.

- Иметь навыки сбора анамнеза, физикального обследования больных; УК-1, ПК-5
- Уметь дать оценку клинико-лабораторных показателей при СЗСТ, УК-1, ПК-5,
- уметь ставить диагноз и проводить дифференциальную диагностику на основании клинических и лабораторных исследований, определить тактику ведения пациента. УК-1, ПК-5, ПК-2, ПК-6, ПК-9

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Поражение почек при СКВ.
2. Склеродермическая почка.
3. Поражение почек при системных васкулитах.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

-обязательная

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/> ред. С. И. Рябов, СПб. : СпецЛит, 2015.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

-дополнительная

1. Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org>
2. Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437889.html> гл. ред. Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

-Электронные

1. Клинические рекомендации Ассоциации ревматологов России /Системная красная волчанка, 2016

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/sistemnaya-krasnaya-volchanka_14280/

2. Клинические рекомендации Ассоциации ревматологов России и Общероссийской общественной организацией «Ассоциация ревматологов России» / Ревматоидный артрит, 2016

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/revmatoidnyj-artrit_14250/

3. Клинические рекомендации Ассоциации ревматологов России / Прогрессирующий системный склероз (системная склеродермия), 2016

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/progressiruyuschij-sistemnyj-skleroz-sistemnaya-sklerodermiya_14207/

4. Клинические рекомендации для врачей общей практики (семейных врачей) Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» / Хронический гломерулонефрит, 2014

minzdravrb.ru/minzdrav/docs/hgn.doc

5. Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» / Хроническая болезнь почек, 2014

sevgb6.ru/doc/klinicheskie-rekomendacii/hbp.pdf

1. Индекс: ОД.О.01.1.5.82 Болезни почек Тема: «Амилоидоз почек».

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям
- Подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- Этиология амилоидоза - ПК-5
- Классификация амилоидоза – ПК-5
- Критерии диагностики амилоидоза почек – УК-1, ПК-5
- Принципы лечения амилоидоза почек – ПК-6
- Профилактика и реабилитация амилоидоза почек – ПК-1, ПК-8

Обучающийся должен обладать УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Знать основные клинические проявления, этиологию, патогенез, современную классификацию, методы лечения и профилактики амилоидоза почек;

Уметь провести диагностику и дифференциальную диагностику амилоидоза почек;

Владеть назначением лекарственных препаратов определенных фармакологических групп, с учетом их фармакодинамики, фармакокинетики и побочных эффектов, основными показаниями и противопоказаниями к применению у пациентов с амилоидозом почек.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям

1. К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ

- 1) ревматизм
- 2) деформирующий остеоартроз
- 3) ревматоидный артрит
- 4) подагра

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК1

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИМ АМИЛОИДОЗОМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1) рак желудка
- 2) лимфогранулематоз
- 3) рак легкого
- 4) рак почки

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5

3. ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ, КОТОРЫЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ

- 1) абсолютная лимфопения
- 2) эритроцитоз
- 3) гемолиз
- 4) гипопротейнемия

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5

4. НА РАННИХ СТАДИЯХ АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА БИОПСИЯ

- 1) десны
- 2) слизистой прямой кишки и почек
- 3) печени
- 4) лимфатического узла

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5

5. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРВИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С БИОПСИИ

- 1) ткани десны
- 2) подкожного жира
- 3) слизистой оболочки прямой кишки
- 4) ткани почки

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-5

6. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический пиелонефрит
- 2) хронический гломерулонефрит
- 3) амилоидоз почек
- 4) поликистоз почек

Правильный ответ: 3

УК1, ПК-5

7. ПРИ ВТОРИЧНОМ АМИЛОИДОЗЕ ПРОГНОЗ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

- 1) почек
- 2) надпочечников

- 3) сердечно-сосудистой системы
- 4) периферической нервной системы

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-1, ПК-5

8. К НЕФРОТИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ ПРИВОДИТ

- 1) хронический пиелонефрит
- 2) амилоидоз
- 3) туберкулез легких
- 4) вазоренальная гипертензия

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5

9. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

- 1) артериальная гипотония, отеки, гиперпротеинемия, гематурия
- 2) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, отеки, макрогематурия
- 3) отеки, выраженная протеинурия, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия
- 4) отеки, гиперпротеинемия, гипертриглицеридемия, артериальная гипертензия

Правильный ответ: 3

УК1, ПК-5

10. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ ГЕМОДИАЛИЗУ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1) терминальной сердечно-сосудистой недостаточности
- 2) сердечной недостаточности IIБ стадии
- 3) высокой артериальной гипертензии
- 4) терминальной ХПН

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-8

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Больной Н., 48 лет, поступил с жалобами на боли в правом подреберье, увеличение массы тела на 6 кг за 2 недели, быструю утомляемость, сердцебиение. При клиническом осмотре определяются отеки конечностей, увеличение печени, жидкость в брюшной полости, АД 120/80 мм рт ст, ЧСС 75 в минуту. Моча мутная, непрозрачная, белок 10 г/л.

- 1. Наиболее вероятный диагноз?
- 2. Биопсия каких органов показана для верификации диагноза?
- 3. Какие возможны изменения белкового состава крови?
- 4. Какой диагностический признак проявится при данном заболевании раньше всего?
- 5. Какие изменения внутренних органов можно ожидать при данном заболевании?

УК-1, ПК-5

Задача № 2.

Женщина, 27 лет, обратилась с жалобами на внезапное развитие отеков на голенях и лице, повышение АД до 170/90 мм рт. ст. Объективно: состояние средней степени тяжести, пастозность лица, отеки на нижних конечностях до колена. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ритмичные с ЧСС 78 в мин, АД 160/90 мм рт ст. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Из анамнеза: 1,5 мес. назад перенесла ангину. В анализе крови: гемоглобин 118 г/л, лейкоциты $10,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 30 мм/ч.

В анализе мочи: удельный вес 1030, белок 5,6 г/сутки, лейкоциты 8-10 в п/зр., эритроциты – 10-12 в п/зр, гиалиновые цилиндры 4-5 в п/ зр. Альфа2-глобулины 14%; гаммаглобулины 29%, холестерин 8,9 ммоль/л.

1. О каком синдроме следует думать?
 2. Чем характеризуется нефротический синдром (клинико-лабораторные данные)?
 3. Возможные осложнения нефротического синдрома?
 4. Каков патогенез нефротических отеков?
 5. Какова тактика на догоспитальном этапе?
- УК-1, ПК-5, ПК-6

Задача №3

Больная М., 52 лет, обратилась с жалобами на выраженные отеки, одышку при физической нагрузке, повышение АД до 180/110 мм. рт. ст., уменьшение объема мочи со снижением ее прозрачности, наличие осадка, быструю утомляемость, слабость, сухость кожных покровов, сухость во рту, жажду. Из анамнеза: болеет около 5 лет с постепенным нарастанием симптомов. Повышение АД последние 2 года. Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Выраженные плотно-эластические периферические отеки. АД = 160/110 мм рт ст. При перкуссии легких притупление звука до уровня 3-4 межреберья с обеих сторон. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца глухие, на верхушке систолический шум. Пальпаторно и перкуторно в брюшной полости свободная жидкость.

Данные дополнительных исследований:

Общий анализ крови: Нб 110 г/л эритроциты $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $8 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $240 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок 40 г/л, АСТ 35, АЛТ 25, билирубин 17,5 мкмоль/л, альбумины 35%, холестерин 6,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: количество 50 мл, прозрачность – мутная, белок 8г/л, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты 5-6 в п/з, эпителий плоский 4-6 в п/з, цилиндры гиалиновые, зернистые

1. Ваша диагностическая версия?
2. Выделите основные синдромы.
3. Какие изменения внутренних органов можно ожидать при данном заболевании?
4. Какие инструментальные исследования необходимы в данном случае?
5. Какие изменения в анализе мочи?

УК-1, ПК-5

Задача №4

Больная 50 лет в течение 15 лет страдает хронически гломерулонефритом с периодическими обострениями 1-2 раза в год. Поступила с жалобами на повышение АД до 200/100 мм. рт. ст., отеки нижних конечностей, повышение

массы тела на 4,5 кг, тяжесть в правом подреберье, быструю утомляемость, слабость. При осмотре кожные покровы бледные, лицо отечное, ЧДД 23 в минуту, в легких влажные хрипы, тоны сердца приглушены, акцент II тона на верхушке, ЧСС = 87 в минуту, АД = 210/110 мм. рт. ст. , живот увеличен, при пальпации и перкуссии определяется жидкость в брюшной полости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен, симптом XII ребра слабо положительный с обеих сторон.

1. О каком заболевании следует подумать в первую очередь?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
3. Какие изменения возможны в общем анализе мочи?
4. Какой вариант хронического гломерулонефрита может не сопровождаться обязательным развитием ХПН?
5. Ваша тактика на догоспитальном этапе?

УК-1, ПК-5, ПК-6

Задача № 5.

У больного, 25 лет, полгода назад без видимой причины появились отеки, которые быстро выросли до степени анасарки, повысилось АД, выявлена протеинурия. По месту жительства был поставлен диагноз: острый гломерулонефрит, лечение – гепарин и преднизолон оказались неэффективными. В течение последнего месяца значительное ухудшение зрения. При осмотре: состояние тяжелое, отеки по типу анасарки. АД 230/140 мм рт.ст. В анализе крови: гемоглобин 87 г/л, лейкоциты 5,3, СОЭ 40 мм. Общий анализ мочи: белок 21 г/л эритроциты 30-35 в зр. Проба Зимницкого: 1010 – 1019, суточный диурез 0,8 литра. Биохимические исследования: общий белок 45 г/л, альбумины 22 г/л, холестерин 4,0 ммоль/л, креатинин 450 мкмоль/л, клубочковая фильтрация 40 мл/мин.

1. Выделите синдромы.
2. Ваша диагностическая версия?
3. Каково состояние концентрационной и азотовыделительной функций почек у данного больного?
4. Какова тактика ведения больного?
5. Ваша тактика на догоспитальном этапе?

УК-1, ПК-5, ПК-6

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче №1.

1. Амилоидоз
2. Слизистой прямой кишки и почки
3. Гипоальбуминемия, липопротеидемия
4. Протеинурия
5. Среди других проявлений амилоидоза наблюдаются нарушения функции сердечно-сосудистой системы - кардиомиопатия в условиях катаболизма (в виде гипертензии, различных нарушений проводимости и ритма сердца, сердечной недостаточности), а также желудочно-кишечного тракта (синдром нарушения всасывания). Часто отмечается увеличение печени (жировая дистрофия печени) и селезенки, иногда без явных признаков изменения их функции.

Эталонные ответы к задаче №2.

1. Нефротический синдром.
2. Протеинурия 3,0-3,5 г/сут, гипопротейнемия, гипоальбуминемия, диспротеинемия, гиперфибриногенемия; гиперхолестеринемия, отеки, асцит.
3. Инфекции (бактериальные, вирусные, грибковая); гиповолемический нефротический криз (шок); ОПН; отек мозга, сетчатки, сосудистые осложнения (тромбозы); аллергические проявления.
4. Снижение онкотического давления плазмы, выход жидкости в интерстициальное пространство и, как следствие, повышенная проницаемость для воды. Гиповолемия приводит к задержке натрия и воды, а т.к. онкотическое давление низкое, то солевой раствор распределяется в интерстициальном пространстве, что ведет к развитию отеков.
5. Проведение общеклинических анализов, госпитализация в нефрологическое отделение.

Эталоны ответов к задаче №3.

1. Амилоидоз, нефритическая стадия.
2. Синдромы: анемический, гипертонический, остонефритический, синдром белковой патологии
3. Среди других проявлений амилоидоза наблюдаются нарушения функции сердечно-сосудистой системы-кардиомиопатия в условиях катаболизма (в виде гипертензии, различных нарушений проводимости и ритма сердца, сердечной недостаточности), а также желудочно-кишечного тракта (синдром нарушения всасывания). Часто отмечается увеличение печени (жировая дистрофия печени) и селезенки, иногда без явных признаков изменения их функции.
4. Биопсия слизистой прямой кишки, почек
5. Наличие белка – протеинурия, цвет мутный, эритроцитурия, наличие цилиндров.

Эталоны ответов к задаче №4.

1. Обострение хронического гломерулонефрита, нефротический синдром
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, липидный спектр, К, Na), общий анализ мочи
3. Снижение удельного веса, протеинурия, цилиндрурия
4. Гематурический
5. Провести общеклинические анализы, госпитализировать в нефрологическое отделение стационара

Эталоны ответов к задаче №5.

1. Синдромы: нефротический, гипертонический, хронической почечной недостаточности.
2. Подострый быстропрогрессирующий гломерулонефрит.
3. Гипостенурия, повышение уровня мочевины, креатинина, снижение уровня клубочковой фильтрации свидетельствуют о снижении концентрационной и азотовыделительной функций почек.
4. Патогенетическая, симптоматическая терапия.
5. Проведение общеклинических анализов, госпитализация в нефрологическое отделение

6. Перечень практических умений по теме.

- Иметь навыки сбора анамнеза, физикального обследования больных;

УК-1, ПК-5

- уметь дать оценку клинико-лабораторных показателей амилоидоза,

УК-1, ПК-5

- уметь ставить диагноз и проводить дифференциальную диагностику на основании клинических и лабораторных исследований, определить тактику ведения пациента. УК-1, ПК-5, ПК-2, ПК-6, ПК-9

К-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

7. Примерная тематика НИР по теме

1. Амилоидоз, классификация, клиника амилоидоза с поражением почек, профилактика вторичного амилоидоза
2. Лечение нефротического синдрома и его осложнений. Особенности лечения при амилоидозе почек
3. Трансплантация почек, показания и осложнения.

8.Рекомендованная литература по теме занятия:

-обязательная

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/> ред. С. И. Рябов, СПб. : СпецЛит, 2015.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

-дополнительная

1. Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org>
2. Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437889.html> гл. ред. Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

-Электронные

1. Клинические рекомендации «Диагностика и лечение АА-и AL-амилоидоза» Научное общество нефрологов России, Ассоциация нефрологов России, М.- 2014 <http://psihdocs.ru/klinicheskie-rekomendacii-diagnostika-i-lechenie-aa-i-al-amilo.html>
2. Амилоидоз почек клинические рекомендации, 2015 <http://rakprotiv.ru/amiloidoz-pochek-klinicheskie-rekomendacii-2015/>

1. Индекс ОД.О.01.1.5.83 Тема: «Зачетное занятие»

2.Форма организации занятия:

-Подготовка к практическим занятиям

-Подготовка материалов НИР

3. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. Тестовые задания по теме с эталонами ответов :

001. ИЗОСТЕНУРИЯ – ЭТО

- 1) удельный вес мочи ниже 1008
- 2) 1008-1010
- 3) 1010 – 1030
- 4) 1030 - 1040

Ответ: 2

УК1, ПК5

002. ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия
- 2) умеренная протеинурия макрогематурия, цилиндрурия
- 3) незначительная протеинурия, незначительная глюкозурия
- 4) умеренная протеинурия, умеренная лейкоцитурия, оксалаты ++

Ответ: 1

УК1, ПК5

003. ЦИЛИНДРУРИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) хронического пиелонефрита
- 2) амилоидоза
- 3) гломерулонефрита
- 4) мочекаменной болезни

Ответ: 3

УК1, ПК5

004. ПРОБА НЕЧИПОРЕНКО - ЭТО

- 1) определение количества форменных элементов в минутном объеме мочи
- 2) определение неорганических веществ в моче
- 3) количественный подсчет форменных элементов в суточной моче
- 4) подсчет количества форменных элементов в единице объема мочи

Ответ: 4

УК1, ПК5

005. ПОЯВЛЕНИЕ ФРУКТОВОГО ЗАПАХА МОЧИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) передозировкой аспирина
- 2) присутствием кетоновых тел
- 3) чрезмерным употреблением фруктов накануне
- 4) чрезмерным употреблением овощей накануне

Ответ: 2

УК1, ПК5

006. «МАРШЕВАЯ ПРОТЕИНУРИЯ» МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ У СОВЕРШЕННО ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ

- 1) физической нагрузке и длительной ходьбе
- 2) длительном вертикальном положении
- 3) охлаждении
- 4) стрессах

Ответ: 1

УК1, ПК5

007. ЦВЕТ МОЧИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- 1) светло- желтый

- 2) мутный
 - 3) «мясных помоев»
 - 4) прозрачный
- Ответ: 2
УК1, ПК5

008. ПО НЕЧИПОРЕНКО КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В НОРМЕ

- 1) до 500 /мл
 - 2) до 1000 /мл
 - 3) 1000-3000 /мл
 - 4) более 3000 /мл
- Ответ: 2
УК1, ПК5

009. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА ПРОТЕИНУРИЯ

- 1) 0,033 г/л
 - 2) до 1 г/л
 - 3) 1,5 – 2 г/л
 - 4) более 3,5 г/л
- Ответ: 3
УК1, ПК5

010. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) моча соломенно-желтого цвета
 - 2) удельная плотность 1025
 - 3) лейкоциты +++
 - 4) протеинурия более 3,5 г/л
- Ответ: 4
УК1, ПК5

011. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА

- 1) мужской пол
 - 2) повышение защитных сил организма
 - 3) курение
 - 4) нарушение уродинамики
- Ответ: 4
УК-1 и ПК -5

012. ДИАГНОЗ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ СТАВИТСЯ, ЕСЛИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС РАЗВИЛСЯ НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ

- 1) 48 часов
 - 2) 72 часа
 - 3) 42 часа
 - 4) сразу при поступлении
- Ответ: 1
УК-1 и ПК -5

013. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Образование камней
- 2) Пионефроз
- 3) Паранефрит
- 4) Гидронефроз

Ответ: 2

УК-1 и ПК -5

014. КАКОЕ СУЖДЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНЫМ

- 1) Частым проявлением хронического пиелонефрита является нефротический синдром
- 2) Хронический пиелонефрит приводит к хронической почечной недостаточности
- 3) Определяющее значение в лечении ХП имеет устранение нарушений пассажа мочи
- 4) В осадке мочи больного хроническим пиелонефритом характерно преобладание лейкоцитов

Ответ: 1

УК-1 и ПК -5

015. ИЗ УКАЗАННЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НЕХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

- 1) "+" синдром Ходсона
- 2) Деформация Ч Л С
- 3) Спазм или атония мочеточников
- 4) Наличие кист

Ответ: 4

УК-1 и ПК -5

016. РАЗВИТИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА СПОСОБСТВУЕТ

- 1) Плеврит
- 2) Миокардит
- 3) МКБ
- 4) Гломерулонефрит

Ответ: 3

УК-1 и ПК -5

017. ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПОЧКУ, ВСЕ КРОМЕ:

- 1) мембранный
- 2) коронарный
- 3) по стенке мочеточника
- 4) чрезторакальный

Ответ: 3

УК-1 и ПК -5

018. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПИЕЛОНЕФРИТА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ АНАЛИЗА МОЧИ

- 1) снижение удельного веса
- 2) бактериурия
- 3) лейкоцитурия

4) щелочная реакция мочи

Ответ:3

УК-1 и ПК -5

019. К АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ 1-ОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) Фторхинолоны I поколения
- 2) Фторхинолоны II поколения
- 3) Ингибиторзащищенные пенициллины
- 4) Цефалоспорины II поколения

Ответ:1

УК-1 и ПК -8

020. ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НАЧИНАЕТСЯ С ПРИМЕНЕНИЯ

- 1) Фторхинолонов I поколения
- 2) Фторхинолонов II поколения
- 3) Ингибиторзащищенных пенициллинов
- 4) Цефалоспоринов II-III поколения

Ответ:3

УК-1 и ПК -8

021. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ТЭЛА
- 2) массивное почечное кровотечение
- 3) острая правожелудочковая недостаточность
- 4) олигоурия с ОПН
- 5) РДС-синдром

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5

022. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сепсис
- 2) почечная эклампсия
- 3) кровотечение
- 4) ТЭЛА
- 5) РДС-синдром

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5

023. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГКС ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отеки
- 2) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертензии
- 3) артериальная гипертензия
- 4) макрогематурия
- 5) микрогематурия

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-6

024. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) постельный режим и бессолевая диета
- 2) антибиотики
- 3) цитостатики
- 4) гемодиализ и плазмоферез
- 5) сульфаниламиды

Правильный ответ: 1

УК-1,ПК-6

025. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стафилококк
- 2) клебсиелла
- 3) бета-гемолитический стрептококк группы А
- 4) синегнойная палочка
- 5) пневмококк

Правильный ответ: 3

УК-1,ПК-5

026. ПРИ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) высокий титр антител к антигенам стрептококка и низкий уровень комплемента
- 2) повышение титра почечных аутоантител
- 3) высокий титр антинуклеарных антител
- 4) высокий уровень комплемента
- 5) повышение титра почечных аутоантител и комплемента

Правильный ответ: 1

УК-1,ПК-5

027. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

- 1) протеинурия более 3,5 г/сутки
- 2) гиперазотемия
- 3) гиперальбуминемия
- 4) гиперурикея
- 5) гипергаммаглобулинемия

УК-1,ПК-5

028. ДЛЯ ЛАТЕНТНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) макрогематурии
- 2) нефротического синдрома
- 3) гипертензионного синдрома
- 4) протеинурии и незначительной эритроцитурии
- 5) сердечной недостаточности

Правильный ответ: 4

УК-1,ПК-5

029. ПРИЧИНОЙ ГИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) потеря белков с мочой
 - 2) усиленный синтез бета-глобулинов
 - 3) снижение синтеза белков в печени
 - 4) снижение функции канальцев
 - 5) усиленный катаболизм глобулинов
- УК-1,ПК-5

030. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 10-12 дней
- 2) 3-4 дня
- 3) неделю
- 4) месяц
- 5) 2 месяца

Правильный ответ: 1

УК-1,ПК-5

031. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) протеинурия более 3,5 г/сутки
- 2) гиперазотемия
- 3) гиперальбуминемия
- 4) гиперурикемия

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-5

032. К НЕФРОТИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ ПРИВОДЯТ:

- 1) хронический пиелонефрит
- 2) амилоидоз
- 3) туберкулез легких
- 4) вазоренальная гипертония

Правильный ответ: 2

УК1, ПК-5

033. СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОСЛОЖНЯЮЩИЕСЯ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ:

- 1) системная красная волчанка
- 2) неспецифический аортоартериит
- 3) дерматомиозит
- 4) узелковый полиартериит

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-5

034. ПРИЧИНА ГИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ:

- 1) потеря белков с мочой

- 2) усиленный синтез бета-глобулинов
- 3) снижение синтеза белка в печени
- 4) снижение функции канальцев

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-5

035. ЦИТОСТАТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1) мембранозном нефрите
- 2) узелковом полиартериите
- 3) нагноительных заболеваниях
- 4) амилоидозе

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-6

036. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

- 1) только диуретики;
- 2) инфузии альбумина в сочетании с диуретиками;
- 3) инфузии альбумина в сочетании со спиронолактонами;
- 4) спиронолактоны, инфузии альбумина, диуретики;

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-6

037. ДИЕТА БОЛЬНОГО С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ПРИ НАЛИЧИИ ГИПЕРТОНИИ ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ СОЛИ:

- 1) не более 1 - 2грамм в сутки поваренной соли, обогащена калием и животным белком (доза белка 1 грамм на 1 кг массы тела)
- 2) не более 2-3грамм в день
- 3) количество соли не ограничено
- 4) вообще не употребляет в пищу соль

Правильный ответ: 1

УК1, ПК-9

038. ГЛАВНЫМ «ПУСКОВЫМ ФАКТОРОМ» НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) лейкоцитурия;
- 2) протеинурия;
- 3) гематурия;
- 4) цилиндрурия;

Правильный ответ: 2

УК1, ПК-5

039. ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ТИПЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЦИТОСТАТИКИ:

- 1) Фокально-сегментарный гломерулосклероз, волчаночный нефрит;
- 2) Только при фибропластическом типе;
- 3) Волчаночный нефрит;

4) Фибропластический тип, волчаночный нефрит, фокально-сегментарный гломерулосклероз.;

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-6

040. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ:

1) глюкокортикоиды, антикоагулянты, антибиотики;

2) диуретики, глюкокортикоиды, антикоагулянты;

3) глюкокортикоиды, белковые препараты, антибиотики;

4) глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, антикоагулянты;

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-6

041. КРИТЕРИЕМ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:

1) скорость клубочковой фильтрации > 90 мл/мин

2) скорость клубочковой фильтрации < 60 мл/мин

3) скорость клубочковой фильтрации < 90 мл/мин

4) повышение креатинина сыворотки >130 мкмоль/л

Ответ: 2

УК 1, ПК5

042. МАРКЕРОМ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) протеинурия только более 3г/л

2) альбуминурия - скорость экскреции альбумина с мочой ≥ 30 мг/24 час

3) относительная плотность мочи менее 1015

4) большое количество уратов в моче

Ответ: 2

УК 1, ПК5

043. МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) проба Зимницкого

2) анализ мочи по Нечипоренко

3) УЗИ почек

4) клиренсовый метод с использованием пробы Реберга-Тареева

Ответ: 4

УК 1, ПК5

044. К А2 СТАДИИ ХБП ОТНОСИТСЯ:

1) альбуминурия от 0 до 30 мг/сут

2) альбуминурия от 30 до 300 мг/сут

3) никтурия

4) альбуминурия свыше 300 мг/сут

Ответ: 2

УК 1, ПК5

045. К А3 СТАДИИ ХБП ОТНОСИТСЯ:

1) альбуминурия от 0 до 30 мг/сут

- 2) альбуминурия от 30 до 300 мг/сут
- 3) никтурия
- 4) альбуминурия свыше 300 мг/сут

Ответ: 4

УК 1, ПК5

046. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) стойкое снижение СКФ ниже 15 мл/мин
- 2) стабильное снижение суточного диуреза ниже 300 мл
- 3) повышение уровня креатинина до 500 мкмоль/л.
- 4) снижение гемоглобина менее 100 г/л

Ответ: 1

УК 1, ПК6

047. ПРИ БЕСКОНТРОЛЬНОМ ПРИЕМЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ С ХБП ВОЗМОЖНО:

- 1) снижение уровня калия
- 2) повышение уровня гемоглобина
- 3) повышение уровня калия
- 4) исчезновение отеков

Ответ: 3

УК 1, ПК1

048. КРИТЕРИЕМ СЗА СТАДИИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) СКФ 45-49 мл/мин
- 2) СКФ 30-44 мл/мин
- 3) СКФ < 15 мл/мин
- 4) СКФ 15-29 мл/мин

Ответ: 1

УК 1, ПК5

049. БОЛЬНЫМ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ В ПИТАНИИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРОДУКТЫ:

- 1) с низким содержанием калия
- 2) с высоким содержанием калия
- 2) с низким содержанием белка
- 4) содержащие витамины

Ответ: 2

УК 1, ПК1

050. ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХБП МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

- 1) тахикардию
- 2) полиурию
- 3) нарушение проводимости сердца (блокады, асистолия)
- 4) нарушение дыхания

Ответ: 3

УК 1, ПК5

051. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В МОЧЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кетоновые тела
- 2) желчные пигменты
- 3) амилаза и ураты
- 4) кристаллы мочевой кислоты

Ответ: 1

УК-1, ПК-5

052.НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарастающая протеинурия
- 2) микроальбуминурия
- 3) прогрессирующее снижение клубочковой фильтрации и развитием клиники ХПН
- 4) нефротический синдром

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

053.РАЗВИТИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) феохромоцитомы
- 2) гипертонической болезни
- 3) миеломной болезни
- 4) системной красной волчанки

Ответ: 4

УК-1, ПК-5

054.ЧЕРЕЗ НОРМАЛЬНУЮ БАЗАЛЬНУЮ МЕМБРАНУ НЕ ФИЛЬТРУЮТСЯ

- 1) вода и глюкоза
- 2) глюкоза и электролиты
- 3) электролиты и креатинин
- 4) форменные элементы

Ответ: 4

УК-1, ПК-5

055.К НЕФРОТИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ ПРИВОДИТ

- 1) анемия
- 2) амилоидоз
- 3) хронический пиелонефрит
- 4) ОИМ

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

056.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) сахарном диабете
- 2) ревматических пороках сердца
- 3) отравлении угарным газом
- 4) гипертонической болезни

Ответ: 1

УК-1, ПК-5

057.В КАЧЕСТВЕ РАННЕГО МАРКЕРА ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) мочевины крови
- 2) эритроцитов в моче
- 3) белка альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче
- 4) NT-proBNP – мозгового натрийуретического гормона в крови

Ответ: 3

УК-1, ПК-5

058.ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лейкоцитурия
- 2) протеинурия
- 3) гематурия
- 4) цилиндрурия

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

059.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ИЭ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) очаговый нефрит
- 2) диффузный нефрит
- 3) амилоидоз
- 4) инфаркт почки

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

060.ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1) стойкой протеинурии
- 2) нефротического синдрома
- 3) почечной гиперfiltrации
- 4) высокой гипертензии

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5

061. ДЛЯ ДИАГНОЗА СКВ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аллопедия
- 2) гипер-γ-глобулинемия
- 3) повышенный титр анти-ДНК антител
- 4) синдром Рейно

Ответ: 3

УК-1, ПК-5

062.ОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ СКВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧАСТЫМ РАЗВИТИЕМ ПОРАЖЕНИЯ

- 1) крови, лимфатических узлов и слюнных желез
- 2) сердца и ЖКТ
- 3) легких и сердца

4) почек и ЦНС

Ответ: 4

УК-1, ПК-5

063.У 45-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ЧЕРЕЗ 7 МЕСЯЦЕВ ПРИЕМА КУПРЕНИЛА (ПЕНИЦИЛЛАМИНА) И ПРЕДНИЗОЛОНА РАЗВИЛСЯ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ЕГО РАЗВИТИЯ

1) истинная склеродермическая почка

2) лекарственная нефропатия

3) гломерулонефрит

4) амилоидоз

Ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

064.ДЛЯ СКВ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1) гемолитической анемии

2) лейкоцитоза

3) лимфоцитоза

4) эозинофилии

Ответ: 1

УК-1, ПК-5

065.ДЛЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1) выраженной лейкоцитурии

2) протеинурии и гематурии

3) высокого удельного веса мочи

4) гиперурикемии и пиурии

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

066.БОЛЬНАЯ 25-И ЛЕТ С СКВ И ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ПОЧЕК (НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ) В ТЕЧЕНИЕ 2-Х МЕСЯЦЕВ ПОЛУЧАЕТ ПРЕДНИЗОЛОН В ДОЗЕ 60 МГ/СУТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

1) тромбоцитопения

2) синдром Рейно

3) эритема на щеках и носу

4) некроз головки бедренной кости

Ответ: 5

УК-1, ПК-5, ПК-6

067.ПРИ СКВ

1) поражение почек встречается редко

2) выявляются антинуклеарные антитела

3) отсутствуют эффективные методы лечения

4) не развивается полиартрит

Ответ: 2

УК-1, ПК-5

068. РАЗВИТИЕ ФИБРОЗА ПРИ ССД ПОДАВЛЯЕТ

- 1) делагил
- 2) азатиоприн
- 3) преднизолон
- 4) пеницилламин

Ответ: 4

УК-1, ПК-6

069.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) узелковом полиартериите
- 2) болезни Каваски
- 3) синдроме Черджа-Стросс
- 4) темпоральном артериите

Ответ: 1

УК-1, ПК-5

070.НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СЗСТ

- 1) мезангиальный пролиферативный волчаночный нефрит
- 2) латентный гломерулонефрит
- 3) склеродермическая почка
- 4) пиелонефрит

Ответ: 3

УК-1, ПК-5

071.К РАЗВТИТЮ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ

- 1) ревматизм
- 2) деформирующий остеоартроз
- 3) ревматоидный артрит
- 4) подагра

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК1

072.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИМ АМИЛОИДОЗОМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1) рак желудка
- 2) лимфогранулематоз
- 3) рак легкого
- 4) рак почки

Правильный ответ: 2

УК1, ПК-5

073.ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ, КОТОРЫЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ

- 1) абсолютная лимфопения
- 2) эритроцитоз
- 3) гемолиз

4) гипопротеинемия
Правильный ответ: 4
УК1, ПК-5

074. НА РАННИХ СТАДИЯХ АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА БИОПСИЯ

- 1) десны
- 2) слизистой прямой кишки и почек
- 3) печени
- 4) лимфатического узла

Правильный ответ: 2
УК-1, ПК-5

075. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРВИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С БИОПСИИ

- 1) ткани десны
- 2) подкожного жира
- 3) слизистой оболочки прямой кишки
- 4) ткани почки

Правильный ответ: 1
УК1, ПК-5

076. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический пиелонефрит
- 2) хронический гломерулонефрит
- 3) амилоидоз почек
- 4) поликистоз почек

Правильный ответ: 3
УК1, ПК-5

077. ПРИ ВТОРИЧНОМ АМИЛОИДОЗЕ ПРОГНОЗ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

- 1) почек
- 2) надпочечников
- 3) сердечно-сосудистой системы
- 4) периферической нервной системы

Правильный ответ: 1
УК1, ПК-1, ПК-5

078. К НЕФРОТИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ ПРИВОДИТ

- 1) хронический пиелонефрит
- 2) амилоидоз
- 3) туберкулез легких
- 4) вазоренальная гипертензия

Правильный ответ: 2
УК-1, ПК-5

079. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

- 1) артериальная гипотония, отеки, гиперпротеинемия, гематурия
- 2) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, отеки, макрогематурия
- 3) отеки, выраженная протеинурия, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия
- 4) отеки, гиперпротеинемия, гипертриглицеридемия, артериальная гипертензия

Правильный ответ: 3

УК1, ПК-5

080. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ ГЕМОДИАЛИЗУ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1) терминальной сердечно-сосудистой недостаточности
- 2) сердечной недостаточности IIБ стадии
- 3) высокой артериальной гипертензии
- 4) терминальной ХПН

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-8

081. НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- 1) ТЭЛА
- 2) массивное почечное кровотечение
- 3) острая правожелудочковая недостаточность
- 4) олигоурия с ОПН

Правильный ответ: 4

УК1, ПК-5

082. НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- 1) сепсис
- 2) почечная эклампсия
- 3) кровотечение
- 4) ТЭЛА

Правильный ответ: 2

УК1, ПК-5

083. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГКС ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:

- 1) отеки
- 2) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертензии
- 3) артериальная гипертензия
- 4) макрогематурия

Правильный ответ: 2

УК1, ПК-6

084. КАКИЕ ОБЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОКАЗАНЫ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ:

- 1) постельный режим и бессолевая диета
- 2) длительная антибиотикотерапия
- 3) цитостатическая терапия
- 4) гемодиализ

Правильный ответ: 1

УК1,ПК-6

085. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- 1) стафилококк
- 2) клебсиелла
- 3) бета-гемолитический стрептококк группы А
- 4) синегнойная палочка

Правильный ответ: 3

УК1,ПК-5

086. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:

- 1) высокие титры антител к антигенам стрептококка и низкий уровень комплемента
- 2) повышение титра почечных аутоантител
- 3) наличие антинуклеарных антител
- 4) высокий уровень комплемента

Правильный ответ: 1

УК1,ПК-5

087.ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

- 1) активация гуморальных иммунных процессов
- 2) продукция медиаторов воспаления
- 3) коагуляционный механизм
- 4) все верно

Правильный ответ: 4

УК1,ПК-5

088 ДЛЯ ЛАТЕНТНОГО ВАРИАНТА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) гематурический (макрогематурия)
- 2) нефротический
- 3) гипертонический
- 4) мочевого (протеинурия, незначительная эритроцитурия)

Правильный ответ: 4

УК1,ПК-5

089. ЧТО НЕ ПОДВЕРГАЕТСЯ ФИЛЬТРАЦИИ ЧЕРЕЗ НОРМАЛЬНУЮ БАЗАЛЬНУЮ МЕМБРАНУ:

- 1) вода
- 2) глюкоза
- 3) электролиты
- 4) форменные элементы крови

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК5

090. В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ:

1) 10-12 дней

2) 3-4 дня

3) неделя

4) месяц

Правильный ответ: 1

УК1,ПК-5

4. Рекомендованная литература по теме занятия:

-обязательная

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/> ред. С. И. Рябов ,СПб. : СпецЛит, 2015.

