



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ

«Внутренние болезни»

**Методические разработки для студентов, обучающихся по
специальности**

30.05.01 «Медицинская биохимия»

для изучения дисциплины

«Внутренние болезни»

в X семестре 2019-2020 учебного года.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Тема №1, 2, 3.

Заболевания почек. Хронический пиелонефрит. Острый и хронический гломерулонефриты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Профилактика. Острая и хроническая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез развития. Клиническая картина. Лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения

I. Научно-методическое обоснование темы:

Заболевания почек по своей частоте занимают четвертое место среди всех заболеваний внутренних органов.

В последние десятилетия достигнуты значительные успехи в развитии нефрологии. Во многом это связано с прогрессированием базисных наук – биохимии, физиологии, генетики, электронной микроскопии, биологии. Внедрение в нефрологию достижений этих наук расширили рамки возможностей диагностики различных заболеваний почек. Знание клинической симптоматики заболеваний почек, умение сопоставить их с данными лабораторно – инструментальных методов исследования является важной задачей врача медико – биолога.

II. Цель и задачи занятия:

1. Научить диагностировать острый пиелонефрит, обосновывать и формулировать клинический диагноз.
2. Научить диагностировать острый гломерулонефрит, обосновывать и формулировать клинический диагноз.
3. Научить диагностировать хронический пиелонефрит, обосновывать и формулировать клинический диагноз.
4. Научить диагностировать хронический гломерулонефрит, обосновывать и формулировать клинический диагноз.
5. Научить проводить дифференциальный диагноз при выявлении мочевого синдрома.
6. Научить принципам этиопатогенетического лечения при острых и хронических заболеваниях почек.

III. Практические знания и умения:

1. Знать основные синдромы, встречающиеся при заболеваниях почек.
2. Знать этиологию и патогенез острых и хронических гломерулонефритов
3. Знать этиологию и патогенез острых и хронических пиелонефритов
4. Знать алгоритм диагностического поиска при подозрении на заболевание почек.
5. Уметь диагностировать острый гломерулонефрит, обосновывать и формулировать диагноз.
6. Уметь диагностировать хронический гломерулонефрит, обосновывать и формулировать диагноз.
7. Уметь диагностировать острый пиелонефрит, обосновывать и формулировать диагноз.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

8. Уметь диагностировать хронический пиелонефрит, обосновывать и формулировать диагноз.
9. Уметь анализировать общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, функциональные пробы почек
10. Знать принципы этиопатогенетического лечения острых и хронических воспалительных заболеваний почек.

Ответьте на следующие вопросы:

1. Перечислите основные симптомы и синдромы, развивающиеся при патологии почек.
2. Что входит в понятие нефротический синдром?
3. Что входит в понятие синдром артериальной гипертензии?
4. Каков патогенез артериальной гипертензии при патологии почек?
5. Что входит в понятие остронефритический синдром?
6. Каков патогенез почечных отеков?
7. Какие заболевания почек Вы знаете?
8. Какова этиология и патогенез острого пиелонефрита?
9. Какова этиология и патогенез хронического пиелонефрита?
10. Какова этиология и патогенез острого гломерулонефрита?
11. Какова этиология и патогенез хронического гломерулонефрита?
12. Какова диагностическая ценность общего анализа мочи?
13. Какие методы изучения клеточного состава мочи Вы знаете? Их диагностическая ценность.
14. Что входит в понятие "мочевой синдром"?
15. Какова диагностическая ценность симптома протеинурии?
16. Какова диагностическая ценность симптома гематурии?
17. Какова диагностическая ценность симптома цилиндррии?
18. Какие инструментальные методы обследования больного с патологией почек Вы знаете?

Решите следующие ситуационные задачи:

Задача 1

Больная Ф., 19 лет. Беременность 6 месяцев, протекала без токсикоза и нефропатии. Пять дней назад стали беспокоить тупые боли в правой поясничной области и слегка болезненное мочеиспускание. К вечеру был сильный озноб, температура повысилась до 38,6 градусов. Все эти дни сохраняются ознобы по вечерам, при этом температура повышается до 38-39 °С.