2.Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

3.Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html> ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

-дополнительная

1. Классификации заболеваний внутренних органов [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/read/klassifikacii-zabolevanij-vnutrennih-org>

2.Нефрология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437889.html> гл. ред. Н. А. Мухин М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

-Электронные

1.ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

2.ЭБС Айбукс

3.<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi/klass-xiv-bolezni-mohopolovoi-sistemy-n00-n99>

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.84 Тема занятия «Методы обследования больных с заболеваниями органов кроветворения».

2. Форма работы: подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Что включает в себя объективное обследование больного?
УК-1, ПК-5
2. Что включает в себя клинический анализ крови?
УК-1, ПК-5
3. Что позволяет изучить стерильная пункция?
УК-1, ПК-5
4. В чем преимущество трепанобиопсии?
УК-1, ПК-5
5. С какой целью производят пункцию увеличенных лимфоузлов?
УК-1, ПК-5
6. В чем преимущество биопсии лимфотического узла перед пункционной биопсией?
УК-1, ПК-5
7. На чем основан метод Иммунофенотипирования?
УК-1, ПК-5
8. Что позволяет выявить метод FISH?
УК-1, ПК-5
9. Дать понятие агранулоцитоз
УК-1, ПК-5
10. Уровень общего белка в норме
УК-1, ПК-5
11. При каких состояниях отмечается повышенный уровень общего белка?
УК-1, ПК-5
12. При каких состояниях отмечается снижение уровня общего белка?
УК-1, ПК-5
13. Уровень тромбоцитов в норме
УК-1, ПК-5
14. Обследования, необходимые для диагностики геморрагического синдрома
УК-1, ПК-5

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. СИНДРОМ, НЕ ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ В ГЕМАТОЛОГИИ

- 1) Анемический
- 2) Ангинозный
- 3) Плеторический
- 4) Сидеропенический
- 5) Гиперпластический

Правильный ответ: 2
ПК-5

2. СИМПТОМ, НЕ ВХОДЯЩИЙ В СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) Истончение ногтевых пластинок
- 2) Некротическая ангина
- 3) Боли в костях
- 4) Гиперемия кожи лица, верхней половины туловища
- 5) Увеличение селезенки

Правильный ответ: 1
ПК-5

3. СИМПТОМ, ВХОДЯЩИЙ В ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) Ретикулоцитоз
- 2) Патологические переломы
- 3) Желание есть мел, известку
- 4) Бледность кожных покровов и слизистых
- 5) Кожный зуд после водных процедур

Правильный ответ: 5
ПК-5

4. СИМПТОМ, ВХОДЯЩИЙ В ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) Увеличение селезенки
- 2) Ретикулоцитоз
- 3) Увеличение непрямого билирубина
- 4) Желтушность кожных покровов
- 5) Все перечисленные

Правильный ответ: 5
ПК-5

5. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Определение числа эритроцитов
- 2) Определение числа лейкоцитов
- 3) Соотношение отдельных форм лейкоцитов
- 4) Определение числа тромбоцитов
- 5) Все перечисленное

Правильный ответ: 5
ПК-5

6. ПАТОЛОГИЮ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ ОТРАЖАЕТ

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 1
ПК-5

7. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ ОТРАЖАЕТ:

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 2

ПК-5

8. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СОСТАВЕ КОСТНОГО МОЗГА ПОЛУЧАЮТ ПРИ

- 1) Морфологическом исследовании костного мозга (стеральной пункции)
- 2) Трепанобиопсии крыла подвздошной кости
- 3) Пункции лимфатических узлов
- 4) Морфологическом исследовании крови
- 5) Все перечисленное верно

Правильный ответ: 2

ПК-5

9. ТИПЫ КРОВОТОЧИВОСТИ ПО БАРКАГАНУ

- 1) Петехиально-пятнистый
- 2) Гематомный
- 3) Гематомно-пятнистый
- 4) Васкулитно-пурпурный
- 5) Ангиоматозный.

Правильный ответ: 5

ПК-5

10. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ЛИШЬ

- 1) у больной, отмечающей в течение нескольких лет геморрагии, «синяки» на коже при нормальном содержании лейкоцитов и гемоглобина
- 2) у больного с гепато - лиенальным синдромом, портальной гипертензией, геморрагиями на коже, носовыми кровотечениями, анемией, лейкопенией
- 3) у больной с рецидивирующей ТЭЛА, получающей лечение гепарином, при нормальных показателях гемоглобина и лейкоцитов
- 4) у больную с геморрагическим синдромом, возникшим около месяца назад (носовые, десневые кровотечения, кожные геморрагии), с анемией и нейтропенией
- 5) все перечисленное

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

5.Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1.

У больной 32 лет головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышка при ходьбе. Непреодолимое желание есть мел. Месячные нерегулярные, периодически бывают обильными. Бледна, волосы ломкие, ногти истончены,

исчерчены. ЧСС – 84 в мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Гемоглобин 64 г/л, ЦП – 0,7, формула без патологии.

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Каким биохимическим показателем следует подтвердить диагноз?
3. Осмотр какого специалиста обязателен у данной пациентки?
4. Препараты какой группы вы назначите больной? Каков путь введения?
5. Оправданна ли гемотрансфузия в данной ситуации?

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №2

Мужчина 25 лет, госпитализирован по поводу кровотечения из десен, лихорадки, общей слабости, одышки при ходьбе. Заболел неделю назад. Температура 39⁰С. Выраженная бледность, симметричное увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Множественные петехии и подкожные кровоизлияния. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧСС – 100 в мин, АД – 110/60 мм рт.ст. На верхушке – систолический шум, не проводится в левую подмышечную область. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин – 56 г/л, ретикулоциты – 0,1%, тромбоциты – 20×10^9 /л, лейкоциты – $2,1 \times 10^9$ /л, эоз. – 1%, баз. - 1%, нейтр. – 30%, лимф. – 62%, мон. – 6%, бласты – 3%. СОЭ – 47 мм/ч.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какой метод обследования наиболее важен для постановки диагноза?
3. Какова вероятность наличия у больного хронического лейкоза?
4. Чем обусловлен геморрагический синдром?
5. Чем вызвана лихорадка?

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №3

Больной 57 лет, болен около 8 лет, имелись многократные обострения, по поводу которых назначались какие-то химиопрепараты, названия которых не помнит. Основным проявлением болезни является потливость, увеличение периферических лимфоузлов до 3-4 см, узлы безболезненные, неплотные. Увеличен живот, пальпируется печень (+ 4 см), селезенка (+ 8 см). В анализе крови: лейкоциты – $44,2 \times 10^9$ /л, формула – 88% лимфоцитов, 2% пролимфоцитов, 10% нейтрофилов, тени Боткина-Гумпрехта. Два дня назад отметил, что появилась желтушность склер, стала нарастать слабость, одышка, сердцебиение. Гемоглобин со 130 г/л упал до 86 г/л, в крови появился ретикулоцитоз 9%.

1. Наличие каких синдромов можно выделить у больного?
2. Каков основной диагноз у данного пациента?
3. Какого генеза развившаяся у больного анемия?
4. Как подтвердить природу анемического синдрома?
5. Возможна ли подобная картина при циррозе печени?

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 4.

Мужчина 22 лет обратился по поводу неприятных ощущений в левом подреберье, особенно при физической нагрузке. Брат больного был оперирован в возрасте 16 лет по поводу желчекаменной болезни. Объективно: рост 165 см, масса тела – 59 кг. Короткие мизинцы. Субиктеричность склер. Селезенка на 2 см ниже реберной дуги. В остальном – без особенностей. Анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 8%, тромбоциты – норма. Микросфероцитоз. Билирубин – 36 мкмоль/л, свободный – 31 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

1. О чем свидетельствует высокий уровень ретикулоцитов?
 2. Ваш предположительный диагноз?
 3. Что противоречит диагнозу синдром Жильбера?
 4. Какие дополнительные исследования следует провести больному?
 5. Тактика лечения?
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 5.

Больной 64 лет обратился с жалобами на появившиеся неделю назад повторные носовые кровотечения, мелкоточечную сыпь на голених и бедрах. В течение примерно 2-х лет начали увеличиваться в размерах шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы. К врачам до последнего времени не обращался.

Объективно: астенического телосложения. Температура тела 36,4 градусов С. На коже голених, бедер – множественная петехиальная сыпь около 1-2 мм. Диффузно и симметрично увеличены шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы (до 2,5 см в диаметре), мягко-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и кожей. В легких дышане везикулярное, хрипов нет. ЧСС – 80 в мин, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень (+) 3 см из-под реберного края, селезенка (+) 4 см, мягко-эластической консистенции.

В анализе крови: гемоглобин – 114 г/л, эр. – $4,0 \times 10^9$ /л, ЦП – 1,0, ретикулоциты – 1,2%, тромбоциты – 20×10^9 /л, лейкоциты – $67,9 \times 10^9$ /л, формула – 91% лимфоцитов, 3% пролимфоцитов, 6% нейтрофилов, тени Боткина-Гумпрехта.

1. Наличие каких синдромов можно выделить у больного?
 2. Что собой представляют «тени Боткина-Гумпрехта»?
 3. Каков основной диагноз у данного пациента?
 4. Какого генеза развившаяся у больного тромбоцитопения?
 5. Что является терапией первого ряда для купирования геморрагического синдрома?
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче №1.

1. Наиболее вероятный диагноз – хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия тяжелой степени на почве меноррагий.

2. Следует определить уровень сывороточного железа (ожидается пониженный уровень).
3. Обязателен осмотр гинеколога.
4. Препараты железа внутрь (например, сорбифер дурулес по 1 таб. 2 раза в день).
5. Учитывая отсутствие гемодинамических нарушений, гемотрансфузии не показаны.

Эталоны ответов к задаче №2

1. Острый лейкоз.
2. Стернальная пункция.
3. В пользу острого, а не хронического лейкоза свидетельствует наличие в лейкоцитарной формуле «лейкемического провала».
4. В первую очередь геморрагический синдром обусловлен выраженной тромбоцитопенией.
5. Наиболее вероятно, лихорадка вызвана синдромом опухолевой интоксикации, однако следует исключить синдром инфекционных осложнений (пневмонию, сепсис).

Эталоны ответов к задаче №3

1. Гепатолиенальный синдром, синдром лимфаденопатии, синдром гемолитической анемии.
2. Хронический лимфолейкоз.
3. Вторичная аутоиммунная гемолитическая анемия.
4. Исследовать уровень билирубина (ожидается повышение за счет свободной фракции), произвести прямую пробу Кумбса.
5. Нет, выраженный лейкоцитоз с преобладанием клеток лимфоидного ряда, наличие теней Боткина-Гумпрехта, диффузная лимфаденопатия – типичны для хронического лимфолейкоза и нехарактерны для цирроза печени.

Эталоны ответов к задаче №4

1. О гемолитическом характере анемии.
2. Наследственная сфероцитарная гемолитическая анемия (болезнь Минковского-Шоффара).
3. Наличие гемолиза и спленомегалии.
4. Осмотическая резистентность эритроцитов (снижение), стернальная пункция (раздражение красного ростка), УЗИ желчного пузыря – для исключения холелитиаза.
5. Метод выбора – спленэктомия.

Эталоны ответов к задаче №5

1. Геморрагический, гепатолиенальный, синдром лимфаденопатии, гематологический.
2. Полуразрушенные клетки лимфоидного ряда (чисто лабораторный феномен).
3. Хронический лимфолейкоз.

4. Наиболее вероятно, имеет место вторичная аутоиммунная тромбоцитопения (при хроническом лимфолейкозе нередко развиваются аутоиммунные конфликты).
5. Глюкокортикоиды.

6.Перечень и стандарты практических умений.

1. Иметь навыки сбора анамнеза
УК-1, ПК-1
2. Иметь навыки физикального обследования больных
УК-1, ПК-1
3. Уметь дать оценку гематологических показателей (гемограммы, миелограммы)
ПК-5
4. Уметь ставить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований
ПК-5
5. Уметь назначить адекватное лечение
ПК-6

7. Рекомендуемая литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни: учебник: в 2 т	ред. Н. А. Мухин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
2	Основы медицинской диагностики внутренних болезней : учеб. пособие	Богатырев В. Г.	М.: ЭКСМО, 2008
3	Внутренние болезни (клинические разборы): учебник: в 2 т.	ред. Н. А. Мухин	М.: Литтерра, 2010
4	Кардиология. Гематология	ред. Н. А. Бун [и др.].	М.: Рид Элсивер, 2009

5	Клиническая гематология: рук. для врачей	ред. А. Н. Богданов [и др.]	СПб.: Фолиант, 2008
6	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: рук. для врачей	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В..	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008
7	Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: рук. для практикующих врачей	ред. А. И. Воробьева.	М.: Литтерра, 2009
8	Планы ведения больных [Электронное издание]. – CD.	-	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Законодательные и нормативно-правовые документы

№ п/п	Вид документа	Принявший орган	дата	номер	Название документа
1	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	от 24 декабря 2010 г	N 1183н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»
2	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития РФ	от 23 марта 2011 г.	N 233н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»

1. Индекс ОД. О.01.1.6.85 Тема занятия: «Депрессии кроветворения».

2. Форма работы: подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

- 1) Состав крови
УК-1, ПК-5
- 2) На какие группы подразделяются депрессии кроветворения?
УК-1, ПК-5
- 3) Что такое гемопоэз?
УК-1, ПК-5
- 4) Теории кроветворения
УК-1, ПК-5
- 5) Какие клетки называются стволовыми?
УК-1, ПК-5
- 6) Виды кроветворения
УК-1, ПК-5
- 7) Где локализуется примитивна стволовая кроветворная клеток?
УК-1, ПК-5
- 8) Виды трансплантации костного мозга.
УК-1, ПК-5, ПК-6
- 9) Показания к проведению трансплантации
УК-1, ПК-5
- 10) Недостатки трансплантации
УК-1, ПК-5
- 11) Понятие нейтропения
УК-1, ПК-5
- 12) Степени тяжести нейтропении и их характеристика
УК-1, ПК-5
- 13) Клинические проявления нейтропении
УК-1, ПК-5
- 14) Понятие агранулоцитоза
УК-1, ПК-5
- 15) Лечение агранулоцитоза
УК-1, ПК-5, ПК-6

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

1. У БОЛЬНОЙ ВНЕЗАПНО ЛИХОРАДКА, СЛАБОСТЬ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ДИАГНОСТИРОВАН ГРИПП. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ 131 ЭР.4,5 МЛН., ЛЕЙКОЦИТЫ 21,9 МИЕЛОЦИТЫ 1 МЕТАМИЕЛ. 10 П/Я 12 С/Я 28 ЭОЗ. 2 ЛИМФ. 44 МОН. 3 СОЭ 12. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) хронический лимфолейкоз
- 2) острый лимфолейкоз
- 3) лимфогранулематоз
- 4) лимфоцитома

5) лейкомоидная реакция

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

2. ГАПТЕНОВЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ

1) вызывается цитостатиками

2) вызывается анальгетиками и сульфаниламидными препаратами

3) вызывается дипиридамолом

4) Все перечисленное

5) Ничего из перечисленного

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

3. У БОЛЬНОГО ПОХУДАНИЕ, СЛАБОСТЬ, ОДЫШКА, УМЕРЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ И ПОДМЫШЕЧНЫХ Л/УЗЛОВ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫХ, ПОДВИЖНЫХ. НВ 120 ЭР. 3,7 ЛЕЙКОЦИТЫ 117,0 ИЗ НИХ 61% ЛИМФОЦИТОВ ЗРЕЛЫХ ФОРМ. СОЭ 19. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1) острый лимфолейкоз

2) хронический лимфолейкоз

3) лимфогранулематоз

4) лимфосаркома

5) лейкомоидная реакция

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

4. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПОВЫШЕННОГО ГЕМОЛИЗА

1) гипохромная анемия

2) увеличение прямого билирубина

3) насыщенный цвет мочи

4) желтуха с зудом

5) высокий ретикулоцитоз

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

5. У ДЕВУШКИ 2 НЕДЕЛИ ЛЕГКИЕ КРОВОПОДТЕКИ, БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ. БЛЕДНОСТЬ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, ГЕМОГЛОБИН 70 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 2.0, ТРОМБОЦИТЫ 15,0. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

1) острый лейкоз

2) апластическая анемия

3) наследственный сфероцитоз

4) железодефицитная анемия

5) гемолитическая анемия

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

6. У БОЛЬНОЙ МНОЖЕСТВЕННЫЕ СПОНТАННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ПО ОРГАНАМ БЕЗ

ОСОБЕННОСТЕЙ. СИМПТОМЫ ЖГУТА, ЩИПКА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ.
ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- 1) гемофилия
- 2) болезнь Рандю-Ослера
- 3) тромбоцитопения
- 4) геморрагический васкулит
- 5) дефицит факторов протромбинового комплекса

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

7. ПАНЦИТОПЕНИЯ НЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1) В12-дефицитная анемия
- 2) апластическая анемия
- 3) острый алейкемический лейкоз
- 4) гемолитическая анемия
- 5) пароксизмальная ночная гемоглобинурия

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

8. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА АНЕМИИ У БОЛЬНОЙ 72 ЛЕТ С ГЕМОГЛОБИНОМ 81 Г/Л И ЦВЕТОВЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ 1,2 НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) осмотическая резистентность эритроцитов
- 2) уровень прямого и непрямого билирубина
- 3) содержание железа сыворотки крови
- 4) стерильная пункция
- 5) верно все перечисленное

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

9. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) биопсию лимфоузла
- 2) стерильную пункцию
- 3) пункцию селезенки
- 4) подсчет ретикулоцитов
- 5) исследовать уровень ферритина сыворотки

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

10. НЕВЕРНО В ОТНОШЕНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА

- 1) лихорадка с или без озноба
- 2) язвенно-некротические поражения рта и глотки
- 3) тромбоцитопения
- 4) генерализованная геморрагическая сыпь
- 5) септицемия

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1.

Больная Ф., 43 лет, работала маляром 15 лет, имела контакт с ароматическими углеводородми, включая бензол. 5 лет назад стала отмечать нарастающую общую слабость, утомляемость на работе, в последние 3 года обильные и длительные менструации, появление спонтанных синяков на коже. При осмотре; пониженного питания, кожа бледная, экхимозы. Лимфоузлы не увеличены. АД 110/70 мм рт ст, пульс 96 в мин.

Анализ крови: НЬ-88г/л, эр.- $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, ретикул.-2%, тромб.- $90 \cdot 10^9$ /л, лейкоц.- $4,6 \cdot 10^9$ /л, п/я-3%, с/я-37%, лимф.-44%, эоз.-8%, мон.-8%.

1. Какие исследования необходимы для постановки диагноза?
2. Прокомментируйте гемограмму.
3. Выделите синдромы
4. Какие изменения должны быть в миелограмме, для постановки диагноза острый лейкоз?
5. Тактика ведения пациентки?
УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 2.

Больной, 61 года, жалуется на потливость, слабость, увеличение лимфоузлов, гнойничковые высыпания на коже. Впервые отметил увеличение лимфоузлов год назад, но не придал этому значения. В последнее время самочувствие ухудшилось, выросла слабость, появились высыпания на коже. Объективно: правильного телосложения, питание сохранено. Кожные покровы влажные, липкие, на коже множество гнойничков. Пальпируются все группы периферических лимфоузлов (шейные, подмышечные, паховые). Узлы плотновато - эластической консистенции, безболезненные, не спаянные между собой и подкожной клетчатой. В легких перкуторно коробочный звук, аускультативно жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы. Сердце - тоны приглушены, ритмичные. ЧСС 82 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, селезенка выступает из-под реберной дуги на 6 см. Анализ крови: гемоглобин 100 г/л эритроциты $3,3 \cdot 10^{12}$ лейкоциты $96,2 \cdot 10^9$ тромбоциты $123,4 \cdot 10^9$ СОЭ 40 мм. Формула п/я 1 с/я 10 лимфоциты 84 пролимфоциты 3 лимфобласты 2. Тени Гумпрехта 33 на 100 лейкоцитов.

1. Сформулируйте основной диагноз и стадию.
2. Какая сопутствующая патология есть у данного больного?
3. Наметьте план дообследования больного.
4. Что могло стать причиной анемии?
5. План лечения
УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №3

Больной. 57 лет, болен около 8 лет, были многократные обострения, по поводу которых лечился преднизолоном и хлорбутином. Основным проявлением болезни является потливость, увеличение периферических лимфоузлов до 3 - 4 см, узлы безболезненные, неплотные. Увеличен живот, пальпируются печень (+ 4 см) и селезенка (+ 8 см). В анализе крови: лейкоциты 44,2. Формула 88 % лимфоцитов 2% пролимфоцитов 10% нейтрофилов, тромбоциты- $85 \cdot 10^9$ /л. Получает терапию в стационаре. Два дня назад отметил, что потемнела моча,

появилась желтушность склер, стала нарастать слабость. Гемоглобин со 130 г/л упал до 86 г/л. В крови появился ретикулоцитоз - 9%.

1. Выделите клинические синдромы и сформулируйте основной диагноз.
2. Дайте характеристику гемограммы.
3. Что могло стать причиной цитопении?
4. Наметьте план уточнения диагноза осложнения.
5. Тактика лечения больного.

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 4.

Мужчина, 25 лет, госпитализирован по поводу кровотечения из десен, лихорадки, общей слабости, одышки при ходьбе. Заболел неделю назад. Температура 39°C. Бледность, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Множественные петехии и подкожные кровоизлияния. Пульс 100 в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. На верхушке сердца дующий систолический шум. Печень и селезенка не прощупываются. Анализ крови: Нв 56 г/л, лейкоциты $2,3 \times 10^9/\text{л}$ эозинофилы 1% базофилы 1% сегментоядерные нейтрофилы 30% лимфоциты 62% моноциты 6% ретикулоциты 0,1% тромбоциты $33,4 \times 10^9/\text{л}$.

1. Выделите ведущие синдромы
2. Перечислите, когда они могут быть
3. Как подтвердить диагноз?
4. Принцип лечения
5. прогноз?

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 5.

Поступил больной, 18 лет, с жалобами на слабость, носовые кровотечения, боли при глотании. Болен неделю. Объективно: бледен, на коже разнообразные кровоизлияния, на мягком небе некроз в диаметре 1 см. Пальпируется край плотной селезенки.

1. Выделите клинические синдромы.
2. Назовите заболевания, при которых они могут встречаться.
3. План обследования для уточнения диагноза.
4. Принцип лечения
5. прогноз?

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче №1.

1. Стернальная пункция.
2. Гипохромная анемия легкой степени тяжести, тромбоцитопения.
3. Анемический, геморрагический, интоксикационный.
4. Более 20% бластов.
5. При подтверждении острого лейкоза- госпитализация в стационар, для проведения ХТ.

Эталонные ответы к задаче № 2.

1. Хронический лимфоидный лейкоз, прогрессирующая форма, обострение.
2. Хронический обструктивный бронхит, эмфизема, пневмосклероз.

3. Стернальная пункция, рентгенография органов грудной клетки.
4. Поражение костного мозга опухолью
5. Хлорбутин 6 мг в день, преднизолон 1мг/кг в день, антибактериальная терапия.

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Лимфоаденопатия, гепато-спленомегалия, анемический, интоксикационный. ХЛЛ, прогрессирующая форма, обострение.
2. Анемия легкой степени тяжести, тромбоцитопения
2. Аутоиммунная гемолитическая анемия. 1. Тромбоцитопения - осложнение химиотерапии. 2. Опухолевая прогрессия.
3. Билирубин, проба Кумбса, повторно ретикулоциты.
4. Преднизолон в большой дозе, циклофосфан (можно схему ЦВП).

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. Анемический, интоксикационный, геморрагический, лимфоаденопатия
2. Острый лейкоз, менее вероятная апластическая анемия.
3. Стернальная пункция, цитохимия, фенотипирование
4. Если подтвердится диагноз острый лейкоз, полихимиотерапия соответственно морфологическому варианту
5. при подтверждении диагноза апластическая анемия прогноз более благоприятен

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. Геморрагический, язвенно-некротический, спленомегалический.
2. Острый лейкоз, апластическая анемия
3. Развернутый анализ крови, стерная пункция, типирование (бластных) клеток.
4. Если подтвердится диагноз острый лейкоз, полихимиотерапия соответственно морфологическому варианту
5. неблагоприятный

6. Перечень и стандарты практических умений.

1. Иметь навыки сбора анамнеза
УК-1, ПК-1
2. Иметь навыки физикального обследования больных
УК-1, ПК-1
3. Уметь дать оценку гематологических показателей (гемограммы, миелограммы)
ПК-5
4. Уметь ставить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований
ПК-5
5. Уметь назначить адекватное лечение
ПК-6

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Влияние химических факторов в развитии депрессии кроветворения
2. Влияние физических факторов в развитии депрессии кроветворения
3. Роль бензола в развитии депрессии кроветворения

8. Рекомендуемая литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни: учебник: в 2 т	ред. Н. А. Мухин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
2	Основы медицинской диагностики внутренних болезней : учеб. пособие	Богатырев В. Г.	М.: ЭКСМО, 2008
3	Внутренние болезни (клинические разборы): учебник: в 2 т.	ред. Н. А. Мухин	М.: Литтерра, 2010
4	Кардиология. Гематология	ред. Н. А. Бун [и др.].	М.: Рид Элсивер, 2009
5	Клиническая гематология: рук. для врачей	ред. А. Н. Богданов [и др.]	СПб.: Фолиант, 2008
6	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: рук. для врачей	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В..	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008
7	Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: рук. для практикующих врачей	ред. А. И. Воробьева.	М.: Литтерра, 2009
8	Планы ведения больных [Электронное издание]. – CD.	-	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Законодательные и нормативно-правовые документы

№ п/п	Вид документа	Принявший орган	дата	номер	Название документа
1	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	от 24 декабря 2010 г	N 1183н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»
2	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития РФ	от 23 марта 2011 г.	N 233н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.86 Тема: «Гемобластозы и лейкомоидные реакции»

2. Форма работы: подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Перечислите клинические синдромы в гематологии
УК-1, ПК-1
2. Что относится к гемобластозам?
ПК-1, ПК-2
3. На какие системные заболевания подразделяют гемобластозы?
ПК-5, ПК-6
4. В чем существенное отличие лимфом от лейкозов?
ПК-5, ПК-6
5. Что такое лимфома?
ПК-2, ПК-5
6. Какая группа заболеваний занимает первое место среди гемобластозов?
ПК-6, ПК 8
7. Что является причиной развития гемобластозов?
ПК-6, ПК 8
8. На какие группы подразделяются лейкозы?
ПК-6, ПК 8

9. Выделите основные синдромы в клинической картине острых лейкозов

ПК-5, ПК-6

10. Назовите клинические проявления эритремии

ПК-5, ПК-6

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. НА РАННИХ СТАДИЯХ ЭРИТРЕМИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПЛЕТОРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) систематических гемозксфузий
- 2) комбинированной цитостатической терапии
- 3) витаминотерапии
- 4) спленэктомии
- 5) глюкокортикоидов

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

2. ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРЕМИИ

- 1) лейкопения
- 2) снижение количества тромбоцитов
- 3) спленомегалия
- 4) высокий уровень эритропоэтина сыворотки
- 5) желтушность кожных покровов

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

3. НАЛИЧИЕ “ЛЕЙКЕМИЧЕСКОГО ПРОВАЛА” ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) острого лейкоза
- 2) хронического лейкоза
- 3) лейкемоидной реакции миелоидного типа
- 4) лейкемоидной реакции лимфоидного типа
- 5) правильного ответа нет

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

4. У ДЕВУШКИ 2 НЕДЕЛИ ЛЕГКИЕ КРОВОПОДТЕКИ, БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ. БЛЕДНОСТЬ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, ГЕМОГЛОБИН 70 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 2.0, ТРОМБОЦИТЫ 15,0. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) острый лейкоз
- 2) апластическая анемия
- 3) наследственный сфероцитоз
- 4) железодефицитная анемия
- 5) гемолитическая анемия

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

5. В ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА УКЛАДЫВАЕТСЯ

- 1) выраженный палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы
- 2) диффузная лимфаденопатия
- 3) базофильно-эозинофильная ассоциация

- 4) тромбоцитоз
- 5) правильного ответа нет

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

6. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) снижение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов
- 2) "тени" Боткина-Гумпрехта в крови
- 3) эозинофильно-базофильная ассоциация
- 4) спленомегалия
- 5) Ph-хромосома

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

7. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА:

- 1) лейкопения
- 2) сдвиг формулы влево
- 3) клетки Боткина-Гумпрехта
- 4) лимфопения
- 5) тромбоцитоз

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

8. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) панцитопения
- 2) локальное увеличение лимфоузлов
- 3) увеличение процентного содержания гранулоцитов
- 4) увеличение абсолютного и относительного содержания лимфоцитов
- 5) наличие базофильно-эозинофильной ассоциации

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

9. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) выраженная лимфаденопатия
- 2) гемолитическая анемия
- 3) лимфоцитоз
- 4) наличие филадельфийской хромосомы
- 5) правильного ответа нет

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

10. КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКОЗОВ НА ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ОСНОВАНА

- 1) на клинической картине заболевания
- 2) на анамнестических данных
- 3) на степени зрелости клеточного субстрата заболевания
- 4) на продолжительности жизни больного
- 5) правильного ответа нет

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

4. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1.

Мужчина 25 лет, госпитализирован по поводу кровотечения из десен, лихорадки, общей слабости, одышки при ходьбе. Заболел неделю назад. Температура 39°C . Выраженная бледность, симметричное увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Множественные петехии и подкожные кровоизлияния. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧСС – 100 в мин, АД – 110/60 мм рт.ст. На верхушке – систолический шум, не проводится в левую подмышечную область. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин – 56 г/л, ретикулоциты – 0,1%, тромбоциты – $20 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $2,1 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 1%, баз. – 1%, нейтр. – 30%, лимф. – 62%, мон. – 6%, бласты – 3%. СОЭ – 47 мм/ч.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какой метод обследования наиболее важен для постановки диагноза?

3. Какова вероятность наличия у больного хронического лейкоза?

4. Чем обусловлен геморрагический синдром?

5. Чем вызвана лихорадка?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 2.

В клинику впервые поступил больной 31 года, с жалобами на боли в костях, тяжесть в левом подреберье, увеличение живота. Считает себя больным около полугода, когда отметил, что живот увеличился в объеме (стал тесен ремень на брюках), затем появились ноющие боли в костях. Объективно: пониженного питания, живот увеличен в объеме. Лимфоузлы не пальпируются. В легких и сердце – без патологии. Гематомегалия (+) 4 см и выраженная спленомегалия (+) 12 см из-под реберного края. В анализе крови: гемоглобин 110 г/л, эр. $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП – 1,0, тромбоциты – $365 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $234,6 \times 10^9/\text{л}$, миелобласты – 2%, промиелоциты – 2%, миелоциты – 26%, метамиелоциты 20%, п/я – 16%, сегментоядерные нейтрофилы – 21%, базофилы 6%, эозинофилы – 7%, СОЭ – 30 мм/ч.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Может ли данная симптоматика быть вызвана циррозом печени?

3. Какой цитогенетический маркер является почти патогномоничным для данного заболевания?

4. О чем свидетельствует выявленная в анализе крови базофильно-эозинофильная ассоциация?

5. Какой препарат является средством выбора у данного больного?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 3.

Больной 64 лет поступил в неврологическое отделение по направлению участкового терапевта с диагнозом «радикулит с выраженным болевым синдромом». Предъявляет жалобы на интенсивные боли в нижнегрудном отделе позвоночника, слабовыраженные боли в костях рук и ног. Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда появились локальные боли в позвоночнике, первоначально невыраженные, хорошо снимались приемом анальгетиков. Однако месяц назад боли начали прогрессивно нарастать, обратился в поликлинику, назначен индометацин в дозе 150 мг/сут, затем инъекции диклофенака, прошел

курс физиолечения (ДДТ), облегчения не наступало, последние две ночи не спал из-за интенсивного болевого синдрома. Направлен в стационар.

Объективно: удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, слегка бледноватые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС – 78 в мин, АД – 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Пальпация в области 11 грудного позвонка резко болезненна. Кожные покровы над ним не изменены.

В анализах крови: Нб – 110 г/л, ЦП – 1,0, тромбоциты – 195×10^9 /л, лейкоциты – $7,4 \times 10^9$ /л, формула – без особенностей. СОЭ – 16 мм/ч. Билирубин – 14 мкмоль/л, прямого нет, общий белок – 75 г/л.

Анализ мочи: уд. вес 1014, белок – 3,4 г/л, лейкоциты – ед. в п/зр.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Не противоречит ли выбранному диагнозу практически нормальный показатель СОЭ?
4. Важнейшие методы дообследования для верификации диагноза.
5. В какое отделение следует перевести больного?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 4.

При профосмотре у больного 54 лет в анализе периферической крови выявлены следующие показатели: эритроциты $6,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 201 г/л, ЦП=1,0, тромбоциты $546,2 \times 10^9$ /л, лейкоциты $12,2 \times 10^9$ /л, формула: метамиелоциты – 2%, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные нейтрофилы 65 %, лимфоциты 20 %, моноциты 4 %, эозинофилы 2 %, СОЭ 2 мм.

1. Ваша диагностическая версия?
2. Характерно ли для данных больных увеличение лимфоузлов?
3. Что вы ожидаете увидеть по данным УЗИ печени, селезенки?
4. Как у подобных больных меняется уровень эритропоэтина сыворотки?
5. Как меняется у подобных больных риск кардиоваскулярных осложнений?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 5.

Больной 26 лет обратился с жалобами на появление 2 месяца назад и медленный рост плотных безболезненных образований на шее справа. Общее самочувствие не нарушено. Температура тела – нормальная. Вес стабилен.

Объективно – с правой стороны пальпируются увеличенные до 2-3 см в диаметре, плотные, безболезненные лимфоузлы по заднему краю грудинно-ключично-сосцевидных мышц. Другие группы лимфоузлов – не увеличены. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка – не пальпируется. Полость рта санирована. Общий анализ крови – без особенностей.

1. О каких заболеваниях следует подумать в первую очередь?
2. Имеет ли смысл назначить курс антибактериальной, противовоспалительной терапии (НПВП) для оценки возможного воспалительного генеза лимфаденопатии?
3. К какому специалисту следует немедленно направить больного?

4. Чем объяснить абсолютно нормальные показатели периферической крови?
 5. Каков прогноз у данного больного?
- УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1.

1. Острый лейкоз.
2. Стернальная пункция.
3. В пользу острого, а не хронического лейкоза свидетельствует наличие в лейкоцитарной формуле «лейкемического провала».
4. В первую очередь геморрагический синдром обусловлен выраженной тромбоцитопенией.
5. Наиболее вероятно, лихорадка вызвана синдромом опухолевой интоксикации, однако следует исключить синдром инфекционных осложнений (пневмонию, сепсис).

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Хронический миелолейкоз.
2. Нет, гиперлейкоцитоз с выраженным омоложением в лейкоцитарной формуле, наличие бластов в периферической крови свидетельствуют против цирроза печени.
3. Филадельфийская хромосома.
4. Наличие базофильно-эозинофильной ассоциации в сочетании с оссалгиями характерны для переходной фазы заболевания (фазы акселерации), ближайшего переходы в стадию бластного криза.
5. Препаратом выбора является ингибитор тирозин-киназы иматиниб (гливек).

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Множественная миелома (миеломная болезнь).
2. Со злокачественными заболеваниями иной этиологии (с метастатическим поражением позвоночника и паранеопластической нефропатией).
3. При миеломе Бенс-Джонса патологический белок (парапротеин) вырабатывается в виде легких цепей и хорошо проходит в мочу через клубочковый фильтр, приводя к протеинурии, но с возможным нормальным уровнем СОЭ.
4. Важнейшими методами для постановки диагноза являются электрофорез белков плазмы и мочи (на предмет М-градиента), анализ мочи на белок Бенс-Джонса, стернальная пункция (на предмет плазмоклеточной трансформации), рентгенография позвоночника, плоских костей (черепа, таза). Дополнительные методы - ЦИК, иммуноглобулины, креатинин, кальций, УЗИ органов брюшной полости и почек. Другие инструментальные исследования – по показаниям.
5. В специализированное гематологическое отделение.

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. Наиболее вероятный диагноз – эритремия (истинная полицитемия). В пользу этого свидетельствуют повышенный уровень эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, низкий показатель СОЭ.
2. Нет, заболевание относится к миелопролиферативным, для которых увеличение лимфоузлов нехарактерно.
3. Ожидается наличие гепато- и спленомегалии.
4. Для истинной полицитемии характерно снижение уровня эритропоэтина.
5. У больных с полицитемией увеличивается риск тромботических осложнений (по причине повышенной вязкости крови и гипертромбоцитоза).