Объективно: бледность кожных покровов, лихорадочный румянец на щеках.. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы патологии не выявлено. Положительный симптом Пастернацкого справа. В общем анализе крови СОЭ – 46 мм в час, лейкоцитов 12×10^9 /л, палочкоядерных нейтрофилов 16%. В общем анализе мочи = белок 0,66 г/л, лейкоциты – на все поле зрения.

Выделите ведущие синдромы. Каков патогенез симптома Пастернацкого? Необходимое дообследование. Как трактовать показатели анализа крови и мочи ? О какой патологии можно думать?

Задача 2.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Больная С., 45 лет. В течение многих лет страдает моче – каменной болезнью. Неделю назад перенесла часовой приступ сильных болей в левой поясничной области. Вскоре появилась лихорадка $37,2-37,7^{\circ}\text{C}$, общее недомогание, частое и болезненное мочеиспускание.

Объективно: отмечается вялость, бледность кожных покровов, Со стороны сердечно – сосудистой и дыхательной системы патологии не выявлено. Положительный симптом Пастернацкого слева. В крови лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ- 36 мм в час. В общем анализе мочи - следовая протеинурия, лейкоцитурия до 25-30 в п/зрения..

О какой патологии можно думать? Необходимое дообследование.

Задача 3

Больная Д., 24 лет. Две недели назад перенесла ОРЗ. Беспокоят отечность лица, особенно век, тяжесть в затылочной области, недомогание, слабость, субфебрильная температура.

Объективно: бледность и одутловатость лица, отечность век, на голенях и пальцах рук – мягкие отеки. АД 170/95 мм рт ст., пульс 88 уд. в мин., ритмичный. Тоны сердца приглушены, усиление второго тона над аортой. Симптом Пастернацкого отрицательный. В крови: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}$ /л, Нв – 140г/л, лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 18 мм в час. В общем анализе мочи: реакция слабокислая, относительная плотность – 1024, белок – 3,3 г/л, эритроциты- 16 -18 в п/зр., лейкоциты 6- 8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 6-8 в п/зр., зернистые 3-5 в п/зр.

Выделите ведущие синдромы. О какой патологии можно думать? Необходимое дообследование?

Задача 4.

Больной С., 40 лет. Три недели назад перенес ангину, до этого был практически здоров. Беспокоит головная боль, головокружение, общая слабость.

Объективно: температура $37,2^{\circ}\text{C}$, АД – 180/105 мм рт ст, пульс – 90 уд. в мин., ритмичный, напряженный. Со стороны сердца – усиление второго тона над аортой. Изменений со стороны легких и органов брюшной полости не выявлено. В крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нв – 146г/л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9$, СОЭ – 12 мм в час. Общий анализ мочи: реакция слабокислая, относительная плотность 1028, белок – 1,65 г/л, эритроциты. Выщелоченные - 60-80 в п/зр., лейкоциты 20-25 в п/зр., цилиндры гиалиновые 4-6 в п/зр., зернистые 1-3 в п/зр. Клубочковая фильтрация – 40,5 мл/час. Мочевина крови 21,7 ммоль/л.

Выделите ведущие синдромы. О какой патологии можно думать? Необходимое дообследование.

Задача 5.

Больной Л., 22 лет, утром при мочеиспускании заметил выделение мочи цвета «мясных помоев». Дизурических расстройств не было. Неделю назад попал под дождь, переохладился.

Объективно: температура субфебрильная; Зев гиперемирован, миндалины рыхлые, выступает из-за дужек. Со стороны дыхательной системы патологии не выявлено. АД 150/100 мм рт ст., пульс 90 уд. в минуту, ритмичный.

Выделите ведущие синдромы. О какой патологии можно думать? Необходимое дообследование.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Задача 6.

Больной М., 18 лет, направлен комиссией райвоенкомата для обследования в связи с найденными изменениями в общем анализе мочи (белок, единичные лейкоциты и эритроциты). Подобные изменения в моче находили и год назад при обследовании в райвоенкомате. Жалоб нет.

Объективно: Температура нормальная. Незначительная бледность кожных покровов и одутловатость лица. Пульс 80 уд. в мин., ритмичный, АД 130/80 мм рт ст. Со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Общий анализ крови в норме. В общем анализе мочи: реакция мочи слабокислая, относительная плотность 1015, белок 0,66 г/л, эритроциты 1-2 в п/зр., лейкоциты 4-6 в п/зр.

Выделите ведущие синдромы. О какой патологии можно думать? Необходимое дообследование.

Задача 7.

Больная К., 45 лет, с 16 лет страдает сахарным диабетом. Последние 6 лет отмечает повышение АД, по утрам отечность пальцев рук, голеней. Поступила в крайне тяжелом состоянии с выраженными отеками всего тела. За последние 2 года резко снизилась острота зрения. АД 150/100 мм рт ст., пульс 90 уд. в мин., ритмичный. Тоны сердца резко приглушены. Над задненижними отделами легких притупление перкуторного звука, дыхание не выслушивается. Живот увеличен в объеме, в наружных отделах определяется притупление перкуторного звука. Печень прощупать не удается. В крови: Нв 92 г/л, лейкоц. $8,2 \times 10^9$, СОЭ – 26 мм в час. В моче: относительная плотность 1016, белок 12,3 г/л, эритроциты до 15 в п/зр., лейкоциты 8-10 в п/зр., цилиндры зернистые 3-4 в п/зр., восковидные 2-3 в п/зр.

Выделите ведущие синдромы. Каков патогенез отеков? Сформулируйте диагноз. Необходимое дообследование.

Задача 8

Больная Н., 53 лет, поступила в связи с повышением АД до 220/130 мм рт ст. Болеет более 12 лет. Повышение АД определено случайно, переносит его легко. Не обследовалась и регулярно не лечилась. Из анамнеза удалось выяснить, что в молодости дважды была правосторонняя почечная колика.

Какой возможный патогенез артериальной гипертензии? О какой патологии можно думать? Необходимое дообследование.

Задача 8

Больной В., 38 лет, много лет наблюдается у кардиолога по поводу ревматизма, сочетанного митрального порока, мерцательной аритмии, сердечной недостаточности III (по NYHA). При очередном обращении к врачу впервые в моче выявлены следующие изменения: относительная плотность 1020, белок – 0,66 г/л, эритроциты 12-16 в п/зр., лейкоциты 8-10 в п/зр., цилиндры гиалиновые 4-5 в п/зр.

Чем обусловлены изменения мочевого осадка?

Задача № 9 .

Больной М., 46 лет. Много лет наблюдается у ревматолога по поводу ревматоидного полиартрита с преобладанием пролиферативной фазы, нарушением функции суставов второй степени. После перенесенного ОРЗ состояние ухудшилось. Боли, скованность и отечность суставов конечностей увеличилась. Впервые появились отеки на лице. Впервые

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

в моче появились: относительная плотность 1026, белок 3,3 г/л, единичные эритроциты, лейкоциты 18 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-7 в п/зр., зернистые 4-5 в п/зр.

Чем обусловлены изменения в мочевом осадке? Необходимое дообследование.

Задач 10

Больной З., 44 лет, обратился в поликлинику в связи с периодически, на протяжении месяца, возникающей макрогематурией. Дизурических явлений нет. При осмотре больного патологии не выявлено. Температура нормальная.

Необходимое дообследование для выявления причины макрогематурии.

Задача 11

Больная Р., 37 лет. При диспансеризации выявлена протеинурия 0,66-0,99 % и макрогематурия. Жалоб при осмотре не предъявляла, в анамнезе частые ангины. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Анализ крови в норме.