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. О лимфопролиферативном заболевании – лимфогранулематозе либо лимфоме.
2. Нет, а потеря времени грозит ухудшением результатов лечения.
3. К онкологу для биопсии увеличенных лимфоузлов.
4. Ранней стадией заболевания.
5. Зависит от морфологического варианта заболевания, но в целом при ранних стадиях (а у больного, вероятнее всего, имеет место I стадия) и адекватной терапии – прогноз оптимистичный.

6.Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Иметь навыки сбора анамнеза

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

1. Физикального обследования больных

УК-1, ПК-5, ПК-6

2. Уметь дать оценку гематологических показателей (гемограммы, миелограммы)

УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6

3. Уметь ставить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований

УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6

4. уметь назначить адекватное лечение

УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

7.Рекомендации по выполнению НИР.

1. Лимфома
2. ХМЛ
3. ХЛЛ

8. Рекомендуемая литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни: учебник: в 2 т	ред. Н. А. Мухин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
2	Основы медицинской диагностики внутренних болезней : учеб. пособие	Богатырев В. Г.	М.: ЭКСМО, 2008
3	Внутренние болезни (клинические разборы): учебник: в 2 т.	ред. Н. А. Мухин	М.: Литтерра, 2010
4	Кардиология. Гематология	ред. Н. А. Бун [и др.].	М.: Рид Элсивер, 2009
5	Клиническая гематология: рук. для врачей	ред. А. Н. Богданов [и др.]	СПб.: Фолиант, 2008
6	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: рук. для врачей	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В..	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008
7	Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: рук. для практикующих врачей	ред. А. И. Воробьева.	М.: Литтерра, 2009
8	Планы ведения больных [Электронное издание]. – CD.	-	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Законодательные и нормативно-правовые документы

№ п/	Вид докуме	Принявший орган	дата	номер	Название документа
-----------------	-----------------------	----------------------------	-------------	--------------	-------------------------------

п	нта				
1	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	от 24 декабря 2010 г	N 1183н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»
2	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития РФ	от 23 марта 2011 г.	N 233н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.87 Тема: «Парапротеинемические гемобластозы»

2. Форма работы: подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Может ли миеломная болезнь протекать бессимптомно?

УК-1, ПК-5, ПК-6

2. Может ли анемия быть начальным и основным симптомом в клинической картине миеломной болезни?

УК-1, ПК-5, ПК-6

3. Можно ли, получив нормальный пунктат костного мозга, окончательно отвергнуть диагноз миеломной болезни?

УК-1, ПК-5, ПК-6

4. Назовите характерные рентгенологические признаки поражения костей при миеломной болезни

УК-1, ПК-5, ПК-6

5. Перечислите лабораторные проявления синдрома белковой патологии

УК-1, ПК-5, ПК-6

6. Назовите возможные причины анемии при миеломной болезни

УК-1, ПК-5, ПК-6

7. Назовите основные исследования для диагностики миеломной болезни

УК-1, ПК-5, ПК-6

8.Перечислите критерии эффективности лечения миеломной болезни цитостатиками.

УК-1, ПК-5, ПК-6 , ПК-8

9.Какова продолжительность жизни больных миеломной болезнью?

УК-1, ПК-5, ПК-6

10.Перечислите причины смерти больных миеломной болезни.

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ОСЛОЖНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) инфаркт миокарда
- 2) остеопороз с патологическими переломами
- 3) дыхательная недостаточность
- 4) кровотечение
- 5) гипергликемия

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

2. КРИТЕРИИ ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) анализ периферической крови
- 2) рентгенография грудной клетки
- 3) исследование костного мозга
- 4) анализ мочи
- 5) УЗИ внутренних органов

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

3. ПОРАЖЕНИЕ КАКОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) костная
- 2) пищеварительная
- 3) ЦНС
- 4) сердечно-сосудистая
- 5) репродуктивная

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) остеопороз
- 2) множественные дефекты в трубчатых костях
- 3) патологические переломы
- 4) увеличение высоты тел позвонков
- 5) протрузии дисков

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

5. ДЛЯ СИНДРОМА БЕЛКОВОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) гипопроотеинемия
- 2) диспротеинемия
- 3) СОЭ не определяется
- 4) уменьшение вязкости крови
- 5) повышение альбуминов и снижение глобулинов

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

6. У БОЛЬНОГО С ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЕЙ, ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИЕЙ В АНАЛИЗЕ МОЧИ: УД. ВЕС 1004; БЕЛОК 2,5 Г/Л; ЭРИТРОЦИТЫ 5-8 В П/ЗР.; ЛЕЙКОЦИТЫ 7-9 В П/ЗР.

- 1) туберкулез почки
- 2) миеломная болезнь
- 3) СКВ
- 4) хронический гломерулонефрит
- 5) гипернефрома

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

7. СИНДРОМ БЕЛКОВОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипопроотеинемия
- 2) СОЭ не определяется
- 3) наличие М-градиента при электрофорезе белков
- 4) гипоальбуминемия
- 5) патологический глобулин

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

8. РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЮТ

- 1) снижение уровня IgA, IgM и лейкопения
- 2) анемия
- 3) наличие патологического IgG
- 4) тромбоцитоз
- 5) лимфопения

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

9. ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) усиление разрушения эритроцитов селезенкой
- 2) рецидивирующие кровотечения
- 3) метаплазия костного мозга
- 4) нарушение всасывания железа
- 5) резекция желудка

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

10. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) гиперрефлексия, потеря ориентации и нарушения сознания вплоть до комы
- 2) возбуждение
- 3) боли в животе
- 4) поносы
- 5) кровь в моче

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1.

У больного, 50 лет, в анамнезе в течении нескольких лет пояснично-крестцовый остеохондроз. Последний месяц лечится по поводу обострения практически без эффекта. При обследовании в анализе крови: гемоглобин 125 г/л лейкоциты 4,0 СОЭ 60 мм. В моче: удельный вес 1015 белок 150 г/л. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела – компрессионные переломы L₁-L₃.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем доказан диагноз
3. Наметьте план дообследования?
4. План ведения больного
5. Рекомендации

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача №2.

Больная, 60 лет, последние 6 месяцев повторно поступает в травматологическое отделение по поводу спонтанного перелома ключицы. В анализе крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 9,3 СОЭ 70 мм, общий белок 110 г/л, диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия. В моче белок 50 г/л. У больной заподозрена множественная миелома.

1. Предварительный диагноз
2. Какие подтверждения диагноза
3. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза
4. Лечение
5. Тактика ведения

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача №3.

Больная, 56 лет, после ушиба головы в месте удара стала отмечать рост опухолевидного образования, мягкого на ощупь, слегка болезненное. Больной проведена биопсия опухоли, где обнаружены плазматические клетки, такие же клетки найдены в костном мозге. В анализе крови: СОЭ 50 мм.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем подтвержден диагноз?
3. Какие изменения в миелограмме будут у данной больной?
4. Лечение?

5. Рекомендации?
УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача №4.

Больная, 51 года, обратилась к невропатологу по поводу постоянных головных болей, прогрессирующей слабости, периодического подъема АД до 170/100 мм рт ст. В объективном статусе - без особенностей. В анализе крови: гемоглобин 110 г/л лейкоциты 4,5 тромбоциты 170,6 СОЭ 50 мм. На рентгенограмме черепа очаги деструкции костной ткани. Осмотрена нейрохирургом, который исключил органическое поражение ЦНС.

1. Ваш предварительный диагноз?
 2. План уточнения диагноза?
 3. Опишите миелограмму, возможную у данной больной?
 4. Лечение данного заболевания?
 5. Рекомендации?
- УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача №5.

Больной, 58 лет, жалуется на боли в костях, частые простудные заболевания. При осмотре: сердечные тоны ритмичные, АД 130/60 мм, печень и селезенка не увеличены. В анализе крови: гемоглобин 140 г/л лейкоциты 8,0 СОЭ 60 мм. В анализе мочи: белок 100 мг/л. В миелограмме 40% плазматических клеток.

1. Ваш предварительный диагноз?
 2. План дообследования больного?
 3. Какие изменения вы обнаружите при электрофорезе белков?
 4. Лечение?
 5. Рекомендации?
- УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1.

1. Можно заподозрить миеломную болезнь.
2. Необходимо сделать стерильную пункцию, определить показатели белкового обмена (общий белок, белковые фракции, по возможности сделать иммунограмму).
4. Полное обследование пациента, определения объёма поражения (очаги в костях), начать химиотерапии, параллельно проводить дезинтоксикационную терапию.
5. Госпитализация в стационар, гематологическое отделение.

Эталоны ответов к задаче №2.

1. Множественная миелома
2. Наличие плазматических клеток
3. Стерильная пункция, рентгенография позвоночника, черепа, костей таза, цитохимическое исследование крови и мочи.
4. Высокодозная химиотерапия и трансплантация костного мозга не показана, возможно курсы по программе M2 или VMP.

5. Полное обследование, подтверждение диагноза, проведение химиотерапии.

Эталоны ответов к задаче №3.

1. Миеломная болезнь, диффузная форма.
2. Увеличено число плазматических клеток (более 15%).
3. Увеличено число плазматических клеток (более 15%).
4. Курсы химиотерапии возможно курсы по программе M2 или VMP.
5. Полное обследование, подтверждение диагноза, проведение химиотерапии, избегать переохлаждений, контакта и инфекцией, противопоказано прогревание, физиолечение.

Эталоны ответов к задаче №4.

1. Скорее всего речь идет о множественной миеломе.
2. Необходимо в первую очередь исследовать костный мозг, затем провести более детальное рентгенологическое обследование, провести некоторое биохимическое обследование.
3. В миелограмме возможно значительное число плазматитов – от 15% и более.
4. Курсы химиотерапии возможно курсы по программе M2 или VMP.
5. Полное обследование, подтверждение диагноза, проведение химиотерапии, избегать переохлаждений, контакта и инфекцией, противопоказано прогревание, физиолечение.

Эталоны ответов к задаче №5.

1. Множественная миелома (форма уточнится после обследования).
2. Рентгенологическое обследование (череп, позвоночник, кости таза), белок и фракции, мочевины – креатинин, анализ мочи.
3. Общий белок выше нормы (100 – 150 г/л), диспротеинемия, гипо- и гипер-гаммаглобулинемия, M-градиент.
4. Курсы химиотерапии возможно курсы по программе РАД, VAD. При хорошем самочувствии и констатации ремиссии – проведение аллогенной трансплантации костного мозга.
5. Полное обследование, подтверждение диагноза, проведение химиотерапии, избегать переохлаждений, контакта и инфекцией, противопоказано прогревание, физиолечение.

6. Перечень и стандарты практических умений.

7. Иметь навыки сбора анамнеза

УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК 8

8. Иметь навыки физикального обследования больных с парапротеинемическими гемобластомами

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

9. Уметь дать оценку гематологических показателей (гемограммы, миелограммы

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

10. Уметь диагностировать на основании клинических и лабораторных исследований различные формы гемобластозов и уметь назначить адекватное лечение

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК 8

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Рентген картина при миеломной болезни
2. Клинические синдромы при миеломной болезни

8. Рекомендуемая литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни: учебник: в 2 т	ред. Н. А. Мухин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
2	Основы медицинской диагностики внутренних болезней : учеб. пособие	Богатырев В. Г.	М.: ЭКСМО, 2008
3	Внутренние болезни (клинические разборы): учебник: в 2 т.	ред. Н. А. Мухин	М.: Литтерра, 2010
4	Кардиология. Гематология	ред. Н. А. Бун [и др.].	М.: Рид Элсивер, 2009
5	Клиническая гематология: рук. для врачей	ред. А. Н. Богданов [и др.]	СПб.: Фолиант, 2008
6	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: рук. для врачей	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В..	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008
7	Рациональная	ред. А. И.	М.: Литтерра, 2009

	фармакотерапия заболеваний системы крови: рук. для практикующих врачей	Воробьева.	
8	Планы ведения больных [Электронное издание]. – CD.	-	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Законодательные и нормативно-правовые документы

№ п/п	Вид документа	Принявший орган	дата	номер	Название документа
1	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	от 24 декабря 2010 г	N 1183н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»
2	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития РФ	от 23 марта 2011 г.	N 233н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.88 Тема: «Анемии»

2. Форма работы: подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Классификация анемий

УК-1, ПК-5, ПК-6

2. Этиология и патогенез развития железодефицитной анемии.

УК-1, ПК-5, ПК-6

3. Дифференциальная диагностика ЖДА

УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

4. Лечение ЖДА

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8,

5. Этиология и патогенез В12 – дефицитной и фолиево-дефицитной Анемии
УК-1, ПК-5, ПК-6
6. Клиническая картина В12 дефицитной и фолиево-дефицитной Анемии
УК-1, ПК-5, ПК-6
7. Принципы терапии В12- и фолиево-дефицитной анемии
УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8,
8. Гемолитические анемии. Понятие. Классификация. Этиология и патогенез. Лечение.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8,
9. Апластическая анемия. Понятие. Классификация. Этиология и патогенез. Лечение.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8,
10. Гипопластическая анемия. Понятие. Классификация. Этиология и патогенез. Лечение.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

1. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СИМПТОМЫ:

- 1) слабость
 - 2) бледность кожных покровов
 - 3) койлонихии
 - 4) одышка
 - 5) увеличение селезенки
- Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

2. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ, ВЫЗЫВАЕМАЯ МЕДИКАМЕНТАМИ, ВОЗНИКАЕТ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ?

- 1) глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа
- 2) глутатион-пероксидаза
- 3) глутатион-редуктаза
- 4) 6-фосфоглюконат-дегидрогеназа
- 5) пируваткиназа

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

3. ОСНОВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ВСАСЫВАЕТСЯ В:

- 1) Желудке
- 2) Нисходящем отделе ободочной кишки
- 3) 12-перстной и тощей кишках
- 4) Подвздошной кишке
- 5) Правильно 1 и 3

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

4. ДЛЯ УСВОЕНИЯ ПИЩЕВОГО ВИТАМИНА В12 ТРЕБУЕТСЯ:

- 1) Внутренний фактор фундальной части желудка
- 2) Здоровая селезенка

- 3) Нормальное содержание сахара в крови
- 4) Нормальная кишечная флора
- 5) температура тела не более 36,6С

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6,

5. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА СОДЕРЖИТСЯ В ОДНОМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА:

- 1) ферракаль
- 2) ферроградулит
- 3) ферроплекс
- 4) тардиферрон
- 5) сорбифер дурулес

Правильный ответ: 5

УК-1, ПК-5, ПК-6

6. ОПТИМАЛЬНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА, НЕОБХОДИМОГО В СУТКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) 30-50 мг
- 2) 50-100 мг
- 3) 100-300 мг
- 4) 300-400 мг
- 5) 400-500 мг

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

7. КАКАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ПРОТЕКАЕТ С ГИПОХРОМИЕЙ ЭРИТРОЦИТОВ И СНИЖЕНИЕМ ЦВЕТНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ:

- 1) болезнь Миньковского-Шафара
- 2) талассемия
- 3) анемия при гиперспленизме
- 4) аутоиммунная гемолитическая анемия
- 5) болезнь Маркнафавы-Микели

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

8. СРЕДИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ РАЗЛИЧАЮТ:

- 1) Наследственные, Приобретенные, Симптоматические, Идиопатические
- 2) Апластическую, Приобретенную
- 3) На фоне Лекарственных средств и химикатов
- 4) Симптоматические и идиопатические
- 5) Наследственные и приобретенные

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

9. ДЕФЕКТ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ МИКРОСФЕРОЦИТОЗЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:

- 1) Белковой структуре мембраны эритроцита

- 2) Липидах мембраны эритроцита
- 3) Структуре гема
- 4) Цепях глобина
- 5) Правильно 3 и 4

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

10. ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) Желтушность кожи и склер
- 2) Петехии на коже
- 3) Спленомегалия
- 4) Лимфаденопатия
- 5) Правило 1 и 3

Правильный ответ: 5

УК-1, ПК-5, ПК-6

5.Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1.

У больной 34 лет жалобы на быструю утомляемость, головокружение, периодические приступообразные боли в правом подреберье. Подобные жалобы беспокоят с детства, во время обострений кожные покровы и склеры желтушные. Тоны сердца звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и в точке желчного пузыря. Печень у края реберной дуги, плотная, слегка болезненная, селезенка +5см, плотная. В анализе крови: Нв 80г/л, эритроц. 2,4, ц.п. 1,0, лейкоц. 9,8, тромбоц. 150,0, ретикулоциты 140%, СОЭ 30мм/ч. Реакция Кумбса отрицательная, непрямой билирубин 36мкмоль/л.

1. Гематологическая характеристика анемии?
2. Ваш диагноз?
3. Что ожидается при УЗИ желчного пузыря?
4. Какая осмотическая резистентность эритроцитов?
5. Основной метод лечения?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 2.

У больной жалобы на общую слабость и одышку при ходьбе, постепенно нарастающие в течение нескольких месяцев. Анамнез без особенностей. Питание доста-точное, вредных привычек нет. Медикаменты не принимала. Объективно: бледность и субиктеричность слизистых и кожи. Язык гладкий, красный. Анализ крови: Нв - 83 г/л, эр. - 2.3 ретикул. - 2%, тромбоц. - 11,5 лейкоц. - 3.5 Анизо - пойкилоцитоз, полисегментированные нейтрофилы. Железо сыворотки крови - 27 мкмоль/л, билирубин - 32 мкмоль/л, непрямой - 27 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

1. Какая анемия наиболее вероятная и почему?
2. Какие особенности эритроцитов могут быть обнаружены?
3. Какие могут быть изменения при неврологическом обследовании?
4. Какие возможные особенности миелограммы?
5. Какова тактика лечения?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 3.

У больной 32 лет головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышка при ходьбе. Непреодолимое желание есть мел. Месячные нерегулярные, периодически бывают обильными. Бледна, волосы ломкие, ногти истончены, исчерчены. ЧСС – 84 в мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Гемоглобин 64 г/л, ЦП – 0,7, формула без патологии.

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Каким биохимическим показателем следует подтвердить диагноз?
3. Осмотр какого специалиста обязателен у данной пациентки?
4. Препараты какой группы вы назначите больной? Каков путь введения?
5. Оправданна ли гемотранфузия в данной ситуации?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 4.

Больная 55 лет, вегетарианка, жалуется на головокружение, парестезии в стопах, неустойчивую походку. Употребление алкоголя отрицает. Бледна с желтушным оттенком, пальпируется мягко-эластичный край печени и нижний полюс селезенки. Гемоглобин 70 г/л, ЦП – 1,3, лейкоциты $3,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 126×10^9 /л. Билирубин – 46 мкмоль/л (реакция – непрямая), аминотрансферазы – в норме. ФГС – атрофический гастрит.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Как следует подтвердить диагноз?
4. Чем объясняется наличие парестезий в стопах и неустойчивая походка?
5. Какова предполагаемая тактика ведения?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 5.

Больная 60 лет. Жалобы на слабость и одышку в течение 2 месяцев. Иног-да отмечает головокружение, полуобморочное состояние. Страдает рядом заболеваний: язвенной болезнью 12-перстной кишки, получала циметидин; гипертонической болезнью, лечилась верошпином, допегитом; паркинсонизмом, лечилась леводопой. 5 лет назад был приступ почечной колики. Объективно: бледность и субиктеричность склер. Лимфо-узлы не увеличены. Печень, селезенка не пальпируется. АД - 160/90 мм рт. ст. Анализ крови: гемоглобин 82 г/л эритроциты 2.4 ретикулоциты 18% лейкоциты 15,5 тромбоциты 30.6.

1. Дайте гематологическую характеристику анемии.
2. Какая наиболее вероятная причина анемии?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза? Их вероятные результаты?
4. Какой медикамент может вызвать анемию?
5. Ваши назначения?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1.

1. Нормохромная, гиперрегенераторная анемия средней степени тяжести

2. Наследственный микросфероцитоз (болезнь Миньковского – Шоффара)
3. Камни желчного пузыря
4. Высокая
5. Спленэктомия.

Эталонные ответы к задаче №2.

1. В12-дефицитная анемия (Аддисон - Бирмера): постепенное начало, пожилой возраст, глоссит, панцитопения, признаки повышенного гемолиза эритроцитов (увеличение непрямого билирубина).
2. Макроцитоз, мегалоциты, мегалобласты.
3. Нарушения глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей (фуникулярный миелоз) .
4. Клеточный костный мозг, богатый элементами красного ростка, в том числе мегало-бластами.
5. Терапия витамином В12 в больших дозах (1000 мкг в/м) для восстановления депо витамина в печени.

Эталонные ответы к задаче №3.

1. Наиболее вероятный диагноз – хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия тяжелой степени на почве меноррагий.
2. Следует определить уровень сывороточного железа (ожидается пониженный уровень).
3. Обязателен осмотр гинеколога.
4. Препараты железа внутрь (например, сорбифер дурулес по 1 таб. 2 раза в день).
5. Учитывая отсутствие гемодинамических нарушений, гемотрансфузии не показаны.

Эталонные ответы к задаче №4.

1. Наиболее вероятный диагноз – В12-дефицитная анемия тяжелой степени.
2. Дифференциальный диагноз проводят с апластической анемией, фолиево-дефицитной анемией, острым лейкозом (алейкемическим вариантом).
3. Диагноз подтверждается стеральной пункцией (ожидается мегалобластный тип кроветворения).
4. Неустойчивая походка и парестезии объясняются поражением нервной системы на почве дефицита витамина В12 – по типу фуникулярного миелоза.
5. Назначается витамин В12 подкожно или внутримышечно (вначале ежедневно, после нормализации уровня гемоглобина – в поддерживающей дозе пожизненно 1-2 раза в месяц).

Эталонные ответы к задаче №5.

1. Анемия тяжелая, гиперрегенераторная, с лейкоцитозом и тромбоцитопенией.
2. Гемолитическая, приобретенная, аутоиммунная.
3. Билирубин прямой и не прямой, железо сыворотки крови, проба Кумбса. Увеличение непрямого (свободного) билирубина и уровня железа, положительная проба Кумбса.

4. Верошпирон вызывает гемолиз у 0.3% больных. 20% больных, получающих допегит, имеют положительную пробу Кумбса.

5. Преднизолон, гемотрансфузии (эритроцитная масса).

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

1. Провести обследование больных с анемией

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

2. Наметить план обследования и лечения пациента

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

3. Уметь дать оценку гематологических показателей анемического синдрома (гемограммы, миелограммы)

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8,

4. Владеть современными методами лечения и профилактики анемий

УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

5. Диспансеризация больных с анемией

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

7.Рекомендации по выполнению НИР.

1. В-12 анемия

2. Железодефицитная анемия

3. Гемолитическая анемия

4. Талласемии

8. Рекомендуемая литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни: учебник: в 2 т	ред. Н. А. Мухин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
2	Основы медицинской диагностики внутренних	Богатырев В. Г.	М.: ЭКСМО, 2008

	болезней : учеб. пособие		
3	Внутренние болезни (клинические разборы): учебник: в 2 т.	ред. Н. А. Мухин	М.: Литтерра, 2010
4	Кардиология. Гематология	ред. Н. А. Бун [и др.].	М.: Рид Элсивер, 2009
5	Клиническая гематология: рук. для врачей	ред. А. Н. Богданов [и др.]	СПб.: Фолиант, 2008
6	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: рук. для врачей	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В..	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008
7	Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: рук. для практикующих врачей	ред. А. И. Воробьева.	М.: Литтерра, 2009
8	Планы ведения больных [Электронное издание]. – CD.	-	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Законодательные и нормативно-правовые документы

№ п/п	Вид документа	Принявший орган	дата	номер	Название документа
1	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	от 24 декабря 2010 г	N 1183н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»
2	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития РФ	от 23 марта 2011 г.	N 233н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических

					профессиональных заболеваниях»
--	--	--	--	--	-----------------------------------

1. Индекс ОД. О.01.6.89 Тема занятия: «Геморрагические диатезы»

2. Форма работы: подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Дать определение системы гемостаза

УК-1, ПК-5

2. Компоненты системы гемостаза

УК-1, ПК-5

3. Типы кровоточивости

УК-1, ПК-5

4. Понятие первичного (сосудисто-тромбоцитарный) гемостаза, механизмы и этапы

УК-1, ПК-5

5. Понятие антикоагулянтов, первичные и вторичные

УК-1, ПК-5

6. Методы изучения гемостаза

УК-1, ПК-5

7. Геморрагические диатезы, классификация

УК-1, ПК-5

1. Тромбоцитопении- понятие, виды

УК-1, ПК-5

9. Тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Диагностика, Лечение

УК-1, ПК-5, ПК-6

10. Тромбоцитопатии. Лечение

УК-1, ПК-5, ПК-6

11. Заболевания, связанные с патологией сосудистой стенки. Лечение

УК-1, ПК-5, ПК-6

12. Гемофилия. Виды гемофилий, диагностика и лечение.

УК-1, ПК-5, ПК-6

13. Болезнь Виллебранда. Диагностика и лечение

УК-1, ПК-5, ПК-6

14. ДВС- синдром, определение, стадии, лечение

УК-1, ПК-5, ПК-6

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРОВОДИТЬ СПЛЕНЭКТОМИИ ДЛЯ
ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ

- 1) Начальная стадия эритремии.
 - 2) Маркиафава - Микеле.
 - 3) Миелодиспластический синдром.
 - 4) Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
 - 5) Бластный криз при хроническом миелолейкозе.
- Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

2. ДЛЯ ГЕМОГРАММЫ ПРИ АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) Тромбоциты единичные.
 - 2) Гипохромия эритроцитов.
 - 3) Анемия.
 - 4) Лейкопения.
 - 5) Количество эритроцитов в норме.
- Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

3. ВЫРАЖЕННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) Гемобластозы.
 - 2) Хронические поражения печени.
 - 3) Метастазы рака в костный мозг.
 - 4) Системные заболевания.
 - 5) Гаптеновый агранулоцитоз.
- Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

4. ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВСЕХ ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ

- 1) Ангиоматозный.
 - 2) Васкулитопурпурный.
 - 3) Гематомный.
 - 4) Смешанный.
 - 5) Пятнисто-петехиальный.
- Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

5. ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ ГЛАНЦМАНА

- 1) Дисплазия сосудистой стенки вследствие нехватки коллагена.
 - 2) Дефицит рецептора, ответственного за агрегацию тромбоцитов.
 - 3) Дефицит рецептора, ответственного за адгезию тромбоцитов.
 - 4) Недостаток IX фактора свертывания.
 - 5) Отсутствие 3-го пластинчатого фактора.
- Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

6. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕМОФИЛИИ НЕОБХОДИМА

- 1) Концентрация VIII фактора свертывания в крови.
- 2) Степень времени кровотечения.
- 3) Степень времени свертывания.
- 4) Степень удлинения АЧТВ.

5) Выраженность геморрагического синдрома.

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

7. ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ

- 1) Ангиоматозный
- 2) Васкулитнопурпурный
- 3) Гематомный
- 4) Петехиально-пятнистый
- 5) Смешанный

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

8. ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) Гематомы обширные.
- 2) Кровотечения.
- 3) Гемартрозы острые.
- 4) Гемартрозы хронические.
- 5) Геморрагическая сыпь.

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

9. ПРЕПАРАТЫ НЕ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬНЫМ ГЕМОФИЛИЕЙ

- 1) Криопреципитат.
- 2) Антигемофильная плазма.
- 3) Е-аминокапроновая кислота.
- 4) Свежезамороженная плазма.
- 5) Аскорбиновая кислота.

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

10. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГЕМОФИЛИИ

- 1) Снижение фибриногена.
- 2) Удлинение времени кровотечения.
- 3) Удлинение времени свертывания.
- 4) Снижение протромбинового показателя.
- 5) Нарушение ретракции кровяного сгустка.

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1.

Больная поступила в гематологическое отделение с жалобами на носовые кровотечения, обильные и длительные месячные, похудание. Больна много лет. Объективно: пониженного питания, в остальном в статусе без особенностей. В анализе крови: Нв 136г/л, эритроциты 3,9, лейкоциты 6,2, тромбоциты 9,0, СОЭ 52мм/час

- 1) Предварительный диагноз?

- 2) Какими данными доказан данный диагноз?
 - 3) С чем нужно дифференцировать?
 - 4) Какое дообследование?
 - 5) Лечение
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 2.

У 63-летней больной в течение 4 месяцев рецидивирующие геморрагические высыпания на голеньях, преходящие боли в крупных суставах. Месяц назад появился субфебрилитет, постоянные тупые боли в правом боку. При осмотре пальпируется нижний полюс правой почки, СОЭ 60мм/час, в анализе мочи белок 0,56г/л, 60-80 эритроцитов в поле зрения

- 1) Наиболее вероятный диагноз
- 2) Какими данными доказано
- 3) Дифференциальный диагноз
- 4) План дообследования
- 5) Прогноз?

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 3.

3. Больной 20 лет. В течение 3 дней беспокоит кашель, насморк, субфебрильная температура. Принимал амидопирин. На 4 день заметил подкожные кровоизлияния на коже груди и конечностях, были повторные носовые кровотечения. Объективно распространенные петехиальные и подкожные кровоизлияния. Положительные симптомы щипка и жгута. В остальном без особенностей. В анализе крови Нв 105г/л, лейкоц. 5,8, формула не изменена, тромбоциты 15,0

- 1) Диагноз?
- 2) Какие ожидаются изменения основных показателей свертываемости крови?
- 3) Какое исследование необходимо для определения характера тромбоцитопении?
- 4) Тактика лечения
- 5) Прогноз?

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 4.

4.. Больной, 25 лет, поступил в клинику с жалобами на головокружение, шум в ушах, дегтеобразный стул, боли в крупных суставах и припухание в них. Болен с детства, периодически бывает гематурия, носовые кровотечения, боли в локтевых и коленных суставах. Родители как будто здоровы. В последний год частые повторные почечные кровотечения. Объективно кожа и видимые слизистые бледные. Коленные суставы увеличены в объеме, левый заметно напряжен. Систолический шум над всеми точками сердца.

- 1) Выделить ведущие синдромы
- 2) Сформулировать наиболее вероятный диагноз.
- 3) Обоснование диагноза
- 4) Наметить план для уточнения диагноза
- 5) Прогноз?

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 5.

Больной 17 лет обратился к врачу по поводу периодического появления обширных подкожных кровоизлияний, слабости, головокружений. С детства обильные носовые кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, подкожные кровоизлияния по типу экхимозов. В анализе крови: Эр. - $3,5 \times 10^{12}$ /л, НЬ - 110 г/л, Тр. - 230×10^9 /л, лейкоцитов - $8,0 \times 10^9$ /л. Время свертывания крови 10 мин., время кровотечения 12 мин.

- 1) Ваш диагноз
 - 2) Обоснование диагноза
 - 3) Выберите наиболее целесообразное лечение больному.
 - 4) Дополнительные методы обследования
 - 5) Прогноз?
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче №1.

- 1) Тромбоцитопеническая пурпура, рецидивирующее течение.
- 2) жалобы на носовые кровотечения, обильные и длительные месячные, похудание, больна много лет, в анализе крови: Нв 136г/л, эритроциты 3,9, лейкоциты 6,2, тромбоциты 9,0, СОЭ 52мм/час.
- 3) В-12дефицитная анемия, апластическая анемия, метастазы рака в костный мозг, СКВ, гепатит.
- 4) Стернальная пункция, обследование на рак, печеночные пробы, LE-клетки.
- 5) Глюкокортикоиды, возможно, спленэктомия.

Эталонные ответы к задаче №2.

- 1) Геморрагический васкулит, возможно как проявление опухоли почки.
- 2) Данными анамнеза, данными физикального обследования, лабораторными данными
- 3) С другими причинами васкулита.
- 4) УЗИ почек, функциональные пробы, анализ крови, анализы на активность процесса.
- 5) неблагоприятный

Эталонные ответы к задаче №3.

- 1) Тромбоцитопеническая пурпура, возможна в связи с приемом амидопирин.
- 2) Удлинение времени кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка.
- 3) Миелограмму, число мегакариоцитов.
- 4) Преднизолон, иммунодепрессанты.
- 5) благоприятный

Эталонные ответы к задаче №4.

- 1) Анемический, геморрагический, суставной.
- 2) Гемофилия, обострение, острый гемартроз левого коленного сустава, желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

- 3) Данными анамнеза, данными физикального обследования, лабораторными данными
- 4) Анализ крови, время свертывания, коагулограмма, определение уровня факторов VIII, IX, XI, ФГС.
- 5) благоприятный

Эталоны ответов к задаче №5.

- 1) Болезнь Виллебранда.
- 2) Данными анамнеза, данными физикального обследования, лабораторными данными
- 3) Криопреципитат 50 ЕД/кг веса.
- 4) Анализ крови, время свертывания, коагулограмма
- 5) благоприятный

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

1. Иметь навыки сбора анамнеза
УК-1, ПК-1
2. Иметь навыки физикального обследования больных
УК-1, ПК-1
3. Уметь дать оценку гематологических показателей (гемограммы, миелограммы)
ПК-5
4. Уметь ставить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований ПК-5
5. Уметь назначить адекватное лечение
ПК-6

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Гемофилия С
2. «Голубая кровь» миф или реальность?
3. Фактор Хагемана, Фактор Фитцджеральда-Фложе, Фактор Флетчера

8. Рекомендуемая литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни: учебник: в 2 т	ред. Н. А. Мухин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
2	Основы медицинской	Богатырев В. Г.	М.: ЭКСМО, 2008

	диагностики внутренних болезней : учеб. пособие		
3	Внутренние болезни (клинические разборы): учебник: в 2 т.	ред. Н. А. Мухин	М.: Литтерра, 2010
4	Кардиология. Гематология	ред. Н. А. Бун [и др.].	М.: Рид Элсивер, 2009
5	Клиническая гематология: рук. для врачей	ред. А. Н. Богданов [и др.]	СПб.: Фолиант, 2008
6	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: рук. для врачей	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В..	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008
7	Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: рук. для практикующих врачей	ред. А. И. Воробьева.	М.: Литтерра, 2009
8	Планы ведения больных [Электронное издание]. – CD.	-	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Законодательные и нормативно-правовые документы

№ п/ п	Вид докуме нта	Принявший орган	дата	номер	Название документа
1	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	от 24 декабря 2010 г	№ 1183н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской

					Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»
2	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития РФ	от 23 марта 2011 г.	N 233н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»

1. Индекс ОД. О.01.6.90 Тема занятия: «Лимфопролиферативные заболевания»

1. Форма работы: подготовка к практическим занятиям

2. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Определение лимфогранулематоза
УК-1, ПК-5, ПК-6

2. Классификация ВОЗ опухолей лимфоидной ткани
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

3. Этиология лимфогранулематоза
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

4. В каком возрасте встречается лимфогранулематоз?
УК-1, ПК-1, ПК-5

5. Классификация лимфогранулематоза основана на определении стадии процесса и локализации поражения.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5

6. Клиническая картина для лимфогранулематоза
УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6

7. Течение лимфогранулематоза, их особенности
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

8. Диагностика лимфогранулематоза
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

9. Лечение лимфогранулематоза
УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

10. Лечение лимфосарком
УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. СУБСТРАТОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЛИМФОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эритроцит
- 2) тромбоцит
- 3) иммунодефицит
- 4) лимфоцит
- 5) остеобласт

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

2. ОРГАН ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ:

- 1) легкие
- 2) сердце
- 3) почки
- 4) лимфатический узел
- 5) трубчатые кости

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

3. МЕТОДИКОЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ КОСТНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стерильная пункция
- 2) трепанация черепа
- 3) трепанобиопсия
- 4) люмбальная пункция
- 5) биопсия лимфатического узла

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

4. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТЕРАПИИ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) лучевая
- 2) моноклональные антитела
- 3) химиотерапия
- 4) трансплантация костного мозга
- 5) пересадка печени

Правильный ответ: 5

УК-1, ПК-5, ПК-6

5. ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ:

- 1) подмышечные
- 2) паховые
- 3) надключичные
- 4) шейные
- 5) бедренные

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

6. В ПОЛЬЗУ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ В ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ПРЕПАРАТЕ КЛЕТОК :

- 1) Березовского — Штернберга.
- 2) плазматические клетки
- 3) бласты
- 4) Ходжкина
- 5) верно А, Г

Правильный ответ: 1.

УК-1, ПК-5, ПК-6

7. ВАРИАНТ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ МЕТОДА :

- 1) цитологический метод
- 2) иммуногистохимия
- 3) гемограмма
- 4) биохимический анализ крови
- 5) МСКТ

Правильный ответ: 2.

УК-1, ПК-5, ПК-6

8. КЛЕТКА БЕРЕЗОВСКОГО РИД-ШТЕЙНБЕРГА – ЭТО:

- 1) клетка с бластной структурой хроматина
- 2) многоядерные клетки
- 3) плазматическая клетка
- 4) мегакариоцит
- 5) верно 1 и 4

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

9. 4-Я СТАДИЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА – ЭТО :

- 1) диссеминированная (вовлечение в процесс нелимфоидных органов — костного мозга, костей, лёгких, печени, кожи, органов пищеварительной системы и др.).
- 2) локальная (поражение одной или двух смежных групп л/у);
- 3) регионарная (поражение двух или более несмежных групп л/у, расположенных по одну сторону диафрагмы);
- 4) генерализованная (поражение любых групп л/у, расположенных по обе стороны диафрагмы);
- 5) очаговая

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

10. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЛИМФОМЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1) с хроническим лимфолейкозом, инфекционным мононуклеозом,
- 2) Онкологией любой локализации
- 3) Цирроз печени
- 4) Саркоидоз
- 5) Язва желудка

Правильный ответ: 1
УК-1, ПК-5, ПК-6

5.Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1.

У больной 34 лет жалобы на быструю утомляемость, головокружение, одышку, отек лица и шеи. Подобные жалобы беспокоят около месяца. При осмотре кожа бледно-розового цвета, расчесы на коже, отек шеи, одутловатость лица. В правой надключичной области увеличенный лимфатический узел. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия. Живот мягкий, б/болезненный Печень у края реберной дуги, плотная, слегка болезненная, селезенка +2 см, плотная. В анализе крови: Нв 80г/л, эритроц. 2,4, лейкоц. 9,8, тромбоц. 180,0 СОЭ 30мм/ч.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выделите основные синдромы?
3. При каких заболеваниях наиболее часто встречается увеличенный надключичный ЛУ?
4. Необходимые диагностические методы для уточнения диагноза?
5. Перечислите диагностические методы для определения стадии заболевания (распространенности опухоли)?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 2.

У больного жалобы на общую слабость, одышку, беспричинную лихорадку до 39⁰С, потливость, усиливающуюся в ночное время, похудание на 15 кг сильнейшую боль в левом подреберье, появилась неделю назад, не купируемая анальгетиками, но уменьшающаяся при положении « на корточках». Из анамнеза: болен более 6 месяцев, при плановом мед. Осмотре по данным УЗИ ОБП- спленомегалия до 15 см. К врачам не обращался. В течение 6 месяцев нарастание клинической картины. Объективно: бледность кожи, вынужденное положение- сидя на корточках, живот увеличен в размере. Печень + 2 см, селезенка занимает всю левую половины живота, спускается в малый таз. Анализ крови: Нв - 100 г/л, эр. - 2.3 ретикул. - 2%, тромбоц. - 180 лейкоц. - 3.5 Анизо - пойкилоцитоз, по данным ФГДС- 2 язвы, прикрытые нитями фибрина, d около 2 см.

- 1.Ваш предположительный диагноз?
2. Как определить степень активности процесса?
3. Какие осложнения развились у пациента на фоне основного заболевания?
4. Есть ли необходимость в назначении антибактериальной терапии? Почему?
5. Тактика ведения пациента?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 3.

Больная 35 лет. Жалобы на похудание, снижение аппетита, ночную потливость. Из анамнеза: 3 года назад установлен диагноз лимфомы Ходжкина, проведена терапия, получена ремиссия. Все это время планово проходила мед. Осмотры, Объективно: Кожа и слизистые чистые, геморрагического синдрома нет, пальпируются шейные, надключичные, подмышечные лимфатические узлы до 2 см, с обеих сторон. Выполнена биопсия подмышечного ЛУ.

Анализ крови: Нб - 120 г/л, тромб. - 210 лейкоц. – 9,7 п/я - 6 с/я - 68 л. - 20 мон. - 4 СОЭ - 31 мм/час. При дополнительных инструментальных методов исследований отклонений нет. По данным гистологического исследования биоптата узла: имеет место наличие правильных тяжей коллагена, разделяющие опухолевую ткань на участки округлой формы. Клетки Березовского—Штернберга немногочисленны.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Определите стадию заболевания?
3. Гистологический вариант?
4. Тактика ведения пациентки?
5. В каком случае нужно проводить лучевую терапию?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 4.

Больная 65 лет, житель глубинки. Жалобы на выраженную слабость, снижение массы тела, лихорадку до 40⁰С в течение 7 дней.

Из анамнеза: страдает СКВ, регулярно терапию не получала. Ухудшение состояние около 4 месяцев - субфебрильная температура, в подмышечной области увеличенный ЛУ до 3-х см. Госпитализирована в ЦРБ, проводилась симптоматическая терапия, лечение СКВ (системные ГКС, иммуносупрессивная терапия), антибактериальная терапия. Выписана из стационара с улучшением, с рекомендациями: продолжение приема дексаметазона, циклоспарина А.

При осмотре состояние тяжелое, кожа влажная, бледная, периферическая лимфаденопатия (шейные, надключичные, подмышечные, паховые ЛУ). Одышка до 27 в минуту, Анализ крови: гемоглобин 82 г/л эритроциты 2.4 лейкоциты 15,5 тромбоциты 100 (п/я-8, с/я-72%, лимф17%, э-3%) ТЗН ++. СОЭ 70

1. Дайте характеристику гемограммы
2. Какое жизнеугрожающее состояние развилось у пациентки?
3. Какие ошибки сделаны врачом ЦРБ?
4. С чем вы связываете улучшение состояния больной в ЦРБ?
5. Ваша тактика.

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Задача № 5.

Больная 40 лет, жалобы на общую слабость, потливость, появление всех групп периферических ЛУ. Месяц назад проведен курс химиотерапия по поводу неходжкинской лимфомы, лечится не регулярно, от лучевой терапии отказалась. Хронические заболевания отрицает.

Объективно: бледность кожи, имеется увеличение всех групп периферических ЛУ. Печень + 2 см, селезенка +3 см. В б/х анализе ЛДГ 630 ЕД. Анализ крови: Нб - 90 г/л, эр. - 2.5 тромб. –180 лейкоц. – 11,5. По данным трепанобиопсии впервые обнаружено поражение костного мозга.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Ваши рекомендации для пациентки
3. Есть ли необходимость в повторной биопсии лимфатического узла? Почему?
4. Можно ли проводить этой пациентки высокодозную химиотерапию?
5. Есть ли необходимость в проведении трансплантации костного мозга?

УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 8

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1.

1. лимфопролиферативное заболевание.
2. Интоксикационный, анемический, синдром ВПВ.
3. Рак легкого, молочной железы, желудка, лимфогранулематоз.
4. Биопсия увеличенного лимфатического узла, с дальнейшим гистологическим, иммуногистохимическим исследованием.
5. УЗИ органов брюшной полости, малого таза; Р-графия органов грудной клетки (при возможности МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости с контрастом); ФГДС; ректороманоскопия (при необходимости ирригоскопия, колоноскопия); двусторонняя трепанобиопсия.

Эталоны ответов к задаче №2.

1. Неходжкинская лимфома высокой степени злокачественности.
2. Быстрое развитие клинической картины (6 месяцев).
3. Инфаркт селезенки
4. Да, опасность формирования абсцесса селезенки.
5. а. дезинтоксикация, обезболивание, антибактериальная терапия.
б. дообследование пациента, определение объема поражения,
в. повторное проведение ФГДС с биопсией, определения варианта лимфомы.
г. проведение химиотерапии.

Эталоны ответов к задаче №3.

1. Лимфома Ходжкина, поздний рецидив.
2. 2 стадия.
3. нодулярный склероз
4. Проведение химиотерапии.
5. При наличии ЛУ после проведения химиотерапии

Эталоны ответов к задаче №4.

1. Анемия, тромбоцитопения потребления, сдвиг лейкоцитарной формулы резко влево. Увеличена СОЭ.
2. Инфекционно - токсический шок
3. Не выполнена биопсия лимфатического узла
4. Назначение иммуносупрессивной терапии, системных ГКС
5. а. срочная госпитализация в стационар
б. отмена циклоспарина, дексаметазона
в. дезинтоксикационная , антибактериальная терапия
г. вопрос о проведении химиотерапии после стабилизации пациентки.

Эталоны ответов к задаче №5.

1. Неходжкинская лимфома прогрессия заболевания.
2. Госпитализация в стационар для определения объема поражения, проведения химиотерапии.
3. Да, вероятность трансформации в лимфосаркому.
4. Да, т.к. а) молодой возраст, б) в случае согласия пациентки.

5. Да, т.к. есть поражение костного мозга.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

1. Иметь навыки сбора анамнеза

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

2. Иметь навыки физикального обследования больных с лимфопролиферативными заболеваниями

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

3. Уметь определить стадию болезни

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

4. Научиться интерпретировать результаты миелограммы, трепанобиоптата, иммуногистохимии

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Лимфопролиферативные заболевания

2. Неходжкинская лимфома

8. Рекомендуемая литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни: учебник: в 2 т	ред. Н. А. Мухин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
2	Основы медицинской диагностики внутренних болезней : учеб. пособие	Богатырев В. Г.	М.: ЭКСМО, 2008
3	Внутренние болезни (клинические разборы): учебник: в	ред. Н. А. Мухин	М.: Литтерра, 2010

	2 т.		
4	Кардиология. Гематология	ред. Н. А. Бун [и др.].	М.: Рид Элсивер, 2009
5	Клиническая гематология: рук. для врачей	ред. А. Н. Богданов [и др.]	СПб.: Фолиант, 2008
6	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: рук. для врачей	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В..	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008
7	Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: рук. для практикующих врачей	ред. А. И. Воробьева.	М.: Литтерра, 2009
8	Планы ведения больных [Электронное издание]. – CD.	-	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Законодательные и нормативно-правовые документы

№ п/ п	Вид докуме нта	Принявший орган	дата	номер	Название документа
1	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	от 24 декабря 2010 г	N 1183н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»
2	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития РФ	от 23 марта 2011 г.	N 233н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.91 Тема: «Аутоиммунные тромбоцитопении».

2. Форма работы: подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Что такое аутоиммунные тромбоцитопении?
УК-1, ПК-5
2. Что является основной целью терапии ИТП?
УК-1, ПК-5
3. Что является пусковыми факторами развития тромбоцитопении?
УК-1, ПК-5
4. Клинические проявления тромбоцитопений
УК-1, ПК-5
5. Диагностика тромбоцитопений
УК-1, ПК-5
6. Классификация тромбоцитопений
УК-1, ПК-5
7. Основы терапии тромбоцитопений
УК-1, ПК-5
8. Терапия тромбоцитопений в экстренных ситуациях
УК-1, ПК-5

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ДЛЯ ИТП СПРАВЕДЛИВО НАЛИЧИЕ

- 1) анемия
- 2) лейкопения
- 3) эозинофилия
- 4) тромбоцитопения
- 5) моноцитоз

Правильный ответ: 4

ПК-5

2. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИТП

- 1) кожный геморрагический синдром
- 2) Некротическая ангина
- 3) Боли в костях
- 4) Гиперемия кожи лица, верхней половины туловища
- 5) Цианоз носогубного треугольника

Правильный ответ: 1

ПК-5

3. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИТП

- 1) Ретикулоцитоз
- 2) Патологические переломы
- 3) Желание есть мел, известку
- 4) Бледность кожных покровов и слизистых
- 5) Маточное кровотечение

Правильный ответ: 5

ПК-5

4. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИТП

- 1) Увеличение селезенки
- 2) Ретикулоцитоз
- 3) Увеличение непрямого билирубина
- 4) Желтушность кожных покровов
- 5) Повышение САД

Правильный ответ: 1

ПК-5

5. С ПОДОБНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, КАК ПРИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ, ПРОТЕКАЕТ

- 1) Сахарный диабет 1 типа
- 2) Железодефицитная анемия
- 3) Множественная миелома
- 4) Бронхиальная астма
- 5) Апластическая анемия

Правильный ответ: 5

ПК-5

6. ПАТОЛОГИЮ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ ОТРАЖАЕТ

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 1

ПК-5

7. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ ОТРАЖАЕТ

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 2

ПК-5

8. ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ ЗВЕНЬЕВ ТЕРАПИИ ИТП

- 1) ИГКС
- 2) ГКС
- 3) Диуретики
- 4) Трансплантация костного мозга
- 5) Гемодиализ

Правильный ответ: 2

ПК-5

9. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ИТП ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННАЯ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДО

- 1) 1 месяца
- 2) 1 года
- 3) 2 недель
- 4) 6 месяцев
- 5) 3 месяцев

Правильный ответ: 5

ПК-5

10. ЕДИНИЧНЫЕ ПЕТЕХИИ И ЕДИНИЧНЫЕ ЭКХИМОЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) Градация 0
- 2) Градация 1
- 3) Градация 2
- 4) Градация 3
- 5) Градация 4

Правильный ответ: 2

ПК-5

5.Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача №1.

Больная, 25 лет, поступила в клинику с жалобами на подкожные кровоизлияния, появляющиеся произвольно или после легкой травмы, обильные мenses, носовые кровотечения, кровотечения из десен. Больна с детства, заболевание носит рецидивирующий характер. При поступлении в предыдущий раз проведено лечение большими дозами глюкокортикоидов, однако хорошего эффекта получить не удалось. Количество тромбоцитов не увеличилось выше 30,0 – 50,0 тыс. При объективном осмотре массивные подкожные кровоизлияния, кожные покровы бледные, тахикардия. мягкий систолический шум над всеми точками сердца.

6. Каков наиболее вероятный диагноз?
7. Каким диагностическим обследованием уточнить нарушения гемостаза?
8. Осмотр каких специалистов обязателен у данной пациентки?
9. По характеру и выраженности геморрагического синдрома под какую градацию согласно классификации, больная попадает?
10. Тактика лечения на данном этапе.

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №2

Больная поступила в гематологическое отделение с жалобами на носовые кровотечения, обильные и длительные месячные, похудание, единичные «синяки» на спине. Больна много лет. Объективно: пониженного питания, в остальном в статусе без особенностей. В анализе крови: Нв 136г/л, эритроциты 3,9, лейкоциты 6,2, тромбоциты 9,0, СОЭ 52мм/час.

1. Предварительный диагноз?
2. С чем нужно дифференцировать?
3. Какое необходимо дообследование?

4. Лечение.

5. По характеру и выраженности геморрагического синдрома под какую градацию согласно классификации, больная попадает?

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №3

Пациентка Р., 25 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на петехиальные высыпания и синячки на коже нижних конечностей, передней поверхности туловища, возникающие спонтанно или из-за малейшей травматизации, и меноррагию, носовые кровотечения. Из истории болезни известно, что в течение последнего месяца трижды были спонтанные кровотечения из носа и синячки на коже после незначительных ушибов. 3 дня назад после экстракции зуба «мудрости» сразу же началось кровотечение, которое удалось купировать только через 12 ч. В связи с этим событием больная решила обследоваться в стационаре. Из истории жизни известно, что в детстве болела корью, ОРВИ, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, на коже нижних конечностей и передней поверхности туловища петехиальные высыпания, не выступающие над поверхностью кожи, безболезненные при надавливании, и небольшое количество синячков неправильной формы. Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,5 \times 10^{11}$ /л, тромбоциты - 50 000/л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
 2. Какие данные указывают на данный диагноз?
 3. Определите тип кровоточивости у данной больной
 4. Методы обследования.
 5. Составьте последовательный план лечения этой пациентки
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 4.

Девушка, 18 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на носовое кровотечение, кровавую рвоту. Страдает кровотечениями с 10 лет. Обострения бывают 4-5 раз в год в виде носовых кровотечений и геморрагий на коже, обильные месячные. Неоднократно лечилась в стационаре, последний раз получила лечение стационарно 3 месяца назад, выписана с улучшением.

Объективно: состояние средней тяжести. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов и наличие на коже туловища и конечностей разного цвета "синяков", размером от 0,5x1,0 см до 3x4 см, а также петехиальной сыпи на лице и шее. Экхимозы расположены асимметрично. Единичные петехиальные элементы на слизистой полости рта, по задней стенке глотки - кровь. Миндалины не выступают из-за дужек. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 95 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Мочеспускание не нарушено, стул оформлен, темного цвета.

В анализе крови: Эр.- $3,3 \times 10^{12}$ /л, Нв-85 г/л, тромбоциты $34,6 \times 10^9$ /л, лейкоц.- $8,0 \times 10^9$ /л. Длительность кровотечения по Дюке 15 мин. Реакция Грегерсена положительная. Анализ мочи без патологии.

1. Сформулируйте предположительный диагноз
2. Обоснуйте диагноз
3. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
4. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
5. Лечение.
УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 5.

Молодая женщина 28 лет обратилась к фельдшеру здравпункта. В анамнезе, со слов пациентки, заболевание на «В».

Жалобы на обильные кровянистые выделения из влагалища, слабость, головокружение, жажду, шум в ушах.

Объективно: кожные покровы бледные, на коже конечностей, туловища имеются кровоизлияния в виде кровоподтеков и синяков. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

6. Предположительный диагноз
7. Осложнение, возникшее у больной
8. Тактика лечения
9. Необходима ли госпитализация?
10. Дифференциальная диагностика
УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Эталонные ответы к ситуационным задачам

Эталонные ответы к задаче №1.

6. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
7. Коагулограмма (АЧТВ, протромбиновое и тромбиновое время, фибриноген, антитромбин III, фибринолитическая активность, агрегация тромбоцитов с АДФ, ристомидином и адреналином, скорость агрегации тромбоцитов, активность фактора XIII, РКМФ, активность протеина C).
8. Обязателен осмотр гинеколога, ЛОР-врача
9. Градация 3
10. На данном этапе целесообразно проведение спленэктомии.

Эталонные ответы к задаче №2

1. Тромбоцитопеническая пурпура, рецидивирующее течение
2. В-12 дефицитная анемия, апластическая анемия, метастазы рака в костный мозг, СКВ, гепатит
3. Стернальная пункция, обследование на рак, печеночные пробы, ЛЕ-клетки
4. Глюкокортикоиды, возможно, спленэктомия
5. Градация 2

Эталонные ответы к задаче №3

1. Тромбоцитопеническая пурпура

2. Отсутствие отягощенной наследственности, проявлений болезни в детском возрасте, отсутствие увеличения печени и селезенки, снижение количества тромбоцитов до 50 000)
3. Петехиально-пятнистый тип кровоточивости.
4. Коагулограмма (АЧТВ, протромбиновое и тромбиновое время, фибриноген, антитромбин III, фибринолитическая активность, агрегация тромбоцитов с АДФ, ристомиином и адреналином, скорость агрегации тромбоцитов, активность фактора XIII, РКМФ, активность протеина C).
5. Показано лечение кортикостероидами. Если в течение 3-4 мес лечение кортикостероидами будет неэффективно, показана спленэктомия, а при неэффективности последней показано назначение сочетания цитостатиков и кортикостероидов.

Эталоны ответов к задаче №4

6. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
7. Жалобы на носовые кровотечения с 10 лет, геморрагии, объективные данные: состояние средней тяжести, бледность кожных покровов и наличие на коже туловища и конечностей разного цвета "синяков", петехиальной сыпи на лице и шее. Экхимозы расположены асимметрично. Стул темного цвета. В лабораторных данных: в анализе крови снижение количества эритроцитов до $3,3 \times 10^{12}/л$, снижение гемоглобина до 85 г/л, снижение тромбоцитов до $34,6 \times 10^9/л$
8. Положительные пробы на резистентность капилляров, спленомегалия, кровотечения: десневые, маточные, желудочно-кишечные, почечные
9. Доврачебная помощь заключается в оказании неотложной помощи: создание спокойной обстановки, транспортировка в положении больного с приподнятой головой, механическая остановка кровотечения: холод на область переноса, передняя тампонада носа, местно гемостатическое средство
10. ГКС, иммуноглобулин, гемостатическая терапия, возможна спленэктомия

Эталоны ответов к задаче №5

1. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, Болезнь Верльгофа
2. Маточное кровотечение
3. Гемостатическая терапия: ввести в/в 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты на изотоническом растворе хлорида натрия
4. Да, в гинекологическое отделение
5. Другие нарушения гемостаза, эндометриоз

6. Перечень и стандарты практических умений.

1. Иметь навыки сбора анамнеза
УК-1, ПК-1
2. Иметь навыки физикального обследования больных
УК-1, ПК-1
3. Уметь дать оценку гематологических показателей (гемограммы, миелограммы) ПК-5

4. Уметь ставить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований
ПК-5

5. Уметь назначить адекватное лечение
ПК-6

7. Рекомендации по выполнению НИР.

- 1) Диагностика тромбоцитопатий, тромбоцитопений, коагулопатий на современном этапе
- 2) Современные принципы лечения геморрагических расстройств (тромбоцитопатий, тромбоцитопений, гемофилии),
- 3) Профилактика возможных осложнений геморрагических расстройств (тромбоцитопатий, тромбоцитопений, гемофилии)

8. Рекомендуемая литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни: учебник: в 2 т	ред. Н. А. Мухин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
2	Основы медицинской диагностики внутренних болезней : учеб. пособие	Богатырев В. Г.	М.: ЭКСМО, 2008
3	Внутренние болезни (клинические разборы): учебник: в 2 т.	ред. Н. А. Мухин	М.: Литтерра, 2010
4	Кардиология. Гематология	ред. Н. А. Бун [и др.].	М.: Рид Элсивер, 2009
5	Клиническая гематология: рук. для врачей	ред. А. Н. Богданов [и др.]	СПб.: Фолиант, 2008
6	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В..	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008

	фармакологией: рук. для врачей		
7	Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: рук. для практикующих врачей	ред. А. И. Воробьева.	М.: Литтерра, 2009
8	Планы ведения больных [Электронное издание]. – CD.	-	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Законодательные и нормативно-правовые документы

№ п/п	Вид документа	Принявший орган	дата	номер	Название документа
1	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	от 24 декабря 2010 г	N 1183н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»
2	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития РФ	от 23 марта 2011 г.	N 233н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»

1. Индекс: ОД. О.01.1.6.92 Тема занятия «Лекарственные цитопении».

2. Форма работы: подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Что такое цитопения
УК-1, ПК-5
2. Патофизиология цитопения
УК-1, ПК-5
3. Причины цитопении
УК-1, ПК-5

4. Диагностика цитопении
УК-1, ПК-5
5. Дифференциальная диагностика цитопении
УК-1, ПК-5
6. Что такое апластическая анемия
УК-1, ПК-5
7. Что такое спленомегалия и гиперспленизм
УК-1, ПК-5
8. Дать понятие панцитопении
УК-1, ПК-5

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. СИНДРОМ, НЕ ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ В ГЕМАТОЛОГИИ

- 1) Анемический
- 2) Ангинозный
- 3) Плеторический
- 4) Сидеропенический
- 5) Гиперпластический

Правильный ответ: 2

ПК-5

2. СИМПТОМ, НЕ ВХОДЯЩИЙ В СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) Истончение ногтевых пластинок
- 2) Некротическая ангина
- 3) Боли в костях
- 4) Гиперемия кожи лица, верхней половины туловища
- 5) Увеличение селезенки

Правильный ответ: 1

ПК-5

3. СИМПТОМ, ВХОДЯЩИЙ В ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) Ретикулоцитоз
- 2) Патологические переломы
- 3) Желание есть мел, известку
- 4) Бледность кожных покровов и слизистых
- 5) Кожный зуд после водных процедур

Правильный ответ: 5

ПК-5

4. СИМПТОМ, ВХОДЯЩИЙ В ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) Увеличение селезенки
- 2) Ретикулоцитоз
- 3) Увеличение непрямого билирубина
- 4) Желтушность кожных покровов
- 5) Все перечисленные

Правильный ответ: 5

ПК-5

5. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Определение числа эритроцитов
- 2) Определение числа лейкоцитов
- 3) Соотношение отдельных форм лейкоцитов
- 4) Определение числа тромбоцитов
- 5) Все перечисленное

Правильный ответ: 5

ПК-5

6. ПАТОЛОГИЮ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ ОТРАЖАЕТ

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 1

ПК-5

7. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ ОТРАЖАЕТ:

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 2

ПК-5

8. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СОСТАВЕ КОСТНОГО МОЗГА ПОЛУЧАЮТ ПРИ

- 1) Морфологическом исследовании костного мозга (стеральной пункции)
- 2) Трепанобиопсии крыла подвздошной кости
- 3) Пункции лимфатических узлов
- 4) Морфологическом исследовании крови
- 5) Все перечисленное верно

Правильный ответ: 2

ПК-5

9. ТИПЫ КРОВОТОЧИВОСТИ ПО БАРКАГАНУ

- 1) Петехиально-пятнистый
- 2) Гематомный
- 3) Гематомно-пятнистый
- 4) Васкулитно-пурпурный
- 5) Ангиоматозный.

Правильный ответ: 5

ПК-5

10. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ЛИШЬ

- 1) у больной, отмечающей в течение нескольких лет геморрагии, «синяки» на коже при нормальном содержании лейкоцитов и гемоглобина
 - 2) у больного с гепато - лиенальным синдромом, портальной гипертензией, геморрагиями на коже, носовыми кровотечениями, анемией, лейкопенией
 - 3) у больной с рецидивирующей ТЭЛА, получающей лечение гепарином, при нормальных показателях гемоглобина и лейкоцитов
 - 4) у больную с геморрагическим синдромом, возникшим около месяца назад (носовые, десневые кровотечения, кожные геморрагии), с анемией и нейтропенией
 - 5) все перечисленное
- Правильный ответ: 4
ПК-5, ПК-6

5.Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1.

У больной 32 лет головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышка при ходьбе. Непреодолимое желание есть мел. Месячные нерегулярные, периодически бывают обильными. Бледна, волосы ломкие, ногти истончены, исчерчены. ЧСС – 84 в мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Гемоглобин 64 г/л, ЦП – 0,7, формула без патологии.

11. Каков наиболее вероятный диагноз?
 12. Каким биохимическим показателем следует подтвердить диагноз?
 13. Осмотр какого специалиста обязателен у данной пациентки?
 14. Препараты какой группы вы назначите больной? Каков путь введения?
 15. Оправданна ли гемотрансфузия в данной ситуации?
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №2

Мужчина 25 лет, госпитализирован по поводу кровотечения из десен, лихорадки, общей слабости, одышки при ходьбе. Заболел неделю назад. Температура 39⁰С. Выраженная бледность, симметричное увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Множественные петехии и подкожные кровоизлияния. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧСС – 100 в мин, АД – 110/60 мм рт.ст. На верхушке – систолический шум, не проводится в левую подмышечную область. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин – 56 г/л, ретикулоциты – 0,1%, тромбоциты – 20×10^9 /л, лейкоциты – $2,1 \times 10^9$ /л, эоз. – 1%, баз. - 1%, нейтр. – 30%, лимф. – 62%, мон. – 6%, бласты – 3%. СОЭ – 47 мм/ч.

6. Наиболее вероятный диагноз?
 7. Какой метод обследования наиболее важен для постановки диагноза?
 8. Какова вероятность наличия у больного хронического лейкоза?
 9. Чем обусловлен геморрагический синдром?
 10. Чем вызвана лихорадка?
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №3

Больной 57 лет, болен около 8 лет, имелись многократные обострения, по поводу которых назначались какие-то химиопрепараты, названия которых не помнит. Основным проявлением болезни является потливость, увеличение периферических лимфоузлов до 3-4 см, узлы безболезненные, неплотные. Увеличен живот, пальпируется печень (+ 4 см), селезенка (+ 8 см). В анализе крови: лейкоциты – $44,2 \times 10^9/\text{л}$, формула – 88% лимфоцитов, 2% пролимфоцитов, 10% нейтрофилов, тени Боткина-Гумпрехта. Два дня назад отметил, что появилась желтушность склер, стала нарастать слабость, одышка, сердцебиение. Гемоглобин со 130 г/л упал до 86 г/л, в крови появился ретикулоцитоз 9%.

6. Наличие каких синдромов можно выделить у больного?
 7. Каков основной диагноз у данного пациента?
 8. Какого генеза развившаяся у больного анемия?
 9. Как подтвердить природу анемического синдрома?
 10. Возможна ли подобная картина при циррозе печени?
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 4.

Мужчина 22 лет обратился по поводу неприятных ощущений в левом подреберье, особенно при физической нагрузке. Брат больного был оперирован в возрасте 16 лет по поводу желчекаменной болезни. Объективно: рост 165 см, масса тела – 59 кг. Короткие мизинцы. Субиктеричность склер. Селезенка на 2 см ниже реберной дуги. В остальном – без особенностей. Анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, ретикулоциты – 8%, тромбоциты – норма. Микросфероцитоз. Билирубин – 36 мкмоль/л, свободный – 31 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

6. О чем свидетельствует высокий уровень ретикулоцитов?
 7. Ваш предположительный диагноз?
 8. Что противоречит диагнозу синдром Жильбера?
 9. Какие дополнительные исследования следует провести больному?
 10. Тактика лечения?
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 5.

Больной 64 лет обратился с жалобами на появившиеся неделю назад повторные носовые кровотечения, мелкоточечную сыпь на голенях и бедрах. В течение примерно 2-х лет начали увеличиваться в размерах шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы. К врачам до последнего времени не обращался.

Объективно: астенического телосложения. Температура тела 36,4 градусов С. На коже голеней, бедер – множественная петехиальная сыпь около 1-2 мм. Диффузно и симметрично увеличены шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы (до 2,5 см в диаметре), мягко-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и кожей. В легких дышане везикулярное, хрипов нет. ЧСС – 80 в мин, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень (+) 3 см из-под реберного края, селезенка (+) 4 см, мягко-эластической консистенции.

В анализе крови: гемоглобин – 114 г/л, эр. – $4,0 \times 10^9/\text{л}$, ЦП – 1,0, ретикулоциты – 1,2%, тромбоциты – $20 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $67,9 \times 10^9/\text{л}$, формула – 91% лимфоцитов, 3% пролимфоцитов, 6% нейтрофилов, тени Боткина-Гумпрехта.

11. Наличие каких синдромов можно выделить у больного?
 12. Что собой представляют «тени Боткина-Гумпрехта»?
 13. Каков основной диагноз у данного пациента?
 14. Какого генеза развившаяся у больного тромбоцитопения?
 15. Что является терапией первого ряда для купирования геморрагического синдрома?
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Эталоны ответов к задаче №1.

11. Наиболее вероятный диагноз – хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия тяжелой степени на почве меноррагий.
12. Следует определить уровень сывороточного железа (ожидается пониженный уровень).
13. Обязателен осмотр гинеколога.
14. Препараты железа внутрь (например, сорбифер дурулес по 1 таб. 2 раза в день).
15. Учитывая отсутствие гемодинамических нарушений, гемотрансфузии не показаны.

Эталоны ответов к задаче №2

6. Острый лейкоз.
7. Стернальная пункция.
8. В пользу острого, а не хронического лейкоза свидетельствует наличие в лейкоцитарной формуле «лейкемического провала».
9. В первую очередь геморрагический синдром обусловлен выраженной тромбоцитопенией.
10. Наиболее вероятно, лихорадка вызвана синдромом опухолевой интоксикации, однако следует исключить синдром инфекционных осложнений (пневмонию, сепсис).

Эталоны ответов к задаче №3

6. Гепатолиенальный синдром, синдром лимфаденопатии, синдром гемолитической анемии.
7. Хронический лимфолейкоз.
8. Вторичная аутоиммунная гемолитическая анемия.
9. Исследовать уровень билирубина (ожидается повышение за счет свободной фракции), произвести прямую пробу Кумбса.
10. Нет, выраженный лейкоцитоз с преобладанием клеток лимфоидного ряда, наличие теней Боткина-Гумпрехта, диффузная лимфаденопатия – типичны для хронического лимфолейкоза и нехарактерны для цирроза печени.

Эталоны ответов к задаче №4

6. О гемолитическом характере анемии.
7. Наследственная сфероцитарная гемолитическая анемия (болезнь Минковского-Шоффара).
8. Наличие гемолиза и спленомегалии.
9. Осмотическая резистентность эритроцитов (снижение), стеральная пункция (раздражение красного ростка), УЗИ желчного пузыря – для исключения холелитиаза.
10. Метод выбора – спленэктомия.

Эталоны ответов к задаче №5

11. Геморрагический, гепатолиенальный, синдром лимфаденопатии, гематологический.
12. Полуразрушенные клетки лимфоидного ряда (чисто лабораторный феномен).
13. Хронический лимфолейкоз.
14. Наиболее вероятно, имеет место вторичная аутоиммунная тромбоцитопения (при хроническом лимфолейкозе нередко развиваются аутоиммунные конфликты).
15. Глюкокортикоиды.

6. Перечень и стандарты практических умений.

1. Иметь навыки сбора анамнеза
УК-1, ПК-1
2. Иметь навыки физикального обследования больных
УК-1, ПК-1
3. Уметь дать оценку гематологических показателей (гемограммы, миелограммы)
ПК-5
4. Уметь ставить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований
ПК-5
5. Уметь назначить адекватное лечение
ПК-6

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Методика стеральной пункции
2. Ритуксимаб, фармакодинамика и роль в развитии цитопении
3. Глюкокортикоиды и их влияние на кроветворение

8. Рекомендуемая литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год

1	2	3	4
1	Внутренние болезни: учебник: в 2 т	ред. Н. А. Мухин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
2	Основы медицинской диагностики внутренних болезней : учеб. пособие	Богатырев В. Г.	М.: ЭКСМО, 2008
3	Внутренние болезни (клинические разборы): учебник: в 2 т.	ред. Н. А. Мухин	М.: Литтерра, 2010
4	Кардиология. Гематология	ред. Н. А. Бун [и др.].	М.: Рид Элсивер, 2009
5	Клиническая гематология: рук. для врачей	ред. А. Н. Богданов [и др.]	СПб.: Фолиант, 2008
6	Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией: рук. для врачей	Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д., Моисеев С. В..	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008
7	Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: рук. для практикующих врачей	ред. А. И. Воробьева.	М.: Литтерра, 2009
8	Планы ведения больных [Электронное издание]. – CD.	-	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Законодательные и нормативно-правовые документы

№ п/	Вид докуме	Принявший орган	дата	номер	Название документа
------	------------	-----------------	------	-------	--------------------

п	нта				
1	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации	от 24 декабря 2010 г	N 1183н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»
2	Приказ	Министерства здравоохранения и социального развития РФ	от 23 марта 2011 г.	N 233н	«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.93 Тема: «Зачетное занятие»

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3. Значение изучения темы: Подведение итогов занятий на цикле гематология для ординаторов, обучающихся по специальности Терапия

4. Контроль исходного уровня знаний

1. СИНДРОМ, НЕ ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ В ГЕМАТОЛОГИИ

- 1) Анемический
- 2) Ангинозный
- 3) Плеторический
- 4) Сидеропенический
- 5) Гиперпластический

Правильный ответ: 2

ПК-5

2. СИМПТОМ, НЕ ВХОДЯЩИЙ В СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) Истончение ногтевых пластинок
- 2) Некротическая ангина
- 3) Боли в костях
- 4) Гиперемия кожи лица, верхней половины туловища
- 5) Увеличение селезенки

Правильный ответ: 1

ПК-5

3. СИМПТОМ, ВХОДЯЩИЙ В ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) Ретикулоцитоз
- 2) Патологические переломы
- 3) Желание есть мел, известку
- 4) Бледность кожных покровов и слизистых
- 5) Кожный зуд после водных процедур

Правильный ответ: 5

ПК-5

4. СИМПТОМ, ВХОДЯЩИЙ В ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) Увеличение селезенки
- 2) Ретикулоцитоз
- 3) Увеличение непрямого билирубина
- 4) Желтушность кожных покровов
- 5) Все перечисленные

Правильный ответ: 5

ПК-5

5. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Определение числа эритроцитов
- 2) Определение числа лейкоцитов
- 3) Соотношение отдельных форм лейкоцитов
- 4) Определение числа тромбоцитов
- 5) Все перечисленное

Правильный ответ: 5

ПК-5

6. ПАТОЛОГИЮ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ ОТРАЖАЕТ

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 1

ПК-5

7. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ ОТРАЖАЕТ:

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 2

ПК-5

8. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СОСТАВЕ КОСТНОГО МОЗГА ПОЛУЧАЮТ ПРИ

- 1) Морфологическом исследовании костного мозга (стеральной пункции)
- 2) Трепанобиопсии крыла подвздошной кости

- 3) Пункции лимфатических узлов
- 4) Морфологическом исследовании крови
- 5) Все перечисленное верно

Правильный ответ: 2

ПК-5

9. ТИПЫ КРОВОТОЧИВОСТИ ПО БАРКАГАНУ

- 1) Петехиально-пятнистый
- 2) Гематомный
- 3) Гематомно-пятнистый
- 4) Васкулитно-пурпурный
- 5) Ангиоматозный.