Необходимое дообследование больной. О какой патологии можно думать?

Задача 12

Больной А., 60 лет. На протяжении последнего месяца было несколько повышений температуры до 38-39 градусов. В промежутках чувствует себя хорошо. В анализе крови эрит. $5,9 \times 10^{12}$ /л. В моче- микрогематурия.

О какой патологии можно думать? Необходимое дообследование.

Задача 13

Больная Г., 28 лет, поступила по поводу подъема АД до 230/120 мм рт.ст. Повышенные цифры АД периодически определялись последние 7 лет, но не лечилась и не обследовалась. Объективно: бледная, кожные покровы сухие со следами расчесов. Границы сердца расширены влево, акцент второго тона над аортой. Живот мягкий, с обеих сторон живота по боковым поверхностям от подреберий до гребешковых костей пальпируются слабо болезненные бугристые образования. В крови умеренная анемия, креатинин крови 158 мкмоль/л. В общем анализе мочи относительная плотность 1012, в остальном без особенностей. При осмотре гинеколога патологии не выявлено. При рентгенографии желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено. При внутривенной урографии почки не контурируются.

Выделите ведущие синдромы. О какой патологии можно думать? Необходимое дообследование.

Задача № 14

Больной П., 58 лет, состоящий на учете по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, стал ощущать боли в поясничной области, учащенное, болезненное мочеиспускание. В мочевом осадке выявлены белок 0,66 г/л, значительная лейкоцитурия, единичные эритроциты. Проведенная противовоспалительная терапия эффекта не дала. Боли и дизурические явления нарастали, появилась субфебрильная температура, в мочевом осадке количество лейкоцитов увеличилось до 60-80 в п/зр.

Чем можно объяснить изменения в состоянии больного и мочевом осадке? Необходимое дообследование.

б) Решите следующие ситуационные задачи:

Задача № 7/1.



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ

«Внутренние болезни»

В патогенезе гломерулонефрита принимают участие следующие факторы:

- а) иммунное воспаление базальной мембраны
- б) отложение комплексов "антиген-антитело" на фильтрующей поверхности клубочка
- в) образование капиллярных микротромбов
- г) ни один из перечисленных факторов
- д) все перечисленные факторы

Задача № 7/2.

Какое суждение относительно хронического пиелонефрита является неправильным:

- а) одним из частых проявлений хронического пиелонефрита является нефротический синдром
- б) хронический пиелонефрит приводит к хронической почечной недостаточности
- в) определяющее значение в лечении хронического пиелонефрита имеет устранение нарушений пассажа мочи
- г) при урографии характерно асимметричное поражение чашечно-лоханочной системы.

Задача № 7/3.

Гломерулонефрит может быть осложнением всех нижеперечисленных заболеваний, кроме:

- а) СКВ
- б) геморрагический васкулит
- в) инфекционный эндокардит
- г) миеломная болезнь
- д) стрептококковая ангина

Задача № 7/4.

Макрогематурия характерна для всех заболеваний почек, кроме:

- а) острый гломерулонефрит
- б) инфаркт почки
- в) амилоидоз почки
- г) почечно-каменная болезнь
- д) гипернефрома

Задача № 7/5.

Для нефротического синдрома характерны все признаки, кроме:

- а) гипоальбуминемия
- б) суточная потеря белка более 3 г/л
- в) изостенурия
- г) гиперлипидемия
- д) отеки

Задача № 7/6.

Определение, какого из показателей наиболее информативно для выявления нефротического синдрома:



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

- а) величины протеинурии
- б) клубочковой фильтрации
- в) креатинина сыворотки
- г) холестерина сыворотки
- д) канальцевой реабсорбции воды

Задача № 7/7.

При остром гломерулонефрите справедливы утверждения:

- а) в начальном периоде артериальная гипертензия развивается у всех больных
- б) назначение индометацина является обязательным
- в) наиболее частой формой болезни является нефротическая
- г) все перечисленное верно
- д) все перечисленное не верно

Задача № 7/8.