Правильный ответ: 5

ПК-5

10. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ЛИШЬ

- 1) у больной, отмечающей в течение нескольких лет геморрагии, «синяки» на коже при нормальном содержании лейкоцитов и гемоглобина
- 2) у больного с гепато - лиенальным синдромом, портальной гипертензией, геморрагиями на коже, носовыми кровотечениями, анемией, лейкопенией
- 3) у больной с рецидивирующей ТЭЛА, получающей лечение гепарином, при нормальных показателях гемоглобина и лейкоцитов
- 4) у больную с геморрагическим синдромом, возникшим около месяца назад (носовые, десневые кровотечения, кожные геморрагии), с анемией и нейтропенией
- 5) все перечисленное

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

11. У БОЛЬНОЙ ВНЕЗАПНО ЛИХОРАДКА, СЛАБОСТЬ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ДИАГНОСТИРОВАН ГРИПП. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ 131 ЭР.4,5 МЛН., ЛЕЙКОЦИТЫ 21,9 МИЕЛОЦИТЫ 1 МЕТАМИЕЛ. 10 П/Я 12 С/Я 28 ЭОЗ. 2 ЛИМФ. 44 МОН. 3 СОЭ 12. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) хронический лимфолейкоз
- 2) острый лимфолейкоз
- 3) лимфогранулематоз
- 4) лимфоцитомы
- 5) лейкомоидная реакция

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

12. ГАПТЕНОВЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ

- 1) вызывается цитостатиками
- 2) вызывается анальгетиками и сульфаниламидными препаратами
- 3) вызывается дипиридамолом
- 4) Все перечисленное
- 5) Ничего из перечисленного

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

13. У БОЛЬНОГО ПОХУДАНИЕ, СЛАБОСТЬ, ОДЫШКА, УМЕРЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ И ПОДМЫШЕЧНЫХ Л/УЗЛОВ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫХ, ПОДВИЖНЫХ. НВ 120 ЭР. 3,7 ЛЕЙКОЦИТЫ 117,0 ИЗ НИХ 61% ЛИМФОЦИТОВ ЗРЕЛЫХ ФОРМ. СОЭ 19.

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) острый лимфолейкоз
- 2) хронический лимфолейкоз
- 3) лимфогранулематоз
- 4) лимфосаркома
- 5) лейкомоидная реакция

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

14. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПОВЫШЕННОГО ГЕМОЛИЗА

- 1) гипохромная анемия
- 2) увеличение прямого билирубина
- 3) насыщенный цвет мочи
- 4) желтуха с зудом
- 5) высокий ретикулоцитоз

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

15. У ДЕВУШКИ 2 НЕДЕЛИ ЛЕГКИЕ КРОВОПОДТЕКИ, БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ. БЛЕДНОСТЬ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, ГЕМОГЛОБИН 70 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 2.0, ТРОМБОЦИТЫ 15,0. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) острый лейкоз
- 2) апластическая анемия
- 3) наследственный сфероцитоз
- 4) железодефицитная анемия
- 5) гемолитическая анемия

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

16. У БОЛЬНОЙ МНОЖЕСТВЕННЫЕ СПОНТАННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ПО ОРГАНАМ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. СИМПТОМЫ ЖГУТА, ЩИПКА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ. ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- 1) гемофилия
- 2) болезнь Рандю-Ослера
- 3) тромбоцитопения
- 4) геморрагический васкулит
- 5) дефицит факторов протромбинового комплекса

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

17. ПАНЦИТОПЕНИЯ НЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1) В12-дефицитная анемия

- 2) апластическая анемия
- 3) острый алейкемический лейкоз
- 4) гемолитическая анемия
- 5) пароксизмальная ночная гемоглобинурия

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

18. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АНЕМИИ У БОЛЬНОЙ 72 ЛЕТ С ГЕМОГЛОБИНОМ 81 Г/Л И ЦВЕТОВЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ 1,2 НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) осмотическая резистентность эритроцитов
- 2) уровень прямого и непрямого билирубина
- 3) содержание железа сыворотки крови
- 4) стерильная пункция
- 5) верно все перечисленное

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

19. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) биопсию лимфоузла
- 2) стерильную пункцию
- 3) пункцию селезенки
- 4) подсчет ретикулоцитов
- 5) исследовать уровень ферритина сыворотки

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

20. НЕВЕРНО В ОТНОШЕНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА

- 1) лихорадка с или без озноба
- 2) язвенно-некротические поражения рта и глотки
- 3) тромбоцитопения
- 4) генерализованная геморрагическая сыпь
- 5) септицемия

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

21. НА РАННИХ СТАДИЯХ ЭРИТРЕМИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПЛЕТОРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) систематических гемоэкспузий
- 2) комбинированной цитостатической терапии
- 3) витаминотерапии
- 4) спленэктомии
- 5) глюкокортикоидов

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

22. ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРЕМИИ

- 1) лейкопения

- 2) снижение количества тромбоцитов
- 3) спленомегалия
- 4) высокий уровень эритропоэтина сыворотки
- 5) желтушность кожных покровов

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

23. НАЛИЧИЕ “ЛЕЙКЕМИЧЕСКОГО ПРОВАЛА” ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) острого лейкоза
- 2) хронического лейкоза
- 3) лейкомоидной реакции миелоидного типа
- 4) лейкомоидной реакции лимфоидного типа
- 5) правильного ответа нет

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

24. У ДЕВУШКИ 2 НЕДЕЛИ ЛЕГКИЕ КРОВОПОДТЕКИ, БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ. БЛЕДНОСТЬ, РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, ГЕМОГЛОБИН 70 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ 2.0, ТРОМБОЦИТЫ 15,0. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) острый лейкоз
- 2) апластическая анемия
- 3) наследственный сфероцитоз
- 4) железодефицитная анемия
- 5) гемолитическая анемия

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

25. В ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА УКЛАДЫВАЕТСЯ

- 1) выраженный палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы
- 2) диффузная лимфаденопатия
- 3) базофильно-эозинофильная ассоциация
- 4) тромбоцитоз
- 5) правильного ответа нет

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

26. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) снижение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов
- 2) "тени" Боткина-Гумпрехта в крови
- 3) эозинофильно-базофильная ассоциация
- 4) спленомегалия
- 5) Ph-хромосома

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

27. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА:

- 1) лейкопения
- 2) сдвиг формулы влево
- 3) клетки Боткина-Гумпрехта
- 4) лимфопения
- 5) тромбоцитоз

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

28. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) панцитопения
- 2) локальное увеличение лимфоузлов
- 3) увеличение процентного содержания гранулоцитов
- 4) увеличение абсолютного и относительного содержания лимфоцитов
- 5) наличие базофильно-эозинофильной ассоциации

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

29. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) выраженная лимфаденопатия
- 2) гемолитическая анемия
- 3) лимфоцитоз
- 4) наличие филадельфийской хромосомы
- 5) правильного ответа нет

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

30. КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКОЗОВ НА ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ
ОСНОВАНА

- 1) на клинической картине заболевания
- 2) на анамнестических данных
- 3) на степени зрелости клеточного субстрата заболевания
- 4) на продолжительности жизни больного
- 5) правильного ответа нет

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

31. ОСЛОЖНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИЕЛОМНОЙ
БОЛЕЗНИ

- 1) инфаркт миокарда
- 2) остеопороз с патологическими переломами
- 3) дыхательная недостаточность
- 4) кровотечение
- 5) гипергликемия

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

32. КРИТЕРИИ ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) анализ периферической крови
- 2) рентгенография грудной клетки
- 3) исследование костного мозга
- 4) анализ мочи
- 5) УЗИ внутренних органов

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

33. ПОРАЖЕНИЕ КАКОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ ПРИ МИЕЛОМНОЙ
БОЛЕЗНИ

- 1) костная
- 2) пищеварительная
- 3) ЦНС
- 4) сердечно-сосудистая

5) репродуктивная

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

34. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) остеопороз

2) множественные дефекты в трубчатых костях

3) патологические переломы

4) увеличение высоты тел позвонков

5) протрузии дисков

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

35. ДЛЯ СИНДРОМА БЕЛКОВОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ:

1) гипопротейнемия

2) диспротеинемия

3) СОЭ не определяется

4) уменьшение вязкости крови

5) повышение альбуминов и снижение глобулинов

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

36. У БОЛЬНОГО С ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЕЙ, ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИЕЙ В АНАЛИЗЕ МОЧИ: УД. ВЕС 1004; БЕЛОК 2,5 Г/Л; ЭРИТРОЦИТЫ 5-8 В П/ЗР.; ЛЕЙКОЦИТЫ 7-9 В П/ЗР.

1) туберкулез почки

2) миеломная болезнь

3) СКВ

4) хронический гломерулонефрит

5) гипернефрома

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

37. СИНДРОМ БЕЛКОВОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) гипопротейнемия

2) СОЭ не определяется

3) наличие М-градиента при электрофорезе белков

4) гипоальбуминемия

5) патологический глобулин

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

38. РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЮТ

1) снижение уровня IgA, IgM и лейкопения

2) анемия

3) наличие патологического IgG

4) тромбоцитоз

5) лимфопения

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

39. ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЕЕТСЯ

1) усиление разрушения эритроцитов селезенкой

2) рецидивирующие кровотечения

3) метаплазия костного мозга

4) нарушение всасывания железа

5) резекция желудка

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

40. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) гиперрефлексия, потеря ориентации и нарушения сознания вплоть до комы

2) возбуждение

3) боли в животе

4) поносы

5) кровь в моче

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

41. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СИМПТОМЫ:

1) слабость

2) бледность кожных покровов

3) койлонихии

4) одышка

5) увеличение селезенки

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

42. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ, ВЫЗЫВАЕМАЯ МЕДИКАМЕНТАМИ, ВОЗНИКАЕТ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ?

1) глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа

2) глутатион-пероксидаза

3) глутатион-редуктаза

4) 6-фосфоглюконат-дегидрогеназа

5) пируваткиназа

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

43. ОСНОВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ВСАСЫВАЕТСЯ В:

1) Желудке

2) Нисходящем отделе ободочной кишки

3) 12-перстной и тощей кишках

4) Подвздошной кишке

5) Правильно 1 и 3

Правильный ответ: 3
УК-1, ПК-5, ПК-6

44. ДЛЯ УСВОЕНИЯ ПИЩЕВОГО ВИТАМИНА В₁₂ ТРЕБУЕТСЯ:

- 1) Внутренний фактор фундальной части желудка
- 2) Здоровая селезенка
- 3) Нормальное содержание сахара в крови
- 4) Нормальная кишечная флора
- 5) температура тела не более 36,6С

Правильный ответ: 1
УК-1, ПК-5, ПК-6,

45. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА СОДЕРЖИТСЯ В ОДНОМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА:

- 1) ферракаль
- 2) ферроградулит
- 3) ферроплекс
- 4) тардиферрон
- 5) сорбифер дурулес

Правильный ответ: 5
УК-1, ПК-5, ПК-6

46. ОПТИМАЛЬНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА, НЕОБХОДИМОГО В СУТКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) 30-50 мг
- 2) 50-100 мг
- 3) 100-300 мг
- 4) 300-400 мг
- 5) 400-500 мг

Правильный ответ: 3
УК-1, ПК-5, ПК-6

47. КАКАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ПРОТЕКАЕТ С ГИПОХРОМИЕЙ ЭРИТРОЦИТОВ И СНИЖЕНИЕМ ЦВЕТНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ:

- 1) болезнь Миньковского-Шафара
- 2) талассемия
- 3) анемия при гиперспленизме
- 4) аутоиммунная гемолитическая анемия
- 5) болезнь Маркнафавы-Микели

Правильный ответ: 2
УК-1, ПК-5, ПК-6

48. СРЕДИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ РАЗЛИЧАЮТ:

- 1) Наследственные, Приобретенные, Симптоматические, Идиопатические
- 2) Апластическую, Приобретенную
- 3) На фоне Лекарственных средств и химикатов
- 4) Симптоматические и идиопатические

5) Наследственные и приобретенные

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

49. ДЕФЕКТ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ МИКРОСФЕРОЦИТОЗЕ
ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:

1) Белковой структуре мембраны эритроцита

2) Липидах мембраны эритроцита

3) Структуре гема

4) Цепях глобина

5) Правильно 3 и 4

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

50. ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ХАРАКТЕРНЫ:

1) Желтушность кожи и склер

2) Петехии на коже

3) Спленомегалия

4) Лимфаденопатия

5) Правило 1 и 3

Правильный ответ: 5

УК-1, ПК-5, ПК-6

51. СУБСТРАТОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЛИМФОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) эритроцит

2) тромбоцит

3) иммунодефицит

4) лимфоцит

5) остеобласт

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

52. ОРГАН ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ:

1) легкие

2) сердце

3) почки

4) лимфатический узел

5) трубчатые кости

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-5, ПК-6

53. МЕТОДИКОЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ КОСТНОГО МОЗГА
ЯВЛЯЕТСЯ

1) стеральная пункция

2) трепанация черепа

3) трепанобиопсия

4) люмбальная пункция

5) биопсия лимфатического узла

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

54. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТЕРАПИИ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) лучевая
- 2) моноклональные антитела
- 3) химиотерапия
- 4) трансплантация костного мозга
- 5) пересадка печени

Правильный ответ: 5

УК-1, ПК-5, ПК-6

55. ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ:

- 1) подмышечные
- 2) паховые
- 3) надключичные
- 4) шейные
- 5) бедренные

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-5, ПК-6

56. В ПОЛЬЗУ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ В ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ПРЕПАРАТЕ КЛЕТОК :

- 1) Березовского — Штернберга.
- 2) плазматические клетки
- 3) бласты
- 4) Ходжкина
- 5) верно А, Г

Правильный ответ: 1.

УК-1, ПК-5, ПК-6

57. ВАРИАНТ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ МЕТОДА :

- 1) цитологический метод
- 2) иммуногистохимия
- 3) гемограмма
- 4) биохимический анализ крови
- 5) МСКТ

Правильный ответ: 2.

УК-1, ПК-5, ПК-6

58. КЛЕТКА БЕРЕЗОВСКОГО РИД-ШТЕЙНБЕРГА – ЭТО:

- 1) клетка с бластной структурой хроматина
- 2) многоядерные клетки
- 3) плазматическая клетка
- 4) мегакариоцит
- 5) верно 1 и 4

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-5, ПК-6

59. 4-Я СТАДИЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА – ЭТО :

- 1) диссеминированная (вовлечение в процесс нелимфоидных органов — костного мозга, костей, лёгких, печени, кожи, органов пищеварительной системы и др.).
- 2) локальная (поражение одной или двух смежных групп л/у);
- 3) регионарная (поражение двух или более несмежных групп л/у, расположенных по одну сторону диафрагмы);
- 4) генерализованная (поражение любых групп л/у, расположенных по обе стороны диафрагмы);
- 5) очаговая

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

60. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЛИМФОМЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1) с хроническим лимфолейкозом, инфекционным мононуклеозом,
- 2) Онкологией любой локализации
- 3) Цирроз печени
- 4) Саркоидоз
- 5) Язва желудка

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-5, ПК-6

61. ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРОВОДИТЬ СПЛЕНЭКТОМИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ

- 1) Начальная стадия эритремии.
- 2) Маркиафава - Микеле.
- 3) Миелодиспластический синдром.
- 4) Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
- 5) Бластный криз при хроническом миелолейкозе.

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

62. ДЛЯ ГЕМОГРАММЫ ПРИ АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) Тромбоциты единичные.
- 2) Гипохромия эритроцитов.
- 3) Анемия.
- 4) Лейкопения.
- 5) Количество эритроцитов в норме.

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

63. ВЫРАЖЕННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) Гемобласты.
- 2) Хронические поражения печени.
- 3) Метастазы рака в костный мозг.
- 4) Системные заболевания.
- 5) Гаптеновый агранулоцитоз.

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

64. ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВСЕХ ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ

- 1) Ангиоматозный.
- 2) Васкулитопурпурный.
- 3) Гематомный.
- 4) Смешанный.
- 5) Пятнисто-петехиальный.

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

65. ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ ГЛАНЦМАНА

- 1) Дисплазия сосудистой стенки вследствие нехватки коллагена.
- 2) Дефицит рецептора, ответственного за агрегацию тромбоцитов.
- 3) Дефицит рецептора, ответственного за адгезию тромбоцитов.
- 4) Недостаток IX фактора свертывания.
- 5) Отсутствие 3-го пластинчатого фактора.

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

66. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕМОФИЛИИ НЕОБХОДИМА

- 1) Концентрация VIII фактора свертывания в крови.
- 2) Степень времени кровотечения.
- 3) Степень времени свертывания.
- 4) Степень удлинения АЧТВ.
- 5) Выраженность геморрагического синдрома.

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

67. ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ

- 1) Ангиоматозный
- 2) Васкулитнопурпурный
- 3) Гематомный
- 4) Петехиально-пятнистый
- 5) Смешанный

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

68. ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) Гематомы обширные.
- 2) Кровотечения.
- 3) Гемартрозы острые.
- 4) Гемартрозы хронические.
- 5) Геморрагическая сыпь.

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

69. ПРЕПАРАТЫ НЕ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬНЫМ ГЕМОФИЛИЕЙ

- 1) Криопреципитат.
- 2) Антигемофильная плазма.
- 3) Е-аминокапроновая кислота.
- 4) Свежезамороженная плазма.
- 5) Аскорбиновая кислота.

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

70. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГЕМОФИЛИИ

- 1) Снижение фибриногена.
- 2) Удлинение времени кровотечения.
- 3) Удлинение времени свертывания.
- 4) Снижение протромбинового показателя.
- 5) Нарушение ретракции кровяного сгустка.

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

71. ДЛЯ ИТП СПРАВЕДЛИВО НАЛИЧИЕ

- 1) анемия
- 2) лейкопения
- 3) эозинофилия
- 4) тромбоцитопения
- 5) моноцитоз

Правильный ответ: 4

ПК-5

72. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИТП

- 1) кожный геморрагический синдром
- 2) Некротическая ангина
- 3) Боли в костях
- 4) Гиперемия кожи лица, верхней половины туловища
- 5) Цианоз носогубного треугольника

Правильный ответ: 1

ПК-5

73. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИТП

- 1) Ретикулоцитоз
- 2) Патологические переломы
- 3) Желание есть мел, известку
- 4) Бледность кожных покровов и слизистых
- 5) Маточное кровотечение

Правильный ответ: 5

ПК-5

74. СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИТП

- 1) Увеличение селезенки
- 2) Ретикулоцитоз

- 3) Увеличение непрямого билирубина
- 4) Желтушность кожных покровов
- 5) Повышение САД

Правильный ответ: 1

ПК-5

75. С ПОДОБНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, КАК ПРИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ, ПРОТЕКАЕТ

- 1) Сахарный диабет 1 типа
- 2) Железодефицитная анемия
- 3) Множественная миелома
- 4) Бронхиальная астма
- 5) Апластическая анемия

Правильный ответ: 5

ПК-5

76. ПАТОЛОГИЮ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ ОТРАЖАЕТ

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 1

ПК-5

77. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ ОТРАЖАЕТ

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 2

ПК-5

78. ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ ЗВЕНЬЕВ ТЕРАПИИ ИТП

- 1) ИГКС
- 2) ГКС
- 3) Диуретики
- 4) Трансплантация костного мозга
- 5) Гемодиализ

Правильный ответ: 2

ПК-5

79. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ИТП ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННАЯ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДО

- 1) 1 месяца
- 2) 1 года
- 3) 2 недель

4) 6 месяцев

5) 3 месяцев

Правильный ответ: 5

ПК-5

80. ЕДИНИЧНЫЕ ПЕТЕХИИ И ЕДИНИЧНЫЕ ЭКХИМОЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1) Градация 0

2) Градация 1

3) Градация 2

4) Градация 3

5) Градация 4

Правильный ответ: 2

ПК-5

81. СИНДРОМ, НЕ ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ В ГЕМАТОЛОГИИ

1) Анемический

2) Ангинозный

3) Плеторический

4) Сидеропенический

5) Гиперпластический

Правильный ответ: 2

ПК-5

82. СИМПТОМ, НЕ ВХОДЯЩИЙ В СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1) Истончение ногтевых пластинок

2) Некротическая ангина

3) Боли в костях

4) Гиперемия кожи лица, верхней половины туловища

5) Увеличение селезенки

Правильный ответ: 1

ПК-5

83. СИМПТОМ, ВХОДЯЩИЙ В ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1) Ретикулоцитоз

2) Патологические переломы

3) Желание есть мел, известку

4) Бледность кожных покровов и слизистых

5) Кожный зуд после водных процедур

Правильный ответ: 5

ПК-5

84. СИМПТОМ, ВХОДЯЩИЙ В ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1) Увеличение селезенки

2) Ретикулоцитоз

3) Увеличение непрямого билирубина

4) Желтушность кожных покровов

5) Все перечисленные

Правильный ответ: 5

ПК-5

85. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Определение числа эритроцитов
- 2) Определение числа лейкоцитов
- 3) Соотношение отдельных форм лейкоцитов
- 4) Определение числа тромбоцитов
- 5) Все перечисленное

Правильный ответ: 5

ПК-5

86. ПАТОЛОГИЮ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ ОТРАЖАЕТ

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 1

ПК-5

87. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ ОТРАЖАЕТ:

- 1) Время свертывания
- 2) Время кровотечения
- 3) Протромбиновое время
- 4) Протромбиновый индекс
- 5) Активированное частичное тромбопластиновое время

Правильный ответ: 2

ПК-5

88. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СОСТАВЕ КОСТНОГО МОЗГА ПОЛУЧАЮТ ПРИ

- 1) Морфологическом исследовании костного мозга (стеральной пункции)
- 2) Трепанобиопсии крыла подвздошной кости
- 3) Пункции лимфатических узлов
- 4) Морфологическом исследовании крови
- 5) Все перечисленное верно

Правильный ответ: 2

ПК-5

89. ТИПЫ КРОВОТОЧИВОСТИ ПО БАРКАГАНУ

- 1) Петехиально-пятнистый
- 2) Гематомный
- 3) Гематомно-пятнистый
- 4) Васкулитно-пурпурный
- 5) Ангиоматозный.

Правильный ответ: 5

ПК-5

90. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ЛИШЬ

- 1) у больной, отмечающей в течение нескольких лет геморрагии, «синяки» на коже при нормальном содержании лейкоцитов и гемоглобина
 - 2) у больного с гепато - лиенальным синдромом, портальной гипертензией, геморрагиями на коже, носовыми кровотечениями, анемией, лейкопенией
 - 3) у больной с рецидивирующей ТЭЛА, получающей лечение гепарином, при нормальных показателях гемоглобина и лейкоцитов
 - 4) у больную с геморрагическим синдромом, возникшим около месяца назад (носовые, десневые кровотечения, кожные геморрагии), с анемией и нейтропенией
 - 5) все перечисленное
- Правильный ответ: 4
ПК-5, ПК-6

8. Рекомендуемая литература по теме занятия

Перечень основной литературы к рабочей программе

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
3	Гематология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433270.html	гл. ред. О. А. Рукавицын	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№	Авторы,	Место издания,
---	---------	----------------

п/п	Наименование, вид изделия	составитель, Редактор	издательство, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Электронные ресурсы:

Национальное гематологическое общество: <https://npngo.ru/>

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭМБ Консультант врача

ЭБС Айбукс

ЭБС Букап

ЭБС Лань

ЭБС Юрайт

СПС КонсультантПлюс

НЭБ eLibrary

БД Sage

БД Oxford University Press

БД ProQuest

БД Web of Science

БД Scopus

БД MEDLINE Complete

1. Индекс ОД.О.01.1.7.94 Тема: «Сахарный диабет».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- 1) Углеводный обмен в организме, регуляция углеводного обмена. УК-1 ПК-5, ПК-6, ПК-8.
- 2) Инсулинрезистентность УК-1 ПК-5, ПК-6, ПК-8.
- 3) Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета УК-1 ПК-5, ПК-6, ПК-8.
- 4) Клинические формы, степени тяжести УК-1 ПК-5, ПК-6, ПК-8.
- 5) Клиническая и лабораторная диагностика УК-1 ПК-5, ПК-6.
- 6) Патогенез ведущих симптомов УК-1 ПК-5, ПК-6, ПК-8.
- 7) Понятие о компенсированном и декомпенсированном СД УК-1 ПК-5, ПК-6, ПК-8.
- 8) Ангиопатия при сахарном диабете УК-1 ПК-5, ПК-6.
- 9) Комы при сахарном диабете УК-1 ПК-5, ПК-6.
- 10) Лечение, особенности ведения больных с нефропатиями, микроальбуминурией, гипертонией, прогноз, диспансеризация, МСЭ. УК-1 ПК-5, ПК-6, ПК-8.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

1. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЗАНИМАЕТ В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

- 1) первое место
 - 2) второе место
 - 3) третье место
 - 4) четвертое место
 - 5) пятое место
- Правильный ответ: 3
ПК-5, ПК-6

2. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЛЕЖИТ

- 1) инсулинорезистентность
 - 2) гиперинсулинемия
 - 3) атеросклероз
 - 4) деструкция β – клеток
 - 5) Ожирение
- Правильный ответ: 4
ПК-5, ПК-6

3. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY ХАРАКТЕРНО

- 1) врожденность
- 2) ненаследственный характер
- 3) относительно благоприятное течение заболевания
- 4) начало в пожилом возрасте
- 5) обязательное назначение инсулина

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

4. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- 1) ишемическая болезнь сердца
- 2) болезнь и синдром Иценко-Кушинга
- 3) хронический пиелонефрит
- 4) язвенная болезнь желудка
- 5) хронический гепатит

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

5. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СД 1 ТИПА

- 1) ожирение
- 2) гипертоническая болезнь
- 3) наличие антител к островкам поджелудочной железы, к глутаматдекарбоксилазе, аутоантитела к инсулину
- 4) ИБС, атеросклероз
- 5) Гиподинамия

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

6. УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА СД 2 ТИПА

- 1) ожирение, гиподинамия
- 2) травма поджелудочной железы
- 3) психическая травма
- 4) аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита и вирусное поражение бета-клеток
- 5) деструкция бета-клеток

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

7. ПАТОГЕНЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ОБУСЛОВЛЕН

- 1) деструкцией бета-клеток
- 2) абсолютной недостаточностью инсулина

- 3) снижением количества рецепторов к инсулину
- 4) нарушением рецепторного аппарата бета-клеток
- 5) гормональными антагонистами инсулина

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

8. НОРМОГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК В ЦЕЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ

- 1) 5,5 ммоль/л
- 2) 7,8 ммоль/л
- 3) 11,1 ммоль/л
- 4) больше 6,1 ммоль/л
- 5) больше 12,2 ммоль/л

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

9. КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЛЮКОЗЫ ЦЕЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА

- 1) больше 6,1 ммоль/л
- 2) меньше 7,0 ммоль/л
- 3) меньше 8,9 ммоль/л
- 4) меньше 7,8 ммоль/л
- 5) больше или равно 11,1 ммоль/л

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

10. ТЕСТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ПРОВОДИТСЯ С

- 1) 50 граммами глюкозы
- 2) 75 граммами глюкозы
- 3) 90 граммами глюкозы
- 4) 120 граммами глюкозы
- 5) 30 граммами глюкозы

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача 1.

Больная Ш., 43 лет, ранее считавшая себя здоровой, после психической травмы, поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, снижение остроты зрения, выраженную жажду - до 6 л сутки, полиурию, сонливость, боли в животе, тошноту, рвоту.

При осмотре: больная заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Запах моченых яблок изо рта. Кожа сухая. Шумное дыхание, слышимое на расстоянии. ЧДД 26 в мин., ЧСС 112 в мин. АД 90/70 мм рт. ст. Тоны сердца

приглушены, ритмичные. Язык сухой, обложен белым налетом. Отмечается напряжение и болезненность брюшной стенки.

В анализах: глюкоза крови 18,6 ммоль/л, креатинин крови 450 мкмоль/л; остаточный азот 43 ммоль/л; мочевины 13,8 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок 0,54 г/л, относительная плотность 1012, ацетон +++, сахар 7%, эр.-един. в п/зр., лейкоц. 4-5 в в п/зр.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Стоит ли госпитализировать пациентку? Если да, то куда?
3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. С какими другими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Принципы терапии и профилактики.
УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Задача 2.

Больная Р. 58 лет, поступила с жалобами на выраженную жажду (выпивает до 5 литров жидкости), обильное и частое мочеиспускание, особенно ночью, зуд в промежности. Данные жалобы в течение 3-4 месяцев. При осмотре: повышенного питания. Рост 166 см. Вес 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, в легких везикулярное дыхание. ЧСС 74 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой. Живот спокойный. Отеков нет. Общий анализ мочи: относительная плотность 1035, белка нет, сахар 2%, ацетон (-).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Современные методы лечения данной патологии.
5. Принципы диетотерапии.
УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Задача 3

У больной Д. 42 лет, находившейся в стационаре по поводу СД 1 типа, через 2 часа после еды появились дрожь в теле, потливость, снижение остроты зрения, беспокойство. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. На вопросы не отвечает, агрессивна. В легких везикулярное дыхание. Пульс 98 ударов в мин, АД 90/50 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот спокойный. В крови уровень глюкозы 2,8 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какова причина данного состояния?
3. При каких значениях гликемии следует начинать мероприятия по купированию гипогликемии у больных СД ?

4. Принципы терапии и профилактики данного состояния.
 5. Какова тактика при тяжелой гипогликемии.
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Задача 4

Больная Ж., 36 лет. Страдает алиментарно-конституциональным ожирением 1 ст. и сахарным диабетом. Получает метформин по 1000 мг 2 раза в день. Беременность 10 недель. Явилась на консультацию к эндокринологу для получения рекомендаций по поводу лечения сахарного диабета. Жалоб не предъявляет, диету строго не соблюдает. Объективно. Рост- 160 см, масса тела-89 кг. Глазное дно в норме. Дополнительные исследования. Глюкоза крови натощак-7 ммоль/л, в течение дня не превышает 9,1 ммоль/л. В моче-2,78 ммоль/л глюкозы при диурезе 2 л, протеинурии нет.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз (тип сахарного диабета, состояние компенсации).
2. Лечение какими препаратами разрешено во время беременности?
3. Дайте рекомендации по лечению больной.
4. Какие цели лечения по гликемии во время беременности?
5. Перечислите дополнительные методы обследования.

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Задача 5

Больная С., 55 лет. Страдает сахарным диабетом 12 лет. Принимает метформин по 1г 2 раза в день. В последние годы состояние ухудшилось, появились жажда, полиурия (до 3 л в сутки), похудела.

Объективно. Рост-174 см, масса тела-70 кг. Кожа сухая. Пульс-68 в 1 мин, ритмичный. Дополнительные исследования. Гликемический профиль: 8 ч-8,66 ммоль/л, 11 ч-12,2, 15 ч-13,8, 19 ч- 12,6, 23 ч-11,7, 3 ч-8,88 ммоль/л. глюкоза мочи-2,5 г/л. Реакция мочи на ацетон отрицательная.

1. Определите тип сахарного диабета и состояние компенсации.
2. Каковы современные методы диагностики потребности в инсулине?
3. Оцените, следует ли перевести больную на лечение инсулином.
4. Укажите, целесообразно ли увеличить больной дозу метформина.
5. Принципы диетотерапии пациентов, получающих инсулин.

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Эталоны ответов:

Задача №1

1. Диагноз: впервые выявленный сахарный диабет, кетоацидоз умеренно-тяжелой степени тяжести.
2. Экстренная госпитализация в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии.

3. Анализ крови на кетоновые тела, кислотно-щелочное состояние крови, развернутый клинический анализ крови, электролиты: калий, натрий.
4. Лактат-ацидоз, абстинентный синдром при хроническом алкоголизме, абдоминальный синдром.
5. Устранение инсулиновой недостаточности, борьба с дегидратацией и гиповолемией, восстановление электролитного баланса и КЩС, выявление и лечение сопутствующих заболеваний и состояний, которые спровоцировали кетоацидоз.

Задача №2

1. Диагноз: Впервые выявленный сахарный диабет 2 тип. Ожирение 1 ст. (ИМТ 32).
2. Анализ гликемии натощак и через 2 часа после еды, при необходимости: гликозилированный гемоглобин и С-пептид. БАК: креатинин, мочевины, липиды, триглицериды, кетоновые тела.
3. Психогенная полидипсия, несахарный диабет, сахарный диабет 1 тип.
4. При отсутствии противопоказаний – лечение метформином.
5. Умеренно гипокалорийное питание с дефицитом калорий 500 – 1000 ккал в сутки, но не менее 1200 ккал в сутки. Голодание категорически противопоказано. Снижение калорийности достигается за счет ограничения продуктов с высоким содержанием жиров, простых углеводов, а также ограничения сложных углеводов примерно вдвое от привычного для пациента потребления.

Задача №3

1. Диагноз: сахарный диабет 1 тип, гипогликемическое состояние.
2. Причины: передозировка инсулина, неправильная техника инъекций инсулина, либо недостаточное количество углеводов в пище.
3. Мероприятия по купированию гипогликемии у больных СД следует начинать при уровне глюкозы плазмы 3.3 – 3.9 ммоль/л.
4. Прием быстроусвояемых углеводов в количестве 1-2 ХЕ: сахар (4-5 кусков, лучше растворить в воде или в чае), или мед или варенье (1 – 1.5 столовых ложки), или 200 мл сладкого фруктового сока, или 100 мл лимонада, или 4-5 больших таблеток глюкозы (по 3 г). Если гипогликемия вызвана инсулином, то дополнительно съесть 1-2 ХЕ медленноусвояемых углеводов (хлеб, каша и т. д.), и контролировать состояние пациента в течение всего периода действия инсулина.
5. Пациента уложить на бок, освободить полость рта от остатков пищи. При потере сознания нельзя вливать в полость рта сладкие растворы (опасность асфиксии!). В/в струйно ввести 20 – 100 мл 40 % глюкозы, до полного восстановления сознания. Альтернатива – 1 мл р-ра глюкагона п/к или в/м (вводится родственником больного, персоналом и т. д.). Если сознание не восстанавливается после в/в введения 100 мл 40 % глюкозы – начать в/в капельное введение 5 – 10 % глюкозы и госпитализировать. Лечение

продолжать до нормализации гликемии и полного выведения инсулина из организма- если была передозировка инсулина.

Задача №4

1. Диагноз: Сахарный диабет 2 тип. Целевой уровень HbA1c < 6.0 %. Беременность 10 недель. Ожирение 1 ст.
2. Использование препаратов инсулина человека короткой и средней продолжительности действия, аналогов инсулина ультракороткого действия (лизпро, аспарт).
3. Прием метформина при беременности противопоказан. Соблюдение адекватной диеты: питание с достаточным количеством углеводов, подсчет ХЕ (хлебных единиц). Показана инсулинотерапия. Фолиевая кислота 500 мкг в сутки до 12-й недели; йодид калия 250 мкг в сутки – при отсутствии противопоказаний.
4. Цели лечения по гликемии: : глюкоза плазмы натощак/перед едой/перед сном/3ч <5,1 ммоль/л, глюкоза плазмы через 1 час после еды – до 7,0 ммоль/л, HbA1c < 6.0 %.
5. Контроль: ацетонурии, протеинурии, глюкозы крови натощак , перед приемами пищи и на ночь, гликозилированного гемоглобина . Осмотр офтальмолога 1 раз в триместр. Наблюдение акушера-гинеколога, эндокринолога.