Все симптомы характерны для гломерулонефрита, кроме:

- а) гипертензия
- б) боли в поясничной области
- в) изменение мочи
- г) отеки
- д) дизурия

Задача № 7/9.

При каком заболевании в моче могут определяться клетки Штенгеймера-Мальбина:

- а) гломерулонефрит
- б) пиелонефрит
- в) миеломная болезнь
- г) амилоидоз почек
- д) инфаркт почки

Задача № 7/10.

Какой признак не характерен для хронического пиелонефрита:

- а) отеки и массивный транссудат
- б) артериальная гипертензия
- в) лейкоцитурия
- г) монотонное снижение удельного веса мочи при пробе по Зимницкому
- д) асимметричное нарушение функции почек при рентгенографии

Задача № 7/11.

Для хронического пиелонефрита характерны все признаки, кроме:

- а) дизурия
- б) бактериурия более 100000 в мл
- в) деформация лоханок и чашечек почек
- г) снижение клубочковой фильтрации

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

д) снижение канальцевой реабсорбции

Задача № 7/12.

Для хронического нефрита в стадии ХПН характерно:

- а) анемия
- б) олигоанурия
- в) артериальная гипертензия
- г) изогипостенурия
- д) все перечисленное

Задача № 7/13.

Острыми осложнениями хронического гломерулонефрита являются все, кроме:

- а) острая левожелудочковая недостаточность
- б) гиперкалиемия
- в) эклампсия
- г) анемия
- д) острая почечная недостаточность

Задача № 7/14.

Основное показание для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:

- а) нефротический синдром
- б) артериальная гипертензия
- в) почечная недостаточность
- г) гематурия
- д) профилактика обострения

Задача № 7/15.

Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита используют все средства, кроме:

- а) глюкокортикоиды
- б) нестероидные противовоспалительные препараты
- в) цитостатики
- г) антикоагулянты
- д) гипотензивные

Тема №4, 5.

Анемии. Классификация анемий. Клиническая картина анемий. Лабораторная диагностика В-12-фолиеводефицитной, железодефицитной, гипопластической и гемолитической анемий. Принципы лечения.

I. Научно-методическое обоснование темы:

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Анемия – синдром, который часто встречается в клинике внутренних болезней. Все анемии являются вторичными и обычно представляют собой проявление основного заболевания. Большое разнообразие факторов, лежащих в основе развития анемий, делает проблему их дифференциальной диагностики междисциплинарной, что требует от врачей различных специальностей квалифицированного умения и навыков познания причины анемии.

II. Цель и задачи занятия:

1. Научить алгоритму диагностического поиска при выявлении синдрома анемии
2. Научить лабораторной диагностике железодефицитных, В₁₂ – фолиево-дефицитных и гемолитических анемий.
3. Научит принципам лечения железодефицитных и В₁₂ – фолиево - дефицитных анемий.

III. Практические знания и умения:

1. Знать классификацию анемий.
4. Знать наиболее частые причины возникновения железодефицитных и В₁₂ – фолиево - дефицитных анемий.
2. Уметь проводить расспрос, осмотр больных с анемией, выделять ведущие синдромы.
3. Уметь проводить дифференциальный диагноз анемий,
4. Знать основы лабораторной диагностики анемий.
5. Уметь диагностировать железодефицитные, В₁₂ – фолиево-дефицитные и гемолитические анемии.
6. Знать принципы лечения железодефицитных и В₁₂ – фолиево - дефицитных анемий.

ответьте на следующие вопросы:

1. Перечислите лабораторные анализы, характеризующие состояние красной крови.
2. Физиологическая роль гемоглобина? Каковы нормальные показатели красной крови у мужчин и женщин? Диагностическое значение определения уровня гемоглобина?
3. Какую информацию несет цветной показатель? Диагностическое значение величины цветового показателя крови.
4. Каково диагностическое значение ретикулеза?
5. Что такое анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз, макроцитоз, диагностическое значение.
6. Что такое мегалоциты, мегалобласты, диагностическое значение.
7. Что такое тельца Жолли, кольца Кебота, диагностическое значение.
8. Дайте определение анемии.
9. Какова классификация анемий?
10. Что такое гемодилуция? Причины возникновения?
11. Перечислите жалобы больных характерные для анемического синдрома.
12. Чем характеризуется циркуляторно - гипоксический синдром?
13. Какие симптомы характеризуют сидеропенический синдром?
14. Что такое "pika chlorotica"? Чем объясняется возникновение симптомов?
15. Каков механизм развития сидеропенической дисфагии?
16. При каком заболевании возможны жалобы на сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос, чувство жжения на кончике языка, извращение вкуса?

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

17. Для какой анемии характерен восковидный язык с атрофическими сосочками?
18. Для какой анемии характерен лакированный язык?
19. Для какой анемии характерна желтуха?
20. При какой анемии встречаются парастезии, расстройства чувствительности в нижних конечностях?
21. Какие изменения со стороны "белой крови" возможны при анемии Аддисон-Бирмера?
22. При какой анемии встречается геморрагический, септико-некротический синдромы?
23. Для какой анемии характерен мегалобластический тип кроветворения в стернальном пунктате?
24. Почему при анемиях развиваются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы?

А) Ответьте на следующие вопросы:

1. Назовите показания к переливанию эритроцитарной массы.
 2. Перечислите основные принципы назначения препаратов железа.
 3. Каковы особенности диетотерапии железодефицитных анемий.
 4. Перечислите этапы диагностического поиска при выявлении циркуляторно-гипоксического синдрома.
 5. В каких случаях для верификации диагноза анемии показана стернальная пункция?
 6. По каким признакам оценивается эффективность лечения железодефицитных анемий?
 7. Как длительно назначают препараты железа при железодефицитных анемиях?
 8. Принципы назначения цианокобаламина при В12 – фолиеводефицитной анемии.
 9. По каким критериям диагностируется талассемия?
 10. По каким критериям диагностируется гемолитическая анемия?
- Что входит в понятие "гиперспленизм"? для какого заболевания характерен данный синдром?

Б) Решите следующие ситуационные задачи.

Задача № 1.

Больной В., 30 лет. В течение месяца отмечает боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, отрыжку воздухом, изжогу. Последнюю неделю уменьшились, но появилось головокружение, сильная усталость после обычного рабочего дня. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. При пальпации живота выраженная болезненность и напряжение брюшных мышц в точке проекции 12-перстной кишки. Анализ крови: Нв – 90 г/л, лейкоц. – $6,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 12 мм/час.

Что случилось с больным? План дообследования больного. Неотложная помощь.

Задача № 2.

Больная Г., 45 лет, жалуется на повышенную утомляемость, одышку при физической нагрузке, головокружение при резком изменении положения тела, "мушки" в глазах. В течении последних месяцев повышенная ломкость ногтей, выпадают и "секутся" волосы. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых. Койлонихии. Границы относительной сердечной тупости не расширены. I тон на верхушке ослаблен, II тон не

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

изменен. Нежный систолический шум на верхушке и в т. Боткина, дающий систолический шум на легочной артерии, "шум волчка" на венах шеи.

Предполагаемый диагноз. Необходимые исследования и ожидаемый результат. Как объяснить изменения со стороны сердца?

Задача № 3.

Больной М., 35 лет, работает на рыбозаводе. В течение полугода жалуется на слабость, боли в эпигастриальной и подвздошной области, тошноту, вздутие живота, неустойчивость стула. Объективно: кожные покровы бледные с желтушным оттенком, живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области эпигастрия, симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон. В анализе крови: Нв – 70г/л, эритроц. – $3,5 \times 10^{12}/л$, цвет. показ. – 1,0, эозиноф. – 8%.