Задача №5

1. Сахарный диабет 2 тип. Целевой уровень HbA1c <7.0 %. Стадия декомпенсации.
2. Определить уровень С-пептида.
3. В данном состоянии необходимо определить гликозилированный гемоглобин (HbA1c), и при значении более 10 % - следует сразу назначать инсулин, т.к. за последние годы, сформировалась инсулинопотребность. При низком уровне С-пептида – необходимо начать инсулинотерапию, а при нормальном или повышенном уровне С-пептида – необходимо скорректировать диету. К метформину добавить инсулин пролонгированного действия или пероральный препарат из других групп.
4. Увеличивать дозу метформина не целесообразно, т.к. пациентка получает достаточно высокую дозу препарата, а при развившейся инсулинопотребности, метформин необходимо отменить.
5. Необходим подсчет углеводов по системе ХЕ (как при СД 1-го типа).

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. При сборе анамнеза научиться выявлять симптомы, позволяющие заподозрить наличие у больного сахарного диабета.
2. Выявить при объективном исследовании изменения, свидетельствующие о нарушении трофики тканей и водно-солевого обмена.

3. Провести исследование функционального состояния эндокринной части поджелудочной железы и оценить его результаты.
 4. Определить объем необходимых дополнительных исследований и консультаций смежных специалистов у пациента с сахарным диабетом.
 5. Уметь определять глюкозу в крови глюкометром, глюкозу и ацетон в моче экспресс-методами.
 6. Знать методику исследования гликемического профиля, уметь оценить его результат.
 7. Провести и оценить глюкозотолерантный тест.
 8. Провести посиндромную дифференциальную диагностику (полиурии, полидипсии, глюкозурии, гипергликемии) при сахарном диабете.
 9. Сформулировать диагноз сахарного диабета, определить его тип, степень тяжести заболевания
- УК-1 и ПК-1, ПК- 2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Классификация сахарного диабета и правила формулировки диагноза.
2. Этиология и патогенез сахарного диабета 1 и 2 типов.
3. Современные принципы лечения сахарного диабета 1 и 2 типов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2990918/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.

	-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/		
3	Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423501594.html	И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев	М. : Литтерра, 2015.

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Электронные ресурсы:

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 8-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2017.

<https://www.endocrinentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/algosd.pdf>

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭМБ Консультант врача

ЭБС Айбукс

ЭБС Букап

ЭБС Лань

ЭБС Юрайт

СПС КонсультантПлюс

НЭБ eLibrary

БД Sage

БД Oxford University Press

БД ProQuest

БД Web of Science

БД Scopus

БД MEDLINE Complete

1. Индекс ОД.О.01.1.7.95 Тема: Диффузный токсический зоб

2. Форма работы:

- подготовка к практическим занятиям
- подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

Обучающийся должен обладать следующими компетенциями: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

Обучающийся должен **знать:** основные клинические проявления, этиологию, патогенез ДТЗ; **уметь:** провести диагностику ДТЗ; **владеть:** владеть оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики при заболеваниях щитовидной железы, алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным с патологией щитовидной железы, алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию помощи больным при тиреотоксическом кризе.

Вопросы по теме занятия

1. Гормоны, вырабатываемые щитовидной железой. (ПК-5)
2. Основные факторы этиопатогенеза ДТЗ. (ПК-5)
3. Ведущие синдромы в клинической картине ДТЗ. (ПК-5)
4. Поражение сердечно-сосудистой системы. Тиреотоксическое сердце. (ПК-5)
5. Диагностические критерии ДТЗ. (ПК-5)
6. Классификация тиреотоксикоза по степени тяжести. (ПК-5)
7. Консервативное лечение ДТЗ. Основные препараты в лечении и тактика назначения тиреостатиков. Особенности лечения лиц старшей возрастной группы. (ПК-6)
8. Показания к оперативному лечению ДТЗ. Основные послеоперационные осложнения. (ПК-6)
9. Тиреотоксический криз: причины развития, основные элементы патогенеза, клиническая картина и интенсивная терапия. (ПК-6)

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

01. ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

1. повышенной секрецией тиреотропного гормона
2. тиреоидстимулирующими иммуноглобулинами
3. повышенной чувствительностью тканей к гормонам щитовидной железы
4. повышенной секрецией тиреолиберина

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

02. ДЛЯ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА

1. постоянная тахикардия и мерцательная аритмия.
2. мерцательная аритмия
3. пароксизмальная тахикардия
4. атриовентрикулярная блокада

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

03. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. уровень тиреотропного гормона в крови
2. уровень трийодтиронина и тироксина крови
3. белковосвязанный йод
4. йодопоглотительная функция щитовидной железы

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

04. ЗОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. хорошо пальпируемая щитовидная железа
2. увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин
3. заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции
4. пальпируемое узловое образование щитовидной железы

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

05. ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕСТИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

1. уровень тиреоидных гормонов и величина основного обмена
2. выраженная тахикардия и степень потери массы тела
3. выраженная тахикардия и офтальмопатия
4. размер щитовидной железы и артериальная гипертензия

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

06. ДЛЯ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ ТИТРА АНТИТЕЛ:

1. к тиропероксидазе
2. к тиреоглобулину
3. к глутаматдекарбоксилазе
4. к рецепторам ТТГ

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

07. ДЛЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ТТГ

1. T_3 – в норме; T_4 – в норме; ТТГ – подавлен (снижен)
2. T_3 – повышен; T_4 – повышен; ТТГ – подавлен (снижен)
3. T_3 – в норме; T_4 – повышен; ТТГ – в норме
4. T_3 – повышен; T_4 – повышен; ТТГ – в норме

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

08. ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ОБУСЛОВЛЕН:

1. снижением конверсии тироксина в трийодтиронин
2. воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью
3. воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе
4. блокированием поступления йода в щитовидную железу

Правильный ответ: 2

(ПК-6)

09. СИМПТОМ ДАЛЬРИМПЛЯ - ЭТО

1. расширение глазной щели
2. отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх
3. отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вверх
4. отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вниз

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

10. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ИСПОЛЬЗУЮТ

1. препараты йода
2. левотироксин натрия
3. тирозол
4. глюкокортикостероиды

Правильный ответ: 3

(ПК-6)

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача № 1 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка 40 лет, поступила в клинику с жалобами на резкое похудание, раздражительность, плаксивость, сердцебиение, перебои в области сердца. 10 лет назад оперирована по поводу диффузно - токсического зоба. 9 лет чувствовала себя здоровой. Год назад после тяжелой пневмонии появились вышеперечисленные жалобы. Объективно: пониженного питания, кожа горячая и влажная. На шее рубец после тиреоидэктомии. Пальпируется ткань железы в области перешейка и левой доли. Сердце увеличено влево, тоны громкие. Мерцательная аритмия. ЧСС=120 в мин. Дефицит пульса 25 в мин, АД 130/60 мм рт ст. печень не увеличена, отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Решить вопросы о показаниях к тиреоидэктомии.
3. Какие возможны осложнения оперативного лечения?
4. Какой метод лечения можно использовать при отказе пациентки от операции?
5. Ведение пациента после радикального лечения

Задача №2 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка В., 30 лет, работает учителем. Обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, жажду, повышенный аппетит, похудание на 10 кг за 2 месяца, сердцебиение, раздражительность, дрожание всего тела, слезотечение. Болеет более 2 месяцев. Месяц назад перенесла фолликулярную ангину.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 С. Больная суетлива, мелкий тремор пальцев вытянутых рук, блеск глаз, редкое мигание. При опускании взора вниз видна полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой. Отмечается лабильность настроения. Кожа кистей рук повышенной влажности, теплая. Пальпируется слегка увеличенная щитовидная железа, мягкая, безболезненная. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца усилены, тахикардия до 126 в минуту. АД - 160/50 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень, желчный пузырь, селезенка не увеличены. Стул жидкий, до 5 раз в сутки. Менструации отсутствуют в течение последних 2 месяцев.

Вопросы:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.
5. Прогноз трудоспособности.

Задача № 3 (ПК-5, ПК-6)

На приём к врачу в поликлинике обратилась пациентка 27 лет с жалобами на неопределенные боли в области сердца, одышку при

физической нагрузке, раздражительность, плаксивость, плохой сон. Больна в течение года. Объективно: питание несколько снижено. Кожа влажная, но не горячая. Суетлива, плаксива, мелкий тремор пальцев рук, быстрый розовый разлитой дермографизм. Сердце - границы в норме. Громкие ритмичные тоны. Пульс 90 уд в мин, АД 100/65 мм рт ст. после нервно-психических перегрузок бывают подъемы АД до 150/30 мм рт ст. щитовидная железа увеличена до II ст., диффузная, подвижная. Глазных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулировать предварительный диагноз
2. Выделить ведущие синдромы.
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику.
4. Наметить план для уточнения диагноза.
5. Определить тактику лечения.

Задача № 4 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка К., 34 лет жалуется на боли в области сердца, сердцебиение, одышку, появляющиеся при ускоренной ходьбе, физ. нагрузке, утолщение шеи (появилось в последние 6 месяцев), раздражительность, плаксивость. Отмечает потерю веса до 10кг. Считает себя больной 7 лет. Лечилась по поводу заболевания сердца и неврастении. Объективно: больная пониженного питания. Пульс 120 уд\мин, АД 130\70 мм рт ст. Экзофтальм. Щитовидная железа увеличена равномерно с гладкой поверхностью, мягко-эластической консистенции, безболезненная, смещается при глотании.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие специальные исследования необходимы для подтверждения диагноза и ожидаемые результаты?
3. Охарактеризуйте степени тяжести заболевания.
4. Определите лечебную тактику.
5. Оцените показания к хирургическому лечению

Задача №5 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка Е., 22 лет, произведена тиреоидэктомия по поводу диффузно-токсического зоба. К вечеру появилось сердцебиение, выраженная слабость, диффузная потливость, тошнота, рвота. Температура повысилась до 39,4 градусов Цельсия. Пациентка возбуждена, речь невнятная. Выраженный тремор рук. Пульс малый 166 уд/мин ритмичный. АД 150/10 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, 28 мин. Край печени выступает из-под реберной дуги на 4 см.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось после операции.
2. Патогенез развития данного состояния
3. Чем обусловлено увеличение печени?
4. Неотложные мероприятия.

5. Профилактика

Ответы к ситуационным задачам:

Ответ к задаче №1

1. Рецидив диффузного – токсического зоба II ст., тяжелого течения. Осл. Тиреотоксическое сердце. Мерцательная аритмия, тахиформа.
2. Показана повторная тиреоидэктомия после достижения эутиреоза т.к. имеет место рецидив ДТЗ; мерцательная аритмия.
3. Послеоперационный гипопаратиреоз, поражение возвратного нерва.
4. Радиойодтерапию.
5. Подбор дозы пожизненной заместительной гормональной терапии левотироксином.

Ответ к задаче №2

1. Диагноз: диффузный токсический зоб II степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести.
2. Диагностика: ТЗ, Т4, ТТГ; общий анализ крови; УЗИ щитовидной железы; радиоизотопное сканирование щитовидной железы
3. Дифференциальная диагностика с нейро-циркуляторной дистонией, гипертонической болезнью.
4. Лечение: консервативная терапия: титреостатические препараты, бета-блокаторы, седативные.
5. Нетрудоспособна во время терапии до достижения эутиреоидного состояния (3-5 недель)

Ответ к задаче №3

1. Диффузный токсический зоб II ст.
2. Зоб; вегетативный; кардиальный; гипертонический.
3. Дифференциальная диагностика с нейро-циркуляторной дистонией, гипертонической болезнью.
4. Т₃; Т₄; ТТГ; УЗИ щитовидной железы, ЭКГ, холестерин
5. Лечение: консервативная терапия: титреостатические препараты, бета-блокаторы, седативные.

Ответ к задаче №4

1. Диффузный токсический зоб 2 степени. Тиреотоксикоз средней степени тяжести.
2. УЗИ ЩЖ - диффузное увеличение железы, неровность контуров, гиперваскуляризация. Исследование гормонов щитовидной железы - повышение уровня ТЗ, Т4, снижение ТТГ.
3. Легкая – не резко выражена симптоматика, увеличение железы. Пульс до 100 уд\мин. Средняя – выраженная симптоматика. Пульс до 120 уд/мин. Значительное снижение массы тела (8-10 кг) Тяжелая – резко выражены симптомы. Пульс 120 уд/мин и выше нередко с аритмией. Резкое снижение массы тела, бессонница.

4. Лечение: консервативная терапия: титреостатические препараты, бета-блокаторы, седативные.
5. При неэффективности консервативной терапии показана тотальная резекция щитовидной железы.

Ответ к задаче №5

1. Тиреотоксический криз.
2. Резкое высвобождение большого количества тиреоидных гормонов в ходе хирургической операции.
3. Сердечно-сосудистой недостаточностью.
4. Пропилтиоурацил; бета-адреноблокаторы; препараты йода; преднизолон; плазмоферез.
5. Предоперационная подготовка тиреостатическими препаратами, достижение эутиреоза.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

1. Оценить данные гормонального тиреоидного статуса. (ПК-5)
2. Пальпировать щитовидную железу. (ПК-5)
3. Оценить степень тяжести тиреотоксикоза. (ПК-5)
4. Назначить терапию тиреостатиками. Провести коррекцию назначений. (ПК-6)

7. Рекомендации по выполнению НИР

1. Особенности клинической картины и лечения тиреотоксикоза у лиц пожилого и старческого возраста.
2. Диффузно-токсический зоб и беременность.
3. Дифференциальная диагностика ДТЗ с нейроциркуляторной дистонией, митральным стенозом и ИБС.

8. Рекомендованная литература по теме занятия

Перечень основной литературы к рабочей программе

№ п/ п	Наименование, вид издания	Авторы, составители редакторы.	Место издания, издательс тво, год
1	2	3	4
1	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
3	<u>Эндокринология</u> [Электронный ресурс] :	ред. И. И.	М. :

	нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html	Дедов, Г. А. Мельниченко	ГЭОТАР-Медиа, 2016.
--	--	-----------------------------	------------------------

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№ п/ п	Наименование, вид издания	Авторы, составители редакторы	Место издания, издательс тво, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3	Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437094.html	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Электронные ресурсы:

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
 ЭБС Консультант студента ВУЗ
 ЭМБ Консультант врача
 ЭБС Айбукс
 ЭБС Букап
 ЭБС Лань
 ЭБС Юрайт
 СПС КонсультантПлюс
 НЭБ eLibrary
 БД Sage
 БД Oxford University Press
 БД ProQuest
 БД Web of Science
 БД Scopus
 БД MEDLINE Complete

1. Индекс ОД.О.01.1.7.96 Тема: Гипотиреоз

2. Форма работы:

- подготовка к практическим занятиям
- подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

Обучающийся должен обладать следующими компетенциями: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

Обучающийся должен знать: основные клинические проявления, этиологию, патогенез гипотиреоза; **уметь:** провести диагностику гипотиреоза; **владеть:** владеть оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики при заболеваниях щитовидной железы, алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным с патологией щитовидной железы, алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию помощи больным при гипотиреоидной коме.

Вопросы по теме занятия

1. Гормоны, вырабатываемые щитовидной железой. (ПК-5)
2. Механизмы регуляции функции щитовидной железы. (ПК-5)
3. Основные формы гипотиреоза по уровню поражения. (ПК-5)
4. Причины первичного гипотиреоза. (ПК-5)
5. Этиология вторичного и третичного гипотиреоза. (ПК-5)
6. Ведущие синдромы в клинической картине гипотиреоза. (ПК-5)
7. Диагностические критерии гипотиреоза. (ПК-5)
8. Лечение гипотиреоза. Расчет суточной дозы препарата. Особенности лечения лиц старшей возрастной группы. (ПК-6)
9. Гипотиреоидная кома: этиология, клиническая картина, лечение. (ПК-6)

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

01. ЗАБОЛЕВАНИЕ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ ГИПОФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. болезнь Иценко-Кушинга
2. несахарный диабет
3. болезнь Аддисона
4. микседема

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

02. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА:

1. Карбонат лития
2. Тироксин
3. Йодомарин
4. Мерказолил

Правильный ответ: 2

(ПК-6)

03. ДЛЯ ГИПОТИРЕОИДНОЙ КОМЫ ХАРАКТЕРНО

1. повышенная температура тела
2. тонические судороги
3. брадикардия
4. дыхание Куссмауля

Правильный ответ: 3

(ПК-5)

04. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА

1. первоначальное назначение максимально переносимой дозы тироксина с последующим снижением
2. назначение тироксина в дозе 1 таблетка ежедневно курсами по 4-6 месяцев.
3. лечение тиреотропным гормоном
4. постепенное повышение дозы тироксина до достижения оптимальной

Правильный ответ: 4

(ПК-6)

05. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТИРЕОЗА

1. исследование уровня ТТГ, Т3, Т4 в плазме крови
2. определение титра антител к тиреоглобулину
3. определение суточной экскреции с мочой 17-ОКС
4. тест толерантности к глюкозе

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

06. ПАТОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕН

1. уменьшением массы железистой ткани щитовидной железы и торможением синтеза тиреоидных гормонов
2. уменьшением синтеза тиролиберина
3. уменьшением секреции тиролиберина
4. уменьшением секреции ТТГ

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

07. ПАТОГЕНЕЗ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕН

1. недостатком йода в окружающей среде
2. уменьшением секреции ТТГ
3. снижением секреции тиролиберина
4. увеличением секреции тиролиберина

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

08. ПАТОГЕНЕЗ ТРЕТИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕН

1. уменьшением синтеза тиролиберина
2. аутоиммунным процессом в щитовидной железе
3. увеличением секреции ТТГ
4. секрецией биологически неактивного ТТГ

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

09. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОТЕКОВ ПРИ ГИПОТЕРИОЗЕ ЛЕЖИТ

1. диспротеинемия
2. накопление гиалуроновой и хондроитинсерной кислот
3. задержка натрия
4. накопление креатин фосфата

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

10. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ

1. микседема
2. гипопитуитаризм
3. атрезия щитовидной железы
4. кретинизм

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача № 1 (ПК-5, ПК-6)

В клинику поступила пациентка 58 лет с жалобами на появление отёков на лице и нижних конечностях, вялость. Слабость, утомляемость, частые головокружения, сжимающие боли в области сердца при физической нагрузке, быстро проходящие от приёма нитроглицерина. Год тому назад размеры щитовидной железы стали увеличиваться, стала прогрессировать

слабость, появились отёки. Объективно: больная вялая, очень бледная, на вопросы отвечает медленно, речь скандированная. На коже лица и голеней отёк, ямка при надавливании не остаётся. Кожа рук толстая, грубая, холодная, пигментированная, в складку не собирается. Щитовидная железа увеличенная, плотная, диффузная, подвижная. Органы дыхания без патологии. Сердце увеличено влево. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 52 уд в мин, АД 100/60 мм рт. ст. язык утолщен с фасетками от зубов. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Сформулировать наиболее вероятные диагнозы при данной клинике.
3. Наметить план для уточнения диагноза.
4. С чем можно связать развитие слабости и утомляемости.
5. Прогноз.

Задача №2 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка 40 лет, поступила в клинику с жалобами на отеки на ногах и руках, слабость, быструю утомляемость, сонливость. Болеет в течение года, к врачам обратилась впервые. Объективно: больная бледная, вялая, щитовидная железа II ст, диффузная. Кожа конечностей сухая, холодная. В области голеней и плеч пальпируются плотные отеки, кожа над ними в складку не собирается, пигментирована. Органы дыхания без патологии. Имеется умеренная брадикардия и гипотония. Печень и селезенка не увеличены. Лимфоузлы не пальпируются.

Вопросы:

1. Выделить ведущие синдромы.
2. Между какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Наметить план для уточнения диагноза.
4. Механизм развития отекающего синдрома
5. Лечение

Задача №3 (ПК-5, ПК-6)

Пациент 40 лет, обратился в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, зябкость, появление отеков на лице. Болен в течение года после резекции щитовидной железы. Не лечился. Объективно: больной вял, адинамичен, лицо отекающее, бледное. Язык толстый с фасетками от зубов. Пульс 50 уд в мин, АД 100/60 мм. рт. ст., кожа сухая, холодная, шелушащаяся, ткань железы не определяется.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Составить план обследования и ожидаемые результаты.
3. Выделите синдромы
4. Составить план лечения.
5. Нормальное значение ТТГ?

Задача №4 (ПК-5, ПК-6)

У женщины, 33 лет, спустя полгода после тиреоидэктомии появилась слабость, апатия, сонливость, запоры, нарушение менструального цикла. Объективно: ожирение. Наружные волосы бровей выпали. Пульс 56 уд/мин. Кожа сухая, волосы ломкие. АД 100/60 мм рт ст. Тоны сердца ослаблены.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Наметьте план обследования и ожидаемые результаты.
3. План лечения.
4. Выделите синдромы.
5. Прогноз.

Задача №5 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка 43 лет, жалуется на слабость, сонливость, зябкость, отечность лица и конечности, запоры, прибавку в весе. В анамнезе субтотальная тиреоидэктомия 10 лет назад. При осмотре апатично медлительная, отечность лица и конечностей. Кожа сухая, холодная, шелушащаяся, отеки плотные. Тоны сердца глухие, брадикардия до 50 уд/мин. Холестерин крови 8,6 ммоль/литр.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Наметьте план обследования и ожидаемые результаты.
3. Выделите синдромы.
4. План лечения.
5. Нормальное значение ТТГ?

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Ответ к задаче №1

1. Зоб; отёчный; анемический; стенокардический.
2. Эндемический зоб II ст. гипотиреоз, средней степени тяжести. Соп. ИБС. Стенокардия напряжения II ф. класс. ИБС, атеросклероз коронарных сосудов, стенокардия, атеросклеротический кардиосклероз, СН II А. Хронический гломерулонефрит.
3. Т3; Т4 ; ТТГ ; УЗИ щитовидной железы. Холестерин, развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная потеря белка с мочой, клубочковая фильтрация, мочевины, креатинин, ЭКГ, ЭхоКГ.
4. При гипотиреозе часто развивается атрофия нейронов, нарушение обмена и продукции ряда медиаторов.
5. При своевременной диагностике и правильном лечении благоприятный.

Ответ к задаче №2

1. Отёчный, гипотиреоидный, дерматопатия, сердечно – сосудистый.
2. Гипотиреоз и хронический гломерулонефрит.

3. Т3; Т4; ТТГ; УЗИ щитовидной железы; развернутый анализ крови; общий анализ мочи; мочевины; креатинин; клубочковая фильтрация; холестерин.
4. Отеки появляются в результате избыточного накопления в интерстиции гиалуроновой кислоты и других гликозаминогликанов, которые из-за гидрофильности задерживают избыток воды.
5. Подбор дозы заместительной терапии L – тироксином.

Ответ к задаче №3

1. Послеоперационный гипотиреоз, средней степени тяжести.
2. Т3; Т4; ТТГ; ТТГ – повышен, св. Т4 – снижен
3. Отечный, гипотиреоидный, дерматопатия
4. Подбор дозы L – тироксина.
5. 0,17-4,05мМЕ\л.

Ответ к задаче №4

1. Послеоперационный гипотиреоз средней степени тяжести.
2. Т3; Т4; ТТГ; УЗИ щитовидной железы; ТТГ – повышен, св. Т4 – снижен
3. Подбор дозы заместительной терапии L – тироксином.
4. Отечный, гипотиреоидный, дерматопатия, сердечно-сосудистый.
5. При подборе адекватной дозы заместительной терапии - благоприятный

Ответ к задаче №5

1. Послеоперационный гипотиреоз средней степени тяжести.
2. Т3; Т4; ТТГ; УЗИ щитовидной железы; ТТГ – повышен, св. Т4 – снижен.
3. Отечный, гипотиреоидный, дерматопатия, сердечно-сосудистый.
4. Подбор дозы заместительной терапии L – тироксином.
5. 5.0,17-4,05мМЕ\л.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

1. Оценить данные гормонального статуса. (ПК-5)
2. Оценить данные УЗИ диагностики (ПК-5)
3. Основные клинические синдромы гипотиреоза. (ПК-5)
4. Оценить степень тяжести гипотиреоза. (ПК-5)
5. Назначить терапию тиреоидными гормонами при гипотиреозе. Провести коррекцию назначений. (ПК-6)

7. Рекомендации по выполнению НИР

1. Особенности лечения гипотиреоза у лиц пожилого и старческого возраста.
2. Особенности лечения врожденного гипотиреоза.
3. Понятие о йод - дефицитных состояниях, диагностика и профилактика

8. Рекомендованная литература по теме занятия

Перечень основной литературы к рабочей программе

№ п/ п	Наименование, вид издания	Авторы, составители редакторы.	Место издания, издательс тво, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
3	Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№ п/ п	Наименование, вид издания	Авторы, составители редакторы	Место издания, издательс тво, год
1	2	3	4
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3	Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437094.html	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Электронные ресурсы:

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭМБ Консультант врача

ЭБС Айбукс
ЭБС Букап
ЭБС Лань
ЭБС Юрайт
СПС КонсультантПлюс
НЭБ eLibrary
БД Sage
БД Oxford University Press
БД ProQuest
БД Web of Science
БД Scopus
БД MEDLINE Complete

1. Индекс:ОД.О.01.1.7.97 Тема: «Тиреоидиты».

2.Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИР.

3.Перечень вопросов для самоподготовки.

1. Классификация заболеваний щитовидной железы. Методы оценки функции щитовидной железы. Классификация заболеваний щитовидной железы.

УК-1,ПК-5,ПК-6

2. Йоддефицитные заболевания. Диагностические критерии йодного дефицита в окружающей среде. Диффузный эутиреоидный зоб.

УК-1,ПК-5,ПК-6

3. Йоддефицитные заболевания. Узловой зоб. Классификация. Тактика терапевтического и хирургического лечения.

УК-1,ПК-5,ПК-6

4. Дифференциальная диагностика узловых форм зоба. Аденомы и рак щитовидной железы. Отработка алгоритмов дифференциальной диагностики.

УК-1,ПК-5,ПК-6

5. Организация, проведение и оценка эффективности массовой, групповой и индивидуальной профилактики йодного дефицита.

УК-1,ПК-5,ПК-6

6. Тиреоидиты. Острый и подострый тиреоидит. Диагностика, клиника, лечение.

УК-1,ПК-5,ПК-6

7. Тиреоидиты. Аутоиммунный тиреоидит. Диагностика, клиника, лечение.

УК-1,ПК-5,ПК-6

8. Особенности амбулаторно-поликлинического ведения больных с заболеваниями щитовидной железы (эндемический зоб, диффузный, узловой)

УК-1,ПК-5,ПК-6, ПК-8

9. Особенности амбулаторно-поликлинического ведения больных с заболеваниями щитовидной железы (гипотиреоз, состояния после операции на щитовидной железе).

УК-1,ПК-5,ПК-6, ПК-8

10. Принципы преемственности оказания медицинской помощи на разных ее этапах.

УК-1,ПК-5,ПК-6, ПК-8

11. Основы гормонального анализа заболеваний щитовидной железы.

УК-1,ПК-5,ПК-6

1.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям.

1.УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ, ПРИВОДЯЩУЮ К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА:

- 1) струмэктомия
- 2) наследственные дефекты в биосинтезе тиреоидных гормонов
- 3) аутоиммунный процесс
- 4) хромофобная аденома гипофиза
- 5) гипоплазия или аплазия щитовидной железы

Правильный ответ: 4

ПК-5,ПК-6

2.ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА?

- 1) аутоиммунный тиреоидит
- 2) субтотальная тиреоидэктомия
- 3) гипо-и аплазия щитовидной железы
- 4) недостаточное введение в организм йода
- 5) все перечисленное

Правильный ответ: 5

ПК-5,ПК-6

3. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОГО

ГИПОТИРЕОЗА: 1) аутоиммунные поражения

щитовидной железы

2) врожденная недостаточность ТТГ

3) поражение гипоталамических центров, секретирующих тиролиберин

4) нехватка йода в окружающей среде

5) подострый

тиреоидит

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

4. ВТОРИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1) патологии ЩЖ

2) недостаточной функции ЩЖ

3) патологией гипофиза

4) патологией гипоталамуса

5) патологией ЩЖ с недостаточностью ее функции

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

5. ПРИЧИНАМИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) аутоиммунные процессы в ЩЖ

2) опухоли гипофиза

3) кровоизлияния в гипофиз

4) травмы гипофиза

5) нейроинфекции

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

6. КЛИНИКА ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕНА

1) недостатком Т3 и Т4

2) уменьшением активности катехоламинов

3) снижением метаболизма

4) уменьшением потребности в кислороде

5) недостатком Т3 и Т4, снижением метаболизма

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

7. ПАТОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕН

1) уменьшением массы железистой ткани щитовидной железы с торможением синтеза тиреоидных гормонов

2) уменьшением секреции ТТГ

3) уменьшением синтеза тиролиберина

4) увеличением массы железистой ткани щитовидной железы

5) уменьшением секреции тиролиберина

Правильный ответ: 1

ПК-5,ПК-6

8. ТРЕТИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ОБУСЛОВЛЕН

1) первичным поражением гипоталамических центров, секретирующих тиролиберин

2) синдромом Симмондса-Шиена

3) недостатком введения в организм йода

4) аденомой гипофиза

5) радиационным повреждением щитовидной железы

Правильный ответ: 1

ПК-5,ПК-6

9. К РАЗВИТИЮ ГИПОТИРЕОЗА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1) аутоиммунные процессы в ЩЖ и инфильтрация лимфоцитами

2) аутоиммунные процессы, снижение выработки ТТГ, врожденная гипоплазия

3) снижение концентрации ТТГ

4) снижение концентрации тиролиберина

5) врожденная гиперплазия щитовидной железы

Правильный ответ: 1

ПК-5,ПК-6

10. ПАТОГЕНЕЗ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕН

1) уменьшением секреции ТТГ

2) увеличением секреции ТТГ

3) увеличением секреции тиролиберина

4) снижением секреции тиролиберина

5) торможением синтеза тиреоидных гормонов из-за недостатка йода в организме

Правильный ответ: 1

ПК-5,ПК-6

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1.

Больная Ч. 45 лет. Жалобы на слабость, сонливость, склонность к запорам.

Анамнез: 20 лет наблюдается у эндокринолога по поводу узлового зоба и АИТ, гипотиреоз выявлен 14 лет назад, 10 лет принимала Л-тироксин 100 мкг, но последние 4 года не принимает - отменила самостоятельно. При

осмотре- кожа сухая, . При аускультации тоны сердца приглушены, брадикардия, АД 130/90. При обследовании: гормоны ТТГ- 67,1(0,3-4,0) , свТ4 -6,22 (10,3-24,5), сахар крови 5,3 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: V=12.3 см³. Контур: четкий ,эхогенность железистой ткани значительно пониженная. Структура: неоднородная за счет чередования зон пониженной; повышенной и нормальной эхогенности без четких контуров. В правой доле очаговое образование с ободком Хало размером 1,9/2,1 см. Пульс 48 уд.в минуту.

- 1)Клинический диагноз.
 - 2)Каковы наиболее частые причины гипотиреоза?
 - 3)Назначьте лечение.
 - 4)Через какое время от начала заместительной терапии тироксином и как часто следует контролировать гормоны?
 - 5)Определите дальнейшую тактику в отношении очагового образования.
- УК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-8

Ответ к задаче №1:

- 1.Диагноз. Аутоиммунный тиреоидит с развитием первичного гипотиреоза на фоне узлового зоба 1 ст. ВОЗ (объем щитовидной железы 12,3см³).
- 2.Аутоиммунный тиреоидит, операции на щитовидной железе, терапия радиоактивным йодом.
- 3.Табл. Л-тироксин 100 мкг - по 1таблетке - за 30 минут до завтрака постоянно.
- 4.Через 2 месяца повторить гормон ТТГ, и при необходимости – коррекция заместительной терапии. На протяжении первого года терапии обычно требуется 3–4 определения уровня ТТГ. После того, как доза подобрана, контрольные определения уровня ТТГ проводятся ежегодно.
- 5.Консультация эндокринного хирурга с целью проведения тонкоигольной аспирационной биопсии узла.

Задача № 2.

Больная З. 32 лет, перенесла тяжелый грипп. Через30 дней вновь поднялась температура тела до 38°С и появилась боль на передней поверхности шеи иррадиирующая в ухо и нижнюю челюсть. Щитовидная железа при пальпации плотная, резко болезненная. Появилась тахикардия, раздражительность, потливость. Лейкоциты крови - 9×10^9 /л.

- 1)Поставьте предварительный диагноз.
 - 2)Проведите дифференциальную диагностику.
 - 3)Укажите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести для уточнения диагноза.
 - 4)Что необходимо провести для подтверждения диагноза?
 - 5)Определите тактику лечения.
- УК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-8

Ответ к задаче № 2.

- 1) Диагноз: Подострый тиреоидит, тиреотоксическая стадия.
- 2) Дифференциальный диагноз проводить с острым тиреоидитом, с синдромом тиреотоксикоза, раком щитовидной железы, отитом, эзофагитом, фарингитом, флегмоной шеи.
- 3) обследования: РАК (ускоренная СОЭ, отсутствие лейкоцитоза), гормоны ТТГ, свТ4, свТ3; УЗИ щитовидной железы, сцинтиграфия
- 4) тест Крайля: назначение 20-30 мг преднизолона в сутки- в результате через 24-72 ч отмечается уменьшение болезненности в области шеи и постепенное снижение СОЭ.
- 5) продолжить прием преднизолона в течение 1-3 недель до нормализации СОЭ, затем снижать дозу по 5 мг в неделю- общая продолжительность лечения 2-3 месяца. Для устранения симптомов тиреотоксикоза назначают В-адреноблокаторы под контролем ЧСС. Тиреостатическая терапия не показана.

Задача № 3.

Больной, 40 лет, обратился в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, зябкость, появление отеков на лице. Болен в течение года после струмэктомии. Не лечился. Объективно: больной вял, адинамичен, лицо отечное, бледное. Язык толстый с фасетками от зубов. Пульс 50 уд в мин, АД 100/60 мм ртст, кожа сухая, холодная, шелушащаяся, ткань железы не определяется.

- 1) Ваш предварительный диагноз.
 - 2) Составить план обследования.
 - 3) Составить план лечения.
 - 4) Проведите дифференциальную диагностику.
 - 5) Прогноз
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Ответ задаче № 3.

- 1) Послеоперационный гипотиреоз, средней степени тяжести.
- 2) Т₃; Т₄; ТТГ; антитела к МС.
- 3) Подбор дозы L – тироксина.
- 4) хронический гломерулонефрит, Fe-дефицитная анемия.
- 5) Благоприятный.

Задача № 4.

На прием обратилась больная с жалобами на увеличение щитовидной железы. Живет в местности где у многих зоб. Заметила увеличение железы 2 года назад, размеры не увеличиваются. Объективно: щитовидная железа увеличена на глаз, пальпируется равномерно перешеек и доли. Кожа обычная, тремора нет. Пульс 72 в мин, АД 120/70 мм рт ст. внутренние органы без патологии. Глаза обычные, глазных симптомов нет.

- 1) Сформулировать диагноз.
- 2) План обследования.

- 3)Проведите дифференциальную диагностику
 - 4)Наметить план лечебных мероприятий.
 - 5)Прогноз
- УК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-8

Ответ к задаче № 4.

- 1)Эндемический зоб II ст, эутиреоз.
- 2) T_3 ; T_4 ; ТТГ;
- 3)С синдромом тиреотоксикоза, раком щитовидной железы
- 4)Препараты йода (калия йодид 150 – 200 мкг; тироксин).
- 5)Благоприятный.

Задача № 5.

У женщины, 33 лет, спустя полгода после струмэктомии появилась слабость, апатия, сонливость, запоры, нарушение менструального цикла.

Объективно: ожирение. Наружные волосы бровей выпали. Пульс 56 уд/мин.

Кожа сухая, волосы ломкие. АД 100/60 мм рт ст. Тоны сердца ослаблены

- 1)Сформулируйте диагноз
 - 2)Наметить план обследования.
 - 3)План лечения.
 - 4)Проведите дифференциальную диагностику
 - 5)Прогноз
- УК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-8

Ответ к задаче № 5.

- 1)Послеоперационный гипотиреоз средней степени тяжести.
- 2) T_3 ; T_4 ; ТТГ; а/т к МС; УЗИ щитовидной железы.
- 3)Подбор дозы заместительной терапии L – тироксином.
- 4)Fe-дефицитная анемия.
- 5)Благоприятный

6. Перечень практических умений:

- 1.Составить план диагностического обследования больного.
- 2.Провести клинико-лабораторные, гормональные исследования и тесты функциональной диагностики.
- 3.Правильно интерпретировать полученные результаты обследования.
- 4.Оценить эффективность терапии методом клинико-лабораторного контроля.
- ☐ ☐Выявить специфические признаки заболеваний щитовидной железы и составить алгоритм диагностического поиска по выявлению гипотироза, тиротоксикоза, эутиреоидного зоба.
- 6.Пальпировать щитовидную железу, диагностировать глазные симптомы тиротоксикоза и офтальмопатию.
- 7.Интерпретировать сцинтиграммы щитовидной железы.

УК-1,ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Дифференциальная диагностика узловых форм зоба.
2. Узловой зоб тактика лечения.
3. Клиника острого и подострого тиреоидита.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
3	Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423501594.html	И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев	М. : Литтерра, 2015.

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№	Наименование, вид	Авторы,	Место издания,
---	-------------------	---------	----------------

п/п	издания	составитель, Редактор	издательство, год
1	Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Электронные ресурсы

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭМБ Консультант врача

1. Индекс ОД.О.01.1.7.98 Тема: Йоддефицитные заболевания

2. Форма работы:

- подготовка к практическим занятиям
- подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

Обучающийся должен обладать следующими компетенциями: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

Обучающийся должен знать: основные клинические проявления, этиологию, патогенез ЙДЗ; уметь: провести диагностику ЙДЗ; владеть: владеть оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики при заболеваниях щитовидной железы, алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным с патологией щитовидной железы, алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по лечению и профилактике ЙДЗ.

Вопросы по теме занятия

1. Биосинтез тиреоидных гормонов и его регуляция. (ПК-5)
2. Биологическое действие тиреоидных гормонов. (ПК-5)

3. Нормальные уровни тиреоидных гормонов и ТТГ в крови. (ПК-5)
4. Показания для назначения и интерпретация инструментальных методов исследования ЩЖ (УЗИ, сцинтиграфия, КТ-, МРТ-исследования, тонкоигольная аспирационная биопсия). (ПК-5)
5. Классификация размеров ЩЖ ВОЗ. (ПК-5)
6. Индивидуальная профилактика йододефицита. (ПК-6)
7. Массовая профилактика йододефицита. (ПК-6)

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

01. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ ВО ВРЕМЕНИ БЕРЕМЕННОСТИ

1. 50-100 мкг.
2. 100-150 мкг.
3. 1000 мкг.
4. 200 мкг.

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

02. ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ГРУППОВОЙ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

1. Дети и подростки.
2. Подростки, беременные и кормящие.
3. Дети и лица в возрасте старше 50 лет.
4. Дети, подростки, беременные и кормящие.

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

03. ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СРЕДСТВАМИ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

1. антиструмин
2. иодид калия 200 и 100 мкг и антиструмин
3. биоактивные пищевые добавки из морской капусты
4. раствор 1 % калий йод
5. тироксин

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

04. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ

1. Зоб эндемический.
2. Диффузный токсический зоб
3. Эндокринная офтальмопатия
4. Аплазия щитовидной железы.

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

05. ЗОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ

5. хорошо пальпируемая щитовидная железа

6. увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин
7. заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции
8. пальпируемое узловое образование щитовидной железы

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

06. В ЛЕЧЕНИИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. препараты йода
2. тиреоидные гормоны
3. комбинацию препаратов йода и тиреоидных гормонов
4. радиоактивный йод

Правильный ответ: 3

(ПК-5)

07. ОСОБЕННОСТЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. Сохранение зависимости секреции тиреоидных гормонов от секреции ТТГ
2. Автономная секреция тиреоидных гормонов, не зависящая от секреции ТТГ
3. Подавление секреции не только ТТГ, но и АКТГ
4. Повышенная чувствительность тироцитов к действию ТТГ

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

08. НОРМА ЕЖЕДНЕВНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ

1. 100 мкг
2. 125 мкг
3. 150 мкг
4. 250 мкг

Правильный ответ: 3

(ПК-5)

09. В ПАТОГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОБА ПРИ ДЕФИЦИТЕ ЙОДА В ОРГАНИЗМЕ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

1. развитие гипотиреоза с компенсаторной гиперплазией тиреоцитов
2. повышение уровня тироксин-связывающего глобулина плазмы
3. стимуляция выработки антитиреоидных антител
4. повышение чувствительности тиреоцитов к ТТГ и активация тканевых факторов роста тиреоцитов

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

10. ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТА ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ

1. Йодированная соль
2. Йодный раствор 0,1%

3. Калия йодид
4. Пищевые добавки из морской капусты

Правильный ответ: 4

(ПК-3)

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача № 1 (ПК-5, ПК-6)

На прием обратилась женщина 42 лет с жалобами на увеличение щитовидной железы. Живет в местности, где у многих зоб. Заметила увеличение железы 2 года назад, размеры не увеличиваются. Объективно: щитовидная железа увеличена на глаз, пальпируется равномерно перешеек и доли. Кожа обычная, тремора нет. Пульс 72 в мин, АД 120/70 мм.рт ст. внутренние органы без патологии. Глаза обычные, глазных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Наметить план лечебных мероприятий.
4. Перечислите методы йодной профилактики.
5. Нормы ежедневного потребления йодида калия, предложенные Всемирной организацией здравоохранения.

Задача № 2 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка 58 лет, жалобы на появление отёков на лице и нижних конечностях, вялость. Слабость, утомляемость, частые головокружения, сжимающие боли в области сердца при физической нагрузке, быстро проходящие от приёма нитроглицерина. Больная живёт в эндемической местности. С детства отмечает увеличение щитовидной железы. Год назад размеры щитовидной железы стали увеличиваться, стала прогрессировать слабость, появились отёки. Объективно: больная вялая, очень бледная, на вопросы отвечает медленно, речь скандированная. На коже лица и голеней отёк, ямка при надавливании не остаётся. Кожа рук толстая, грубая, холодная, пигментированная, в складку не собирается. Щитовидная железа увеличенная, плотная, диффузная, подвижная. Органы дыхания без патологии. Сердце увеличено влево. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 52 уд в мин, АД 100/60 мм рт ст. язык утолщен с фасетками от зубов. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Сформулировать наиболее вероятные диагнозы при данной клинике.
3. Наметить план для уточнения диагноза.
4. Приведите классификацию зоба по функциональному состоянию щитовидной железы
5. Приведите классификацию по степеням увеличения щитовидной железы.

Задача № 3 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка Н., 39 лет заметила увеличение шеи 6 лет назад. Окружность шеи увеличивается. Появилась одышка. Подобным заболеванием страдали

многие жители. Объективно: удовлетворительного питания, пульс 76 уд\мин, ритмичный. Щитовидная железа определяется на глаз и при пальпации в обеих долях - образования плотноватой консистенции с гладкой поверхностью, изменяющие форму шеи.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие лабораторные, инструментальные исследования необходимо провести и ожидаемые результаты?
4. Укажите тактику лечения.
5. Дайте рекомендации пациентке при выписке.

Задача № 4 (ПК-5, ПК-6)

Пациент, 42 года. В течение полутора лет наблюдается кардиологом по поводу ишемической болезни сердца, мерцательной аритмии, стенокардии, сердечной недостаточности 2 ст. В последний год отмечена резистентность к проводимой терапии, сохраняется тахисистолическая форма фибрилляции предсердий, прогрессирует сердечная недостаточность. Объективно: теплая, влажная кожа, тремор пальцев рук. Щитовидная железа не увеличена, в правой доле пальпируется узел около 4 см в диаметре. При сцинтиграфии щитовидной железы выявлен узел, активно захватывающий йод-131. Остальная часть щитовидной железы практически йод-131 не захватывает.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз
2. Перечислите возникшие осложнения.
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Назначить медикаментозное лечение
5. Дальнейшая тактика

Задача № 5 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка К., 18 лет в течение нескольких месяцев беспокоят сонливость, утомляемость. Отмечает «припухлость» в области шеи. Из анамнеза известно, что мама прооперирована по поводу узлового зоба. Объективно нормостенического телосложения. Кожные покровы теплые чистые, умеренно-влажные. Дистальный гипергидроз. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, умеренная дыхательная аритмия. ЧСС - 70 в мин. АД - 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Выявлено диффузное увеличение щитовидной железы. При пальпации железа мягко-эластичной консистенции, увеличена равномерно. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. План обследования.

4. Профилактика
5. Медикаментозное лечение.

Ответы к ситуационным задачам:

Ответ к задаче №1

1. Эндемический зоб II ст, эутиреоз.
2. УЗИ ЩЖ, гормональное обследование – ТТГ, св. Т4.
3. Препараты йода (калия йодид 150 – 200 мкг; тироксин).
4. Индивидуальная, групповая и массовая йодная профилактика.
5. 50 мкг для детей грудного возраста (первые 12 месяцев); 90 мкг для детей младшего возраста (от 2 до 6 лет); 120 мкг для детей школьного возраста (от 7 до 12 лет); 150 мкг для взрослых (от 12 лет и старше); 200 мкг для беременных и кормящих женщин.

Ответ к задаче № 2

1. Зоб; отёчный; сердечно–сосудистый ; анемический; стенокардический.
2. Эндемический зоб II ст. гипотиреоз, средней степени тяжести. Соп. ИБС. Стенокардия напряжения II ф. класс. ИБС, атеросклероз коронарных сосудов, стенокардия, атеросклеротический кардиосклероз, СН II А. Хронический гломерулонефрит.
3. Т3 ; Т4 ; ТТГ ; УЗИ щитовидной железы. Холестерин, развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, суточная потеря белка с мочой, клубочковая фильтрация, мочевины, креатинин, ЭКГ, ЭхоКГ.
4. Гипертиреоидный, эутиреоидный, гипотиреоидный.
5. Классификация ВОЗ:
 - 0 степень – зоба нет
 - 1 степень – размеры зоба больше дистальной фаланги большого пальца больного, зоб пальпируется, но не виден на глаз.
 - 2 степень - зоб пальпируется и виден на глаз.

Ответ к задаче №3

1. Эндемический диффузно-узловой эутиреоидный зоб 2 ст.
2. Необходимо дифференцировать с кистой шеи, раком щитовидной железы.
3. Гормональное исследование – ТТГ, Т4 – в норме. УЗИ ЩЖ - диффузное увеличение обеих долей, наличие узлов. ТАБ - одна из гистологических форм зоба (коллоидный, пролиферирующий).
4. Показано оперативное лечение - резекция железы, т.к. имеются признаки сдавления органов шеи.
5. Пациентке необходимо наблюдаться у врача - эндокринолога. Определять уровень гормонов щитовидной железы при наличии гипотиреоза – подбор терапии левотироксином.

Ответ к задаче №4

1. Токсическая аденома щитовидной железы.
2. Осложненный тиреотоксикоз: тиреотоксическая дистрофия миокарда, недостаточность кровообращения 3 функционального класса, фибрилляция предсердий.
3. УЗИ ЩЖ, исследование ТТГ, св.Т4, ТАБ.

- Устранение тиреотоксикоза — назначить тиреостатические препараты, симптоматическая терапия - бета-блокаторы.
- По достижении эутиреоза оперативное лечение токсической аденомы, учитывая ее большие размеры.

Ответ к задаче 5

- Эндемический зоб 3 степени, клинически эутиреоз.
- С аутоиммунным тиреоидитом: железа чаще неоднородной консистенции, плотноватая на ощупь, по данным УЗИ - гипоэхогенная с участками повышенной и пониженной эхоплотности. Повышен титр антитиреоидных антител (к тиреоглобулину и микросомальному антигену - пероксидазе тиреоцитов).
- Обследование: УЗИ щитовидной железы, общий анализ крови, ЭКГ, Т4, ТТГ сыворотки крови, антитела сыворотки крови к тиреоглобулину, пероксидазе.
- Назначение препаратов йода - калия йодид - 150 мкг/сутки.
- При выявлении гипотиреоза щитовидной железы - параллельное назначения йодида и левотироксина - по 100 мкг/сутки.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

- Оценить данные гормонального тиреоидного статуса. (ПК-5)
- Пальпировать щитовидную железу. (ПК-5)
- Определить показания к ТАБ и сцинтиграфии ЩЖ. (ПК-5)

7. Рекомендации по выполнению НИР

- Критерии оценки степени тяжести дефицита йода.
- Профилактика и лечение йоддефицитных заболеваний.
- Йододефицит у беременных.

8. Рекомендованная литература по теме занятия

Перечень основной литературы к рабочей программе

№ п/п	Наименование, вид издания	Авторы, составители редакторы.	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
3	<u>Эндокринология</u> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа:	ред. И. И. Дедов, Г. А.	М. : ГЭОТАР-

	http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html	Мельниченко	Медиа, 2016.
--	---	-------------	-----------------

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№ п/ п	Наименование, вид издания	Авторы, составители редакторы	Место издания, издательс тво, год
1	2	3	4
1	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3	<u>Эндокринология</u> [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437094.html	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Электронные ресурсы:

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
 ЭБС Консультант студента ВУЗ
 ЭМБ Консультант врача
 ЭБС Айбукс
 ЭБС Букап
 ЭБС Лань
 ЭБС Юрайт
 СПС КонсультантПлюс
 НЭБеLibrary
 БД Sage
 БД Oxford University Press
 БД ProQuest
 БД Web of Science
 БД Scopus
 БД MEDLINE Complete

1. Индекс ОД.О.01.1.7.99 Тема: «Ожирение. Метаболический синдром»

2. Форма организации учебного процесса:

-Подготовка к практическим занятиям.

-Подготовка материалов по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология, патогенез, классификация, клиника

УК -1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

2. Дифференциальный диагноз различных форм

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

3. Понятие «метаболического синдрома»

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

4. Осложнения ожирения

5. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

6. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ при ожирении

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

1. ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) наличием сбалансированного регулярного питания
- 2) недостатком в рационе питания белка
- 3) избытком жира в рационе питания
- 4) недостатком в рационе питания клетчатки
- 5) недостатком витаминов группы В и Д

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

2. ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОТОМСТВА ПРИ НАЛИЧИИ ОЖИРЕНИЯ У ОБОИХ РОДИТЕЛЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 30-40%
- 2) 50-60%
- 3) 70-80%
- 4) 80-90%
- 5) 100%

Правильный ответ: 5

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

3. ОДИН ГРАММ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ СГОРАНИИ ВЫСВОБОЖДАЕТ

- 1) 4 ккал.
- 2) 9.4 ккал.
- 3) 2 ккал.
- 4) 1 ккал.
- 5) 3 ккал.

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, -9

4. В ПАТОГЕНЕЗЕ ОЖИРЕНИЯ ИГРАЕТ РОЛЬ

- 1) переедание, низкая физическая активность
- 2) недоедание
- 3) высокая физическая активность
- 4) недостаток инсулина
- 5) недостаток кортизола

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

5. АНДРОИДНЫЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) уменьшение объема талии
- 2) отложением жира в области бедер

- 3) отложением жира с увеличением объема талии
- 4) отложение жира в области плечевого пояса
- 5) «булки» над ключицами

Правильный ответ:3

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

6. ГИНОИДНЫЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) «булками» над ключицами
- 2) нормальными размерами талии
- 3) увеличением размеров талии
- 4) отложением жира в области плечевого пояса
- 5) преимущественным отложением жира в области бедер

Правильный ответ:5

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

7. НАЛИЧИЕ ОЖИРЕНИЯ И ЕГО ВЫРАЖЕННОСТЬ ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1) по массе тела
- 2) по возрасту
- 3) по индексу массы тела
- 4) по физической активности
- 5) по индексу Брокка

Правильный ответ:3

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

8. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

- 1) диспластическое ожирение, нарушение полового развития
- 2) равномерное распределение жира, гипертензия
- 3) равномерное распределение жира, гиперпигментация кожи
- 4) нижний, гиноидный тип ожирения
- 5) абдоминальный тип ожирения

Правильный ответ:2

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

9. НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) ИМТ 18,5 – 24,5 кг/м²
- 2) ИМТ < 18,5 кг/м²
- 3) ИМТ 25 – 29,9 кг/м²
- 4) ИМТ 30 – 34,9 кг/м²
- 5) ИМТ 35 – 39,9 кг/м²

Правильный ответ:1

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

10. ТИП ОЖИРЕНИЯ ТРАДИЦИОННО АССОЦИИРУЮЩИЙСЯ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

- 1) глютео-фemorальный тип
- 2) гипоталамический
- 3) абдоминальный или андрoидный
- 4) смешанный
- 5) геноидный

Правильный ответ:3

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача №1.

У пациентки 54 лет на профилактическом медицинском осмотре выявлено: рост 152см, масса тела 94кг, ИМТ 40,9, сахар крови натощак 5,7ммоль/л, общий холестерин 8,1 ммоль/л. У матери и старшей сестры сахарный диабет. Пациентка жалоб не предъявляет.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз
2. Оценить состояние углеводного обмена
3. Оценить состояние жирового обмена
4. Определить тактику ведения.
5. Прогноз.

Ответ на задачу

1. Морбидное ожирение III ст. (ВОЗ).
2. Необходимо проведение ОГТТ с 75г глюкозы.
3. Гиперхолестеринемия (дислипидемия)
4. При подтверждении нарушенной толерантности к глюкозе возможно назначение метформина в дозе до 2000 мг/сут, статинов на фоне гипокалорийной диеты с ограничением легкоусвояемых углеводов.
5. Благоприятный.

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

Задача №2

К сексопатологу обратился мужчина 42 лет с жалобами на снижение либидо, слабость эрекции. Объективно: резко повышенного питания (рост 174 см, вес 134 кг, ИМТ – 39,9, ОТ – 103 см). При пальцевом исследовании простаты выявлен простатит. При исследовании простатического сока – количество лейкоцитов в норме, снижение содержания зёрен лецитина.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Наиболее вероятная причина нарушения потенции?

3. Определить тактику ведения.
4. С какими заболеваниями нужно дифференцировать.
5. Прогноз

ОТВЕТЫ:

1. Основной диагноз: Ожирение II Б степени (выраженное ожирение)
Сопутствующий диагноз: Хронический простатит.
 2. Скорее всего снижение потенции у данного пациента связано с выраженным ожирением.
 3. Показана диета.
 4. Аденома простаты, ИППП
 5. Благоприятный
- УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

Задача №3

В поликлинику обратилась женщина 66 лет с жалобами на боли в коленных и тазобедренных суставах. Боли носили преимущественно «механический» характер, часто имели место «стартовые» боли. Из анамнеза удалось выяснить, что боли в суставах беспокоят более 3 лет. В течение последних 6 лет наблюдается гипертензионный синдром. Появление гипертензионного синдрома и повышенного веса связывает с оперативным удалением матки и обоих яичников 10 лет назад. Операция проводилась по поводу миомы матки и поликистоза яичников. Объективно: больная повышенного питания (рост 172 см, вес 132 кг, ИМТ – 38, ОТ – 100 см). АД на момент осмотра 140/110 мм рт. ст. Уровень триглицеридов в сыворотке крови 1,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,2 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какая основная причина суставного синдрома у пациентки?
3. Какие необходимы лабораторные исследования?
4. Тактика ведения
5. Прогноз

ОТВЕТЫ:

1. Основной диагноз: Остеоартроз коленных и тазобедренных суставов
Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии, риск 4.
Фоновый диагноз: Ожирение II Б степени (выраженное ожирение)
2. Основная причина суставного синдрома – развившийся на фоне ожирения остеоартроз
3. Рентген коленных и тазобедренных суставов, анализ крови на ревматоидный фактор, ОАК

4. Консультация ревматолога, диетолога.

5. Благоприятный

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

Задача №4

К дерматологу обратилась женщина 42 лет с жалобами на герпетические высыпания на поясице и животе. Высыпания носили «опоясывающий» характер. сопровождалась высокими подъёмами температуры тела. Объективно больная повышенного питания (рост 162 см, вес 100 кг, ИМТ – 40, ОТ – 100 см). На коже спины и живота высыпания по типу герпес зостер. В крови: триглицериды 1,82 ммоль/л, ЛПВП – 1,22 ммоль/л, глюкоза натощак – 10,0 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш основной диагноз.
2. Ваш фоновый диагноз.
3. Наиболее вероятная причина герпетического высыпания у больной?
4. Тактика ведения больного.
5. Прогноз.

ОТВЕТЫ:

1. Основной диагноз: Герпес зостер, острая стадия
 2. Фоновый диагноз: Ожирение II Б степени (выраженное ожирение). СД II типа, впервые выявленный
 3. Скорее всего основной причиной герпетических высыпаний явился СД II типа на фоне ожирения II Б степени.
 4. Консультация инфекциониста,
 5. Благоприятный
- УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

Задача №5

Больной, 34 лет. Обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке (ходьба по ровной местности в среднем темпе 200 метров, подъём на 2 пролёта по лестнице). В покое одышка не беспокоила. Кроме того, члены семьи стали замечать у больного появление в течение последних 2-х лет признаков апное во сне. Из анамнеза известно, что больной с детства страдает ожирением (признаки избыточного веса имели место у отца и брата больного), в течении последних 2-х лет у пациента появился гипертензионный синдром с повышением САД до 150 мм рт. ст., а ДАД до 100 – 110 мм рт. ст. Сахар крови последний раз проверялся 2 года назад, цифры тощакового сахара были даже несколько ниже нормы

(3,1 ммоль/л). Объективно было отмечено, что больной повышенного питания (рост 175 см, вес 130 кг). ИМТ превышал показатель 40 (очень высокий), от превысил 102 см. Тип ожирения был абдоминальный или андроидный. Перкуторно границы сердца расширены влево (на 1,0 – 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии). Сердечные тоны ритмичные, склонность к тахикардии (ЧСС 88 в минуту). САД 155 мм рт. ст., ДАД – 110 мм рт. ст.. В крови у пациента уровень ТГ > 1,7 ммоль/л, отмечалось снижение ЛПВП (< 1,03 ммоль/л), уровень глюкозы натощак составил 5.3 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш основной диагноз?
2. Ваш сопутствующий диагноз
3. Какие из гипотензивных препаратов наиболее предпочтительны у данного больного?
4. Какие гипотензивные препараты нежелательно использовать у этого пациента?
5. Прогноз.

ОТВЕТЫ:

1. Основной диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии, степень 2, риск 3
2. Сопутствующий или фоновый диагноз: ожирение III степени по ВОЗ, тип ожирения – абдоминальный или андроидный. .
3. ИАПФ
4. Неселективные БАБ.
5. Благоприятный
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

1. умение определять индекс массы тела (ИМТ); УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,
2. овладение методикой определения объёма талии (ОТ) УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,
3. овладеть методикой определения объёма бёдер УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,
4. знать диагностические критерии метаболического синдрома УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,
5. знать особенности лечения гипертензионного синдрома у лиц с ожирением и метаболическим синдромом УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Принципы диетотерапии при ожирении
2. Сердечно-сосудистые осложнения при ожирении

3. Бариатрическая помощь больным ожирением.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
3	Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423501594.html	И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев	М. : Литтерра, 2015.

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

	.ru/book/ISBN9785970436820.html		
--	---------------------------------	--	--

Клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых
https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/klin_rek_mo-2016.pdf

Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (национальные клинические рекомендации) - Санкт-Петербург, 2017

http://www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.100 Тема: «Климактерий и заболевания, связанные с ним»

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИР.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1.Патогенез

УК-1, ПК-5, ПК-6

2.Клиника

УК-1, ПК-5, ПК-6

3.Лабораторные и инструментальные методы исследования

УК-1, ПК-5, ПК-6

4.Дифференциальная диагностика

УК-1, ПК-5, ПК-6

5.Прогноз, реабилитация. МСЭ.

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

6.Заместительная терапия в гинекологии. Соматические аспекты гормональной терапии.

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ГОРМОН, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОЦЕНИТЬ НАСТУПЛЕНИЕ МЕНОПАУЗЫ.

1)Эстриола

2)Эстрадиола

3)Пролактина

4)ФСГ

5)ТТГ

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

2. РАННИЕ СИМПТОМЫ МЕНОПАУЗЫ.

1)Вазомоторные и эмоциональные

2)Урогенитальные нарушения

3)Патология кожи и её придатков

4)Остеопороз

5)Сердечно-сосудистая патология, артериальная гипертензия и атеросклероз

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

3. ПОЗДНИЕ СИМПТОМЫ ДЕФИЦИТА ЭСТРОГЕНОВ:

1)Вазомоторные и эмоциональные

2)Урогенитальные нарушения

3)Патология кожи и её придатков

4)Остеопороз

5)Сердечно-сосудистая патология :артериальная гипертензия и атеросклероз

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

4. ПАТОГЕНЕЗ ПРИЛИВОВ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- 1) Изменение функции терморегулирующего центра
- 2) Присоединение вторичной инфекции
- 3) Подъем АД
- 4) Избыточная продукция цитокинов с пирогенным действием
- 5) Гиперпродукция андрогенов

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

5. ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) снижением активности остеобластов
- 2) повышением активности остеокластов
- 3) повышением активности паратгормона
- 4) снижением всасывания витамина Д
- 5) снижением всасывания Са

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

6. КОСТНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ГИПОЭСТРОГЕНИИ:

- 1) Губчатые кости тел позвонков
- 2) Ребра
- 3) Дистальные отделы костей предплечья
- 4) Шейка бедренной кости
- 5) Кости предплюсны

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

7. ЭФФЕКТ ЭСТРОГЕНОВ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН

- 1) Снижение содержания ХС и ЛПНП, ОНП
- 2) активация липопротеин-липазы
- 3) Снижение триглицеридов
- 4) Понижение уровня ЛПВП
- 5) Повышение ХС ЛПВП

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

8. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СРЕДНЕВРЕМЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МЕНОПАУЗЫ

- 1) вазомоторные и эмоциональные
- 2) урогенитальные нарушения
- 3) патология кожи и ее придатков
- 4) остеопороз
- 5) сердечно-сосудистая патология, артериальная гипертензия

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

9. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)определение уровня кальция и паратиреоидного гормона в крови
- 2)ультразвуковая остеоденситометрия
- 3)компьютерная томография
- 4)определение маркеров резорбции костной ткани
- 5)двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

10. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) противовоспалительная терапия
- 2) физиотерапия и лечебная физкультура
- 3) витаминотерапия
- 4) гормонотерапия
- 5) назначение препаратов ингибиторов остеокласт -опосредованной костной резорбции

Правильный ответ: 5

ПК-5, ПК-6

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача 1

Больная 49 лет. Жалобы на приливы жара к голове и верхней части туловища до 35 раз в сутки, ознобы, потливость, особенно по ночам, раздражительность, беспокойство, забывчивость, увеличение массы тела за последние полгода на 9 кг. Из анамнеза: Менархе в 13 лет. Menses по 3-4 дня, ч/з 28-30 дней, болезненные до начала половой жизни. В течение последнего года menses приходят нерегулярно с задержками на 2-4 месяца.

Последня menses 3 месяца тому назад, очень скудно. Половая жизнь с 24 лет, в браке. С 47 лет половой жизнью не живёт, муж погиб.

Контрацепция: ВМС (№ 2, в течение 5 и 6 лет), coitus interruptus.

Беременности - 4; Срочные роды - 1, преэклампсия; Мед.а-борт - 3 б/о.

Экстрагенитальные заболевания: Желче-каменная болезнь - лапароскопическая холецистэктомия в 45 лет. Остеоартроз крупных суставов с 48 лет.

Вредные привычки: Курит с 35 лет, по 9 - 11 сигарет в день. Об-но: АД 170/80. Рост 164 см. Масса тела 81 кг. О.талии 94 см. О.бёдер 103 см. Под молочными железами, на локтях и в паховых областях - acantosis nigricans. При влагалищном исследовании: слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии. Матка увеличена до 6-7 недель беременности,

безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные. Выделения светлые слизистые.

Обследована: ФСГ-95 МЕ/л; ТТГ-3,2 (N 0,4-4); своб.Т4-19,2 (N 11,5-23); ХС-5,5 (N 3,1-5,5); ТГ-3,5 (N 0,4-1,53); ХС-ЛПВП-1,2 (N 0,99-1,69); Глюкоза-4,3.

Маммография - диффузная кистозная мастопатия. Онкоцитология - без патологии. УЗИ гениталий: Миома матки - два интерстициальных узла d «19мм и ё«23мм. М-эхо 4 мм, линейный.

1. Ваш диагноз?
2. Выделители основные синдромы
3. С каким заболеванием нужно дифференцировать?
4. Лечение.
5. Прогноз.

ОТВЕТ: Задача 1

1.DS. Типичный климактерический синдром в перименопаузе.

Менопаузальный метаболический синдром. Миома матки. Диффузная кистозная мастопатия. Остеоартроз крупных суставов. Та-бакокурение.

2.Астено-вегетативный, болевой.

3. ВСД

4.Лечение:

- Коррекция массы тела (низкокалорийная диета + регулярная физическая активность).

- Отказ от курения.

- Климара 1раз в 7 дней трансдермально, непрерывно + Дю-фастон 10 мг perog с 15 по 28 день мен.цикла. Режим долгосрочный (1 год).

- или Дивигель ежедневно трансдермально, непрерывно + Дюфас-тон 10 мг perog с 15 по 28 день мен.цикла. Режим долгосрочный (1 год).

5. Благоприятный.

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 2

Больная 51 год. Жалобы на приливы жара к голове и верхней части туловища до 40 раз в сутки, потливость, особенно по ночам, плаксивость, невнимательность, сонливость, сухость, зуд и жжение во влагалище, диспареунию. Из анамнеза: Менархе в 16 лет. Menses по 2-3 дня, ч/з 30-48 дней, всегда нерегулярно, скудные. Постменопауза 5 лет. Половая жизнь с 22 лет, в браке. Контрацепция: coitusinterruptus, презерватив. Беременности - 2; Срочные роды - 1 б/о; Самопр.аборт - 1 с reabrasiocaviuteri. Экстрагенитальные заболевания: С 45 лет сахарный диабет 2-типа, компенсирован. Получает инсулинотерапию. Мама умерла в 68 лет от инфаркта миокарда. Бабушка по маме умерла в 66 лет от инсульта. Обе страдали сахарным диабетом 2-типа.

Об-но: АД 140/8С. т>от 164 см. Масса тела 64 кг. При влагалищном исследовании: Наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции. Слизистая оболочка влагалища блеклая, истончена,

легко ранима при дотрагивании зеркалом. Шейка матки цилиндрическая. Матка маленькая. Придатки не определяются. Выделения светлые. Обследована: ФСГ-89 МЕ/л; ТТГ-3,2 (N 0,4-4); своб.Т4-17,7 (N 11,5-23); ХС-5,4 (N 3,1-5,5); ТГ-4,1 (N 0,4-1,53); ХС-ЛПВП-0,99(Ы 0,99-1,69); Глюкоза-5,3. Маммография - Фиброзно-кистозная мастопатия. Онкоцитология - Атрофический тип мазка. Атипических клеток не выявлено. УЗИ гениталий: М-эхо 1 мм.

1. Ваш основной диагноз?
2. Ваш сопутствующий диагноз?
3. Выделите основные синдромы
4. Тактика лечения.
5. Прогноз.

ОТВЕТ: Задача 2

- 1 Типичный климактерический синдром.
 2. Постменопаузальный атрофический вагинит. Гипертриглицеридемия. Фиброзно-кистозная мастопатия. Сахарный диабет 2 типа, компенсирован.
 3. Астено-вегетативный синдром, болевой .
 4. Лечение: Фемостон 1/5. Режим долгосрочный (2 года).
 5. Благоприятный.
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача 3

Больная 48 лет. Жалобы на приливы жара к голове и верхней части туловища более 30 раз в сутки, ознобы, потливость, особенно по ночам, раздражительность, беспокойство, забывчивость, снижение либидо, слабость, сухость во влагалище, диспареунию. Из анамнеза: Менархе в 17 лет. Menses по 6-7 дней, болезненные, обильные, всегда нерегулярно. Менопауза в 42 года.

Половая жизнь с 33 лет, в гражданском браке. Контрацепция: Марвелон 1 год.

Беременность - 1; Срочные роды I в 34 года. Через месяц после родов - гнойный мастит справа, хирургическое лечение.

Экстрагенитальные заболевания: Операция по поводу доброкачественной опухоли правой молочной железы в 40 лет. Перелом костей правого предплечья в 47 лет.

Диффузный эутиреоидный зоб с 47 лет. Получает Йодид 200. Об-но: АД 120/80. Рост 169 см. Масса тела 56,5 кг. ОТ/ОБ 0,71. При гинекологическом исследовании: НПО и влагалище в состоянии возрастной инволюции.

Слизистая влагалища бледная, истончена. Матка маленькая. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные. Выделения светлые слизистые.

Обследована: ФСГ-109 МЕ/л; ТТГ-2,8 (N 0,4-4); своб.Т4-16,7 (N 11,5-23); ХС-5,37 (N 3,1-5,5); ТГ-0,988 (N 0,4-1,53); ХС-ЛПВП-1,26 (N 0,99-1,69); АП-ТПО - 3 (N 1-30); Глюкоза-4,3.

Маммография: Диффузная кистозная мастопатия. УЗИ гениталий: М-эхо 2 мм. Онкоцитология: Атрофический тип мазка, без атипии.

Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия шейки бедра: Остеопороз.

1. Ваш основной диагноз?
2. Ваш сопутствующий диагноз?
3. Выделите основные синдромы
4. Тактика лечения.
5. Прогноз.

ОТВЕТ: Задача 3

1.DS. Типичный климактерический синдром.

2. Постменопаузальный атрофический вагинит. Постменопаузальный остеопороз. Диффузная кистозная мастопатия. Диффузный эутиреоидный зоб.

3. Астено-вегетативный, болевой.

4. Лечение: Ливиал. Режим долгосрочный (5 лет).

5. Благоприятный.

УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача 4

Больная 54 лет. Жалобы на сухость, зуд и жжение во влагалище, диспареунию.

Из анамнеза: Менархе в 14 лет. Menses по 2-3 дня, ч/з 30-31 день, умеренные. Постменопауза 3 года. Половая жизнь с 22 лет, в браке. Контрацепция: coitus interruptus, презерватив.

Беременности - 12; Срочные роды I б/о; Мед. аборты - 11, неоднократно с reabrasio cavi uteri, осложнение: сальпингоофорит, эндомиометрит.

Экстрагенитальные заболевания: С 53 лет диффузный токсический зоб I степени (ВОЗ), субклинический тиреотоксикоз, эндокринная офтальмопатия.

Получает Мерказолил. Об-но: АД 130/80. Рост 167 см. Масса тела 67 кг.

При влагалищном исследовании: Наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции. Слизистая оболочка влагалища бледная, истончена, легко ранима при дотрагивании зеркалом. Шейка матки цилиндрическая. Матка маленькая. Придатки не определяются. Выделения светлые. Обследована: ФСГ-30 МЕ/л; ТТГ-3,2 (N 0,4-4); своб. Т4-16,7 (N 11,5-23);

ХС-3,4 (N 3,1 -5,5); ТГ-0,91 (N 0,4-1,53); ХС-ЛПВП-1,59 (N 0,99-1,69); АТ-ТПО - 361 (1-30); Глюкоза-4,2.

Маммография - Фиброзно-жировая инволюция. Онкоцитология -

Атрофический тип мазка. Атипических клеток не выявлено. УЗИ гениталий: М-эхо 1 мм.

1. Ваш основной диагноз?
2. Ваш сопутствующий диагноз?
3. Выделите основные синдромы.
4. Тактика лечения.

5. Прогноз.

ОТВЕТ: задача 4

1. DS. Постменопаузальный атрофический вагинит.
 2. Диффузный токсический зоб I степени (ВОЗ). Субклинический тиреотоксикоз. Эндокринная офтальмопатия.
 3. Астено-вегетативный, болевой.
 4. Лечение: Овестин. Режим краткосрочный (до 5 недель).
 5. Благоприятный.
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача 5.

Пациентка, 53 года в 52 года перенесла операцию экстирпации матки с придатками. Жалоб не предъявляет. При осмотре: рост 160 см, масса тела 52 кг.

ЧСС = 80 в', АД = 130/80

В б/х анализах, ЭКГ патологии не выявлено

Страдает аутоиммунным тиреоидитом, атрофической формой, получает 100 мкг тироксина, гипотериоз компенсирован.

ТТГ = 2,1 Мед/мл, ФСГ = 47 Мед/мл

1. Ваш предположительный основной диагноз?
2. Ваш предположительный сопутствующий диагноз?
3. Какой препарат следует назначить пациентке?
4. Какова цель терапии в данной клинической ситуации?
5. Прогноз.

ОТВЕТ: задача 5.

1. Типичный климактерический синдром.
 2. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Гипотиреоз компенсированный.
 3. пластырь «Климара», Циклопрогинова или прогинова ежедневно
 4. - Профилактика и замедление темпов остеопороза; Первичное и вторичная профилактика сердечно-сосудистых нарушений.
 5. Благоприятный.
- УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. знать механизм действия эстрогенов и прогестагенов.
 2. знать препараты для ЗГТ, их фармакохарактеристику,
 3. уметь проводить дифференцированную терапию и назначать обследование для уточнения побочных эффектов.
 4. иметь навыки выписывания рецептов.
- УК-1 и ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Современные принципы менопаузальной гормонотерапии.
2. Основные периоды развития клинических симптомов менопаузы.
3. Осложнения климакса.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб.для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб.для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб.для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
3	Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим	И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко,	М. :Литтерра, 2015.

	доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423501594.html	В. В. Фадеев	
--	---	--------------	--

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Электронные ресурсы

Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин зрелого возраста. Клинические рекомендации (Протокол лечения). Письмо Министерства здравоохранения РФ от 02.10.2015 г. № 15–4/10/2–5804.
http://base.garant.ru/71358888/#block_1000

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
 ЭБС Консультант студента ВУЗ
 ЭМБ Консультант врача
 ЭБС Айбукс
 ЭБС Букап
 ЭБС Лань
 ЭБС Юрайт
 СПС КонсультантПлюс
 НЭБ eLibrary
 БД Sage
 БД Oxford University Press
 БД ProQuest
 БД Web of Science
 БД Scopus
 БД MEDLINE Complete

1. Индекс ОД.О.01.1.7.101 Тема: Болезни гипоталамо-гипофизарной системы

2. Форма работы:

- подготовка к практическим занятиям
- подготовка материалов по НИР

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

Обучающийся должен обладать следующими компетенциями: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

Обучающийся должен **знать**: особенности анатомии и физиологии гипоталамо-гипофизарной системы; показания клинических лабораторных, биохимических, рентгенологических, ультразвуковых и других методов исследования; этиологию и патогенез, клинические проявления, принципы лечения нейроэндокринных заболеваний; **уметь** выявить специфические признаки заболеваний и составить алгоритм диагностического поиска; определить показания к медикаментозным и хирургическим методам лечения; **владеть**: владеть оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики, алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза.

Вопросы по теме занятия

1. Биосинтез, секреция, регуляция и механизмы действия гормонов гипофиза и гипоталамуса. (ПК-5)
2. Лабораторные методы диагностики в нейроэндокринологии. (ПК-5)
3. Методы визуализации гипофизарных заболеваний. (ПК-5)
4. Косвенные диагностические методы (антропометрия, офтальмологические методы, биохимические). (ПК-5)
5. Особенности клинических проявлений нейроэндокринных заболеваний. (ПК-5)
6. Основные принципы лечения пациентов с нейроэндокринными заболеваниями. (ПК-6)
7. Показания и противопоказания к хирургическому лечению заболеваний. (ПК-6)

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

01. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

1. повышенного образования глюкокортикостероидов
2. увеличения ОЦК
3. активности симпатической нервной системы
4. активности ренин-ангиотензиновой системы

Правильный ответ:1

(ПК-5)

02. БЛОКИРОВАНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПРОВОДИТСЯ ПРЕПАРАТАМИ

1. соматостатина
2. парлодела
3. минирина
4. хлодитана

Правильный ответ:4

(ПК-5)

03. БОЛЬШАЯ ДЕКСАМЕТАЗОНАЯ ПРОБА ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОДАВЛЕНИЕМ СЕКРЕЦИИ КОРТИЗОЛА ТАК КАК

1. дексаметазон обладает большей, чем кортизол, глюкокортикоидной активностью
2. в больших дозах дексаметазон непосредственно ингибирует кору надпочечников
3. чувствительность гипоталамо-гипофизарной системы к ингибирующему действию глюкокортикоидов частично сохранена
4. большая доза дексаметазона разрушает кортикотропы

Правильный ответ:2

(ПК-5)

04. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. короткий синактеновый тест
2. малая дексаметазоновая проба
3. большая дексаметазоновая проба
4. определение суточной экскреции катехоламинов и ВМК

Правильный ответ:3

(ПК-5)

05. ДЛЯ ИСТИННОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ

1. инсулина
2. макропролактина
3. мономерного пролактина
4. АКТГ

Правильный ответ:3

(ПК-5)

06. ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. меноррагий
2. снижения кровяного давления
3. матронизма
4. лактореи

Правильный ответ:4

(ПК-5)

07. ФЕОХРОМОЦИТОМА-ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОДУЦИРУЮЩАЯ

1. адреналин и норадреналин
2. глюкокортикоиды
3. альдостерон
4. андрогены

Правильный ответ:4

(ПК-5)

08. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ СПОСОБСТВУЕТ

1. инъекции инсулина
2. пальпация живота
3. бессоница
4. состояние сна

Правильный ответ:2

(ПК-5)

09. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ПРОВОДЯТ

1. тест с инсулиновой гипогликемией
2. тест с аналогом адренокортикотропного гормона
3. малую дексаметазоновую пробу
4. большую дексаметазоновую пробу

Правильный ответ:3

(ПК-5)

10. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНОЙ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. соматотропинома
2. тиреотропинома
3. кортикотропинома
4. пролактинома

Правильный ответ:4

(ПК-5)

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача № 1 (ПК-5, ПК-6)

Пациент 43 лет, жалуется на мышечную слабость, полиурию, учащенное мочеиспускание в ночные часы, головную боль. В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления. Применение гипотиазида переносит плохо. Объективно: ЧСС - 88 в минуту. АД - 180/100 мм рт.ст. На ЭКГ признаки гипертрофии левых отделов сердца. Анализ крови - без изменений. Анализ мочи - относительная плотность 1002 – 1008, щелочная реакция.

Вопросы:

1. Вероятная причина артериальной гипертензии?
2. Какие изменения электролитов крови ожидаются?
3. Как называется симптомокомплекс почечных нарушений при данном заболевании? В чем он проявляется?
4. Какие другие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Тактика лечения?

Задача № 2 (ПК-5, ПК-6)

Пациент 40 лет, поступил с жалобами на частые головные боли, утомляемость, одышку, приступы с резким повышением артериального давления. Лечится у терапевта по поводу гипертонической болезни. В последнее время приступы участились. В клинике развился гипертонический криз, который сопровождался резкой головной болью, ознобом, потливостью, сердцебиением, тошнотой, рвотой, болями в животе. Объективно: пониженного питания, холодные конечности, багрово - красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах, кожные покровы влажные. Пульс - 95 в минуту. АД 260/120 мм.рт.ст. В крови: лейкоц.-12,2, глюкоза-8ммоль/л, в моче сахара нет.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз?
2. С секрецией каких гормонов может быть связано заболевание?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какие препараты используются для купирования гипертонического криза у этих больных?

Задача № 3 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка Т., 18 лет, жалобы на отсутствие менструаций, выделение из молочных желез, частые головные боли. При объективном обследовании - телосложение и внешние гениталии развиты по женскому типу, АД - 130/80 мм рт. ст., пульс 68 уд. в мин. Молочные железы развиты правильно, при пальпации галакторея. При лабораторном исследовании концентрация пролактина в крови 2218 мЕд/л (норма - 41-6130).

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Что еще может привести к гиперпролактинемии? Когда бывает физиологическая гиперпролактинемия?
4. Медикаментозное лечение
5. Показания к операции при данной патологии

Задача № 4 (ПК-5, ПК-6)

Больной 16 лет, предъявляет жалобы на выраженные боли в позвоночнике, мышечную слабость, невозможность самостоятельно передвигаться, вставать с постели, изменение внешности, повышение АД, полосы растяжения на коже. Рост 150 см, масса тела 54 кг.

Из анамнеза: считает себя больным в течение последних полутора лет, когда на фоне обычного питания стал прибавлять в весе, появились быстрая утомляемость, мышечная слабость, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., стрии на верхних и нижних конечностях.

Также в анамнезе компрессионный перелом грудных позвонков, после чего было проведено детальное обследование, выявлена опухоль левого

надпочечника. На рентгенограмме черепа и КТ головного мозга (турецкое седло прицельно не исследовалось) патологии выявлено не было. В моче была обнаружена высокая экскреция 17-КС. На КТ брюшной полости выявлено образование на левом надпочечнике.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Сформулируйте диагноз?
3. Назначьте дополнительное обследование?
4. Чем можно объяснить перелом грудных позвонков?
5. Какое лечение показано данному пациенту?

Задача № 5 (ПК-5, ПК-6)

Пациентка К., 27 лет. Жалобы на головные боли, слабость, повышение веса тела. Больна 2 года после вызванного искусственно Аборта. При осмотре: рост 164 см, вес 95кг. Избыточное отложение жира, главным образом в области живота и затылка. Лицо круглое, лунообразное, с красными щеками. На животе и бедрах полосы багрово-красного цвета. Умеренное оволосение на подбородке, щеках и верхней губе. Вульгарная сыпь на лице и спине. Зона сердечной тупости расширена влево. Пульс - 80 уд/мин., АД - 190/100 мм.рт.ст. Менструации нерегулярные.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Наиболее информативные исследования для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо провести диф.диагноз.
4. План лечения при БИК.
5. Дальнейший прогноз для пациента.

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Ответ к задаче №1

1. Первичный гиперальдостеронизм.
2. Гипокалиемия, гипернатриемия.
3. Гипокалиемическая нефропатия (никтурия, полиурия, гипоизостенурия, протеинурия, гиперкалиурия, щелочная реакция мочи)
4. УЗИ и КТ надпочечников, исследование уровня альдостерона, ренина плазмы, электролиты крови.
5. Назначить препарат из группы блокаторов альдостерона, после верификации образования в надпочечниках – оперативное лечение.

Ответ к задаче №2:

1. Феохромоцитома.
2. Адреналин.

3. Исследование уровня катехоламинов и ВМК на высоте гипертонического криза, фармакологические пробы, визуализация надпочечников методами эхографии и КТ.
4. Альфа– блокаторы, возможно сочетание с бета – блокаторами.

Ответ к задаче №3

1. Пролактинома.
2. Рекомендуются трижды измерить уровень пролактина в сыворотке в разные дни, чтобы исключить случайные или связанные со стрессом колебания уровня гормона. Для подтверждения опухоли гипофиза необходимо проведение МРТ гипофиза.
3. Гиперпролактинемия может быть обусловлена не только опухолью гипофиза, но и множеством других причин:
 - 1) Заболевания, приводящие к нарушению функции гипоталамуса
 - 2) Поражение гипофиза
 - 3) Другие заболевания
 - а) первичный гипотироз;
 - б) эктопированная секреция гормонов;
 - в) синдром поликистозных яичников;
 - г) хроническая почечная недостаточность;
 - д) цирроз печени;
 - е) повреждения грудной клетки: herpes zoster и др., стимуляция молочной железы.
- 4) Фармакологические препараты
 - а) блокаторы дофамина: сульпирид, метоклопрамид, домперидон, нейролептики, фенотиазиды;
 - б) антидепрессанты: имипрамин, amitриптилин, галоперидол;
 - в) блокаторы кальциевых каналов: верапамил;
 - г) адренергические ингибиторы: резерпин, α-метилдофа, альдомет, карбидофа, бензеразид;
 - д) эстрогены: беременность, прием противозачаточных средств, прием эстрогенов с лечебной целью;
 - е) блокаторы H₂ рецепторов: циметидин;
 - ж) опиаты и кокаин;
 - з) тиролиберин.

Физиологическая гиперпролактинемия бывает в период беременности, лактации и у новорожденных.
4. Медикаментозная терапия занимает основное место в лечении всех форм синдрома гиперпролактинемии гипоталамо-гипофизарного генеза. Препаратом выбора является агонист дофамина -парлодел. Его применяют по схеме, начиная с 0,625 (1/4 таблетки) -1,25 мг (0,5 таблетки) 1 раз в день во время еды, с дальнейшим увеличением до 2,5

мг (1 таблетка) 2-4 раза в день. Однократная доза парлодела ингибирует секрецию пролактина на 12 часов.

5. Нарушения полей зрения, хиазмальный синдром.

Ответ к задаче №4

1. Ведущие клинические синдромы - диспластического ожирения, симптоматической артериальной гипертонии, системный остеопороз.
2. Кортикостерома левого надпочечника. Синдром Иценко-Кушинга. Системный остеопороз с компрессионными переломами тел грудных позвонков. Симптоматическая артериальная гипертензия. Задержка роста и полового развития.
3. Подтверждение гиперкортизолизма - определение в крови уровней кортизола, АКТГ, суточный ритм кортизола, свободный кортизол в суточной моче. Биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, калий, АСТ, АЛТ). Определение в крови Са-ионизированного, фосфора, щелочной фосфатазы. Общий анализ крови и мочи. Исследование сахара в крови натощак и через 2 часа после еды. Рентгенография грудной клетки. Рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника. Денситометрия поясничного отдела позвоночника и бедра.
4. Развитием системного остеопороза.
5. Хирургическое лечение – удаление кортикостеромы

Ответ к задаче № 5

1. Болезнь Иценко-Кушинга. Ожирение IV степени.
2. Определение содержания свободного кортизола в суточной моче, малый дексаметозоновый тест, определения ритма инкреции кортизола, определение содержания АКТГ, МРТ гипофиза, КТ\МРТ надпочечников.
3. Болезнь Иценко- Кушинга, АКТГ- эктопированный синдром, первичное поражение надпочечников.
4. Нейрохирургическая или лучевая аденомэктомия; медикаментозная терапия ингибиторами надпочечникового стероидогенеза; симптоматическое лечение.
5. При своевременной диагностике и адекватном лечении прогноз благоприятный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

1. Оценить данные гормонального статуса. (ПК-5)
2. Выявить специфические признаки заболеваний и составить алгоритм диагностического поиска по выявлению заболеваний. (ПК-5)
3. Проводить и оценивать тесты функциональных проб, применяемых для диагностики и дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний при болезни Иценко-Кушинга - проба с дексаметазоном. (ПК-5)

7. Рекомендации по выполнению НИР

1. Особенности анатомии и физиологии гипоталамо-гипофизарной системы.
2. Основные принципы функциональной и топической диагностики в нейроэндокринологии.
3. Дифференциальная диагностика синдрома гиперкортицизма.

8. Рекомендованная литература по теме занятия

Перечень основной литературы к рабочей программе

№ п/ п	Наименование, вид издания	Авторы, составители редакторы.	Место издания, издательс тво, год
1	2	3	4
1	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
3	<u>Эндокринология</u> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436820.html	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№ п/ п	Наименование, вид издания	Авторы, составители редакторы	Место издания, издательс тво, год
1	2	3	4
1	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учебник. Т. 1. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433102.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2	<u>Внутренние болезни</u> [Электронный ресурс] : учебник. Т. 2. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433119.html	ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3	<u>Эндокринология</u> [Электронный ресурс] :	ред. И. И.	М. :

	нац. рук. : крат. изд.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437094.html	Дедов, Г. А. Мельниченко	ГЭОТАР- Медиа, 2016.
--	---	-----------------------------	----------------------------

Электронные ресурсы:

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭМБ Консультант врача

ЭБС Айбукс

ЭБС Букап

ЭБС Лань

ЭБС Юрайт

СПС КонсультантПлюс

НЭБ eLibrary

БД Sage

БД Oxford University Press

БД ProQuest

БД Web of Science

БД Scopus

БД MEDLINE Complete

1. Индекс ОД.О.01.1.7.102 Тема: «Зачетное занятие».

2. Формы работы: Подготовка к сдаче зачета по эндокринологии.

3. Перечень вопросов для самоподготовки к зачетному занятию

1. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЗАНИМАЕТ В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

- 1) первое место
- 2) второе место
- 3) третье место
- 4) четвертое место

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

2. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЛЕЖИТ

- 1) инсулинорезистентность
- 2) гиперинсулинемия
- 3) атеросклероз
- 4) деструкция β – клеток

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

3. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА MODY ХАРАКТЕРНО

- 1) врожденность
- 2) ненаследственный характер
- 3) относительно благоприятное течение заболевания
- 4) начало в пожилом возрасте

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

4. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- 1) ишемическая болезнь сердца
- 2) болезнь и синдром Иценко-Кушинга
- 3) хронический пиелонефрит
- 4) язвенная болезнь желудка

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

5. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СД 1 ТИПА

- 1) ожирение
- 2) гипертоническая болезнь
- 3) наличие антител к островкам поджелудочной железы, к глутаматдекарбоксилазе, аутоантитела к инсулину
- 4) ИБС, атеросклероз

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

6. УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА СД 2 ТИПА

- 1) ожирение, гиподинамия
- 2) травма поджелудочной железы
- 3) психическая травма
- 4) аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита и вирусное поражение бета-клеток

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

7. ПАТОГЕНЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ОБУСЛОВЛЕН

- 1) деструкцией бета-клеток
- 2) абсолютной недостаточностью инсулина
- 3) снижением количества рецепторов к инсулину
- 4) нарушением рецепторного аппарата бета-клеток

Правильный ответ: 3

ПК-5, ПК-6

8. НОРМОГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК В ЦЕЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ

- 1) 5,5 ммоль/л
- 2) 7,8 ммоль/л
- 3) 11,1 ммоль/л
- 4) больше 6,1 ммоль/л

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

9. КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЛЮКОЗЫ ЦЕЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА

- 1) больше 6,1 ммоль/л
- 2) меньше 7,0 ммоль/л
- 3) меньше 8,9 ммоль/л
- 4) больше или равно 11,1 ммоль/л

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

10. ТЕСТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ПРОВОДИТСЯ С

- 1) 50 граммами глюкозы
- 2) 75 граммами глюкозы
- 3) 90 граммами глюкозы
- 4) 120 граммами глюкозы

Правильный ответ: 2

ПК-5, ПК-6

11. ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

1. повышенной секрецией тиреотропного гормона
2. тиреоидстимулирующими иммуноглобулинами
3. повышенной чувствительностью тканей к гормонам щитовидной железы
4. повышенной секрецией тиреолиберина

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

12. ДЛЯ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА

1. постоянная тахикардия и мерцательная аритмия.
2. мерцательная аритмия
3. пароксизмальная тахикардия
4. атриовентрикулярная блокада

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

13. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. уровень тиреотропного гормона в крови
2. уровень трийодтиронина и тироксина крови
3. белковосвязанный йод
4. йодопоглотительная функция щитовидной железы

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

14. ЗОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. хорошо пальпируемая щитовидная железа
2. увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин
3. заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции
4. пальпируемое узловое образование щитовидной железы

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

15. ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕСТИ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ

1. уровень тиреоидных гормонов и величина основного обмена
2. выраженная тахикардия и степень потери массы тела
3. выраженная тахикардия и офтальмопатия
4. размер щитовидной железы и артериальная гипертония

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

16. ДЛЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ ТИТРА АНТИТЕЛ:

1. к тиропероксидазе
2. к тиреоглобулину
3. к глутаматдекарбоксилазе
4. к рецепторам ТТГ

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

17. ДЛЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ТТГ

1. T_3 – в норме; T_4 – в норме; ТТГ – подавлен (снижен)
2. T_3 – повышен; T_4 – повышен; ТТГ – подавлен (снижен)
3. T_3 – в норме; T_4 – повышен; ТТГ – в норме
4. T_3 – повышен; T_4 – повышен; ТТГ – в норме

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

18. ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ОБУСЛОВЛЕН:

1. снижением конверсии тироксина в трийодтиронин
2. воздействием на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью
3. воздействием на аутоиммунный процесс в щитовидной железе

4. блокированием поступления йода в щитовидную железу

Правильный ответ: 2

(ПК-6)

19. СИМПТОМ ДАЛЬРИМПЛЯ - ЭТО

1. расширение глазной щели
2. отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх
3. отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вверх
4. отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вниз

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

20. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ИСПОЛЬЗУЮТ

1. препараты йода
2. левотироксин натрия
3. тирозол
4. глюкокортикостероиды

Правильный ответ: 3

(ПК-6)

21. ЗАБОЛЕВАНИЕ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ ГИПОФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. болезнь Иценко-Кушинга
2. несахарный диабет
3. болезнь Аддисона
4. микседема

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

22. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА:

1. Карбонат лития
2. Тироксин
3. Йодомарин
4. Мерказолил

Правильный ответ: 2

(ПК-6)

23. ДЛЯ ГИПОТИРЕОИДНОЙ КОМЫ ХАРАКТЕРНО

1. повышенная температура тела
2. тонические судороги
3. брадикардия
4. дыхание Куссмауля

Правильный ответ: 3

(ПК-5)

24. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА

1. первоначальное назначение максимально переносимой дозы тироксина с последующим снижением
2. назначение тироксина в дозе 1 таблетка ежедневно курсами по 4-6 месяцев.
3. лечение тиреотропным гормоном
4. постепенное повышение дозы тироксина до достижения оптимальной

Правильный ответ: 4

(ПК-6)

25. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТИРЕОЗА

1. исследование уровня ТТГ, Т3, Т4 в плазме крови
2. определение титра антител к тиреоглобулину
3. определение суточной экскреции с мочой 17-ОКС
4. тест толерантности к глюкозе

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

26. ПАТОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕН

1. уменьшением массы железистой ткани щитовидной железы и торможением синтеза тиреоидных гормонов
2. уменьшением синтеза тиролиберина
3. уменьшением секреции тиролиберина
4. уменьшением секреции ТТГ

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

27. ПАТОГЕНЕЗ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕН

1. недостатком йода в окружающей среде
2. уменьшением секреции ТТГ
3. снижением секреции тиролиберина
4. увеличением секреции тиролиберина

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

28. ПАТОГЕНЕЗ ТРЕТИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕН

1. уменьшением синтеза тиролиберина
2. аутоиммунным процессом в щитовидной железе
3. увеличением секреции ТТГ
4. секрецией биологически неактивного ТТГ

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

29. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОТЕКОВ ПРИ ГИПОТЕРИОЗЕ ЛЕЖИТ

1. диспротеинемия

2. накопление гиалуроновой и хондроитинсерной кислот
3. задержка натрия
4. накопление креатин фосфата

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

30. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ

1. микседема
2. гипопитуитаризм
3. атрезия щитовидной железы
4. кретинизм

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

31.УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ, ПРИВОДЯЩУЮ К РАЗВИТИЮ
ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА:

- 1) струмэктомия
- 2) наследственные дефекты в биосинтезе тиреоидных гормонов
- 3) аутоиммунный процесс
- 4) хромофобная аденома гипофиза

Правильный ответ: 4

ПК-5,ПК-6

32.ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОГО
ГИПОТИРЕОЗА?

- 1) аутоиммунный тиреоидит
- 2) субтотальная тиреоидэктомия
- 3) гипо-и аплазия щитовидной железы
- 4) все перечисленное

Правильный ответ: 4

ПК-5,ПК-6

33.УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ВТОРИЧНОГО
ГИПОТИРЕОЗА:

- 1) аутоиммунные поражения щитовидной железы
- 2) врожденная недостаточность ТТГ
- 3) поражение гипоталамических центров, секретирующих тиролиберин
- 4) нехватка йода в окружающей среде

Правильный ответ: 2

ПК-5,ПК-6

34. ВТОРИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) патологии ЩЖ
- 2) недостаточной функции ЩЖ
- 3) патологией гипофиза

4) патологией гипоталамуса

Правильный ответ: 3

ПК-5,ПК-6

35. ПРИЧИНАМИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

1) аутоиммунные процессы в ЩЖ

2) опухоли гипофиза

3) кровоизлияния в гипофиз

4) нейроинфекции

Правильный ответ: 4

ПК-5,ПК-6

36. КЛИНИКА ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕНА

1) недостатком Т3 и Т4

2) уменьшением активности катехоламинов

3) снижением метаболизма

4) уменьшением потребности в кислороде

Правильный ответ: 4

ПК-5,ПК-6

37. ПАТОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ОБУСЛОВЛЕН

1) уменьшением массы железистой ткани щитовидной железы с торможением синтеза тиреоидных гормонов

2) уменьшением секреции ТТГ

3) уменьшением синтеза тиролиберина

4) увеличением массы железистой ткани щитовидной железы

Правильный ответ: 1

ПК-5,ПК-6

38. ТРЕТИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ОБУСЛОВЛЕН

1) первичным поражением гипоталамических центров, секретирующих тиро-либерин

2) синдромом Симмондса-Шиена

3) недостатком введения в организм йода

4) аденомой гипофиза

Правильный ответ: 1

ПК-5,ПК-6

39. К РАЗВИТИЮ ГИПОТИРЕОЗА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1) аутоиммунные процессы в ЩЖ и инфильтрация лимфоцитами

2) аутоиммунные процессы, снижение выработки ТТГ, врожденная гипоплазия

3) снижение концентрации ТТГ

4) снижение концентрации тиролиберина

Правильный ответ: 1
ПК-5,ПК-6

40.ПАТОГЕНЕЗ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА
ОБУСЛОВЛЕН

- 1) уменьшением секреции ТТГ
- 2) увеличением секреции ТТГ
- 3)увеличением секреции тиролиберина
- 4)снижением секреции тиролиберина

Правильный ответ: 1
ПК-5,ПК-6

41. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ ВО ВРЕМЕНИ БЕРЕМЕННОСТИ

1. 50-100 мкг.
2. 100-150 мкг.
3. 1000 мкг.
4. 200 мкг.

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

42. ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ГРУППОВОЙ ЙОДНОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ

1. Дети и подростки.
2. Подростки, беременные и кормящие.
3. Дети и лица в возрасте старше 50 лет.
4. Дети, подростки, беременные и кормящие.

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

43. ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СРЕДСТВАМИ ПРОФИЛАКТИКИ
ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

1. антиструмин
2. иодид калия 200 и 100 мкг и антиструмин
3. биоактивные пищевые добавки из морской капусты
4. раствор 1 % калий йод

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

44. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ

1. Зоб эндемический.
2. Диффузный токсический зоб
3. Эндокринная офтальмопатия
4. Аплазия щитовидной железы.

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

45. ЗОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. хорошо пальпируемая щитовидная железа
2. увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин
3. заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции
4. пальпируемое узловое образование щитовидной железы

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

46. В ЛЕЧЕНИИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. препараты йода
2. тиреоидные гормоны
3. комбинацию препаратов йода и тиреоидных гормонов
4. радиоактивный йод

Правильный ответ: 3

(ПК-5)

47. ОСОБЕННОСТЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. Сохранение зависимости секреции тиреоидных гормонов от секреции ТТГ
2. Автономная секреция тиреоидных гормонов, не зависящая от секреции ТТГ
3. Подавление секреции не только ТТГ, но и АКТГ
4. Повышенная чувствительность тироцитов к действию ТТГ

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

48. НОРМА ЕЖЕДНЕВНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ

1. 100 мкг
2. 125 мкг
3. 150 мкг
4. 250 мкг

Правильный ответ: 3

(ПК-5)

49. В ПАТОГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОБА ПРИ ДЕФИЦИТЕ ЙОДА В ОРГАНИЗМЕ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

1. развитие гипотиреоза с компенсаторной гиперплазией тиреоцитов
2. повышение уровня тироксин-связывающего глобулина плазмы
3. стимуляция выработки антитиреоидных антител
4. повышение чувствительности тиреоцитов к ТТГ и активация тканевых факторов роста тиреоцитов

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

50. ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТА ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ

1. Йодированная соль
2. Йодный раствор 0,1%
3. Калия йодид
4. Пищевые добавки из морской капусты

Правильный ответ: 4

(ПК-3)

51. ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) наличием сбалансированного регулярного питания
- 2) недостатком в рационе питания белка
- 3) избытком жира в рационе питания
- 4) недостатком в рационе питания клетчатки

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

52. ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ПОТОМСТВА ПРИ НАЛИЧИИ ОЖИРЕНИЯ У ОБОИХ РОДИТЕЛЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 30-40%
- 2) 50-60%
- 3) 70-80%
- 4) 100%

Правильный ответ: 4

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

53. ОДИН ГРАММ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ СГОРАНИИ ВЫСВОБОЖДАЕТ

- 1) 4 ккал.
- 2) 9.4 ккал.
- 3) 2 ккал.
- 4) 1 ккал.

Правильный ответ: 2

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, -9

54. В ПАТОГЕНЕЗЕ ОЖИРЕНИЯ ИГРАЕТ РОЛЬ

- 1) переедание, низкая физическая активность
- 2) недоедание
- 3) высокая физическая активность
- 4) недостаток инсулина

Правильный ответ: 1

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

55. АНДРОИДНЫЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) уменьшение объема талии
- 2) отложением жира в области бедер
- 3) отложением жира с увеличением объема талии
- 4) отложение жира в области плечевого пояса

Правильный ответ:3

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

56. ГИНОИДНЫЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) «булками» над ключицами
- 2) нормальными размерами талии
- 3) увеличением размеров талии
- 4) преимущественным отложением жира в области бедер

Правильный ответ:4

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

57. НАЛИЧИЕ ОЖИРЕНИЯ И ЕГО ВЫРАЖЕННОСТЬ ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1) по массе тела
- 2) по возрасту
- 3) по индексу массы тела
- 4) по физической активности

Правильный ответ:3

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

58. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

- 1) диспластическое ожирение, нарушение полового развития
- 2) равномерное распределение жира, гипертензия
- 3) равномерное распределение жира, гиперпигментация кожи
- 4) нижний, гиноидный тип ожирения

Правильный ответ:2

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

59. НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) ИМТ 18,5 – 24,5 кг/м²
- 2) ИМТ < 18,5 кг/м²
- 3) ИМТ 25 – 29,9 кг/м²
- 4) ИМТ 30 – 34,9 кг/м²

Правильный ответ:1

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

60. ТИП ОЖИРЕНИЯ ТРАДИЦИОННО АССОЦИИРУЮЩИЯСЯ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

- 1) глутео-фemorальный тип
- 2) гипоталамический
- 3) абдоминальный или андронидный
- 4) смешанный

Правильный ответ: 3

УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

61. ГОРМОН, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОЦЕНИТЬ НАСТУПЛЕНИЕ МЕНОПАУЗЫ.

- 1) Эстриола
- 2) Эстрадиола
- 3) Пролактина
- 4) ФСГ

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

62. РАННИЕ СИМПТОМЫ МЕНОПАУЗЫ.

- 1) Вазомоторные и эмоциональные
- 2) Урогенитальные нарушения
- 3) Патология кожи и её придатков
- 4) Остеопороз

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

63. ПОЗДНИЕ СИМПТОМЫ ДЕФИЦИТА ЭСТРОГЕНОВ:

- 1) Вазомоторные и эмоциональные
- 2) Урогенитальные нарушения
- 3) Патология кожи и её придатков
- 4) Остеопороз

Правильный ответ: 4

ПК-5, ПК-6

64. ПАТОГЕНЕЗ ПРИЛИВОВ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- 1) Изменение функции терморегулирующего центра
- 2) Присоединение вторичной инфекции
- 3) Подъем АД
- 4) Избыточная продукция цитокинов с пирогенным действием

Правильный ответ: 1

ПК-5, ПК-6

65. ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) снижением активности остеобластов
- 2) повышением активности остеокластов

- 3)повышением активности паратгормона
 - 4)снижением всасывания витамина Д
- Правильный ответ: 2
ПК-5, ПК-6

66. КОСТНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ГИПОЭСТРОГЕНИИ:

- 1) Губчатые кости тел позвонков
 - 2) Ребра
 - 3) Дистальные отделы костей предплечья
 - 4) Шейка бедренной кости
- Правильный ответ: 1
ПК-5, ПК-6

67. ЭФФЕКТ ЭСТРОГЕНОВ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН

- 1) Снижение содержания ХС и ЛПНП, ОНП
 - 2) активация липопротеин-липазы
 - 3) Снижение триглицеридов
 - 4) Понижение уровня ЛПВП
- Правильный ответ: 1
ПК-5, ПК-6

68. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СРЕДНЕВРЕМЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МЕНОПАУЗЫ

- 1) вазомоторные и эмоциональные
 - 2) урогенитальные нарушения
 - 3) патология кожи и ее придатков
 - 4) остеопороз
- Правильный ответ: 2
ПК-5, ПК-6

69. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)определение уровня кальция и паратиреоидного гормона в крови
 - 2)ультразвуковая остеоденситометрия
 - 3)компьютерная томография
 - 4)двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия
- Правильный ответ: 4
ПК-5, ПК-6

70. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) противовоспалительная терапия
- 2) физиотерапия и лечебная физкультура

- 3) витаминотерапия
 - 4) назначение препаратов ингибиторов остеокласт -опосредованной костной резорбции
- Правильный ответ: 4
ПК-5, ПК-6

71. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1. повышенного образования глюкокортикостероидов
- 2. увеличения ОЦК
- 3. активности симпатической нервной системы
- 4. активности ренин-ангиотензиновой системы

Правильный ответ: 1

(ПК-5)

72. БЛОКИРОВАНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПРОВОДИТСЯ ПРЕПАРАТАМИ

- 1. соматостатина
- 2. парлодела
- 3. минирина
- 4. хлодитана

Правильный ответ: 4

(ПК-5)

73. БОЛЬШАЯ ДЕКСАМЕТАЗОНАЯ ПРОБА ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОДАВЛЕНИЕМ СЕКРЕЦИИ КОРТИЗОЛА ТАК КАК

- 1. дексаметазон обладает большей, чем кортизол, глюкокортикоидной активностью
- 2. в больших дозах дексаметазон непосредственно ингибирует кору надпочечников
- 3. чувствительность гипоталамо-гипофизарной системы к ингибирующему действию глюкокортикоидов частично сохранена
- 4. большая доза дексаметазона разрушает кортикотропы

Правильный ответ: 2

(ПК-5)

74. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1. короткий синактеновый тест
- 2. малая дексаметазоновая проба
- 3. большая дексаметазоновая проба
- 4. определение суточной экскреции катехоламинов и ВМК

Правильный ответ: 3

(ПК-5)

75. ДЛЯ ИСТИННОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМии ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ

- 1. инсулина

2. макропролактина
3. мономерного пролактина
4. АКТГ

Правильный ответ:3

(ПК-5)

76. ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. меноррагий
2. снижения кровяного давления
3. матронизма
4. лактореи

Правильный ответ:4

(ПК-5)

77. ФЕОХРОМОЦИТОМА-ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОДУЦИРУЮЩАЯ

1. адреналин и норадреналин
2. глюкокортикоиды
3. альдостерон
4. андрогены

Правильный ответ:4

(ПК-5)

78. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ СПОСОБСТВУЕТ

1. инъекции инсулина
2. пальпация живота
3. бессоница
4. состояние сна

Правильный ответ:2

(ПК-5)

79. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ПРОВОДЯТ

1. тест с инсулиновой гипогликемией
2. тест с аналогом адренокортикотропного гормона
3. малую дексаметазоновую пробу
4. большую дексаметазоновую пробу

Правильный ответ:3

(ПК-5)

80. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНОЙ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. соматотропинома
2. тиреотропинома
3. кортикотропинома
4. пролактинома

Правильный ответ:4

(ПК-5)

4. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 1.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-1-2990917/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
2	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов. Т. 2.. - Режим доступа: https://www.books-up.ru/ru/read/vnutrennie-bolezni-v-2-t-t-2-2991838/	ред. С. И. Рябов	СПб. : СпецЛит, 2015.
3	Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423501594.html	И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев	М. : Литтерра, 2015.

Перечень дополнительной литературы к рабочей программе

№ п/п	Наименование, вид изделия	Авторы, составитель, Редактор	Место издания, издательство, год
1	Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN978597	ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

	0436820.html		
--	--------------	--	--

Электронные ресурсы:

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 8-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2017.

<https://www.endocrinentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/algosd.pdf>

2. Клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых
https://www.endocrinentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/clin_rek_mo-2016.pdf

Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (национальные клинические рекомендации) - Санкт-Петербург, 2017

http://www.scardio.ru/content/Guidelines/project/Ozhirenie_klin_rek_proekt.pdf

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭМБ Консультант врача

ЭБС Айбукс

ЭБС Букап

ЭБС Лань

ЭБС Юрайт

СПС КонсультантПлюс

НЭБ eLibrary

БД Sage

БД Oxford University Press

БД ProQuest

БД Web of Science

БД Scopus

БД MEDLINE Complete