Выделите ведущие синдромы. О какой патологии в данном случае идет речь? План обследования.

Задача № 4.

Больной В., 45 лет. Беспокоит слабость, быстрая утомляемость, головокружение, одышка при быстрой ходьбе. Состояние ухудшилось последние 2 мес., неделю назад присоединились боли в языке и жжение. Анамнез: субтотальная резекция желудка по поводу перфоративной язвы 4 года назад. Об-но: кожа и слизистые бледные, на слизистой языка – отдельные ярко-красные воспалительные участки. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, мягкая. Селезенка не пальпируется. Тоны сердца приглушены, систолический шум над верхушкой, тахикардия.

Что случилось с больным? Выделите ведущие синдромы. План обследования.

Задача № 5.

Больной Б., 65 лет. В течение многих лет страдает гастритом с пониженной секреторной функцией. Последние 3 мес. ухудшилось общее состояние, исчез аппетит, беспокоит нарастающая слабость, головокружение, шум в ушах, умеренные боли постоянного характера, не связанные с приемом пищи, в эпигастриальной области. Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие. Лакированный язык. Тоны приглушены, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии, печень и селезенка не пальпируются.

Выделите ведущие синдромы. Предполагаемый диагноз? План обследования.

Задача № 6.

Больная П., 60 лет. Жалуется на сильную слабость, быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при малейшей физической нагрузке, шум в ушах и мелькание "мушек" перед глазами; в течение трех недель отмечает жидкий, интенсивно окрашенный стул до 4 раз в сутки. Последние дни беспокоит жжение и боль в языке. В течение 20 лет больная страдает гастритом с пониженной секреторной функцией. Около 3 месяцев назад отметила быструю утомляемость, ощущение "ползание мурашек" по конечностям. К врачам не обращалась. При осмотре выраженная бледность кожи и слизистых, склеры субэктеричны, язык покрыт ярко-красными воспалительными участками. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 5-6 см, эластичная, безболезненная при пальпации, селезенка не увеличена. В анализе крови: Нв – 60г/л, эритроц. – $1,5 \times 10^{12}/л$, ц.п. – 1,2, выражен анизоцитоз эритроцитов, единичные макроциты.

Выделите ведущие синдромы. Предполагаемый диагноз? План обследования.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Задача № 7.

Больная А., 32 лет, беременность длится 22 недели (третья). Последние 3 недели появилась резкая слабость, головокружение. Об-но: бледность кожных покровов и слизистых; со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологии не выявлено. Печень и селезенка не увеличены. В анализе крови: Нв – 95 г/л, эрит. – $3,0 \times 10^{12}/л$, ц. п. – 0,9, лейкоц. – $11,0 \times 10^9/л$, эозин. – 1%, палоч. – 7%, сегм. – 62%, лимф. – 23%, моноц. – 7%, СОЭ – 30 мм/ч. в мазке выраженный анизоцитоз, имеется много микроцитов и макроцитов, единичные мегалоциты, сывороточное железо – 8 мкмоль/л.

Как вы расцениваете данную ситуацию? Необходимое дообследование?

Задача № 8.

Больной П., 45 лет. Обратился с жалобами на вялость, быструю утомляемость, слабость, значительно усиливающуюся во время работы. В течение 6 лет страдает хроническим холециститом, при осмотре кожа и слизистые слегка желтушны, пальпируется умеренно болезненная селезенка, выступающая на 8 см из-под края реберной дуги. В анализе крови: Нв – 93 г/л эритроциты. $3,5 \times 10^{12}/л$. Выражен микросфероцитоз эритроцитов. Анализ мочи: значительно повышен уробилин, большое количество уратов, кристаллов мочевой кислоты. Анализ кала на стеркобилин резко положителен.

Выделите ведущие синдромы. Предполагаемый диагноз? План обследования.

Задача № 9.

Больной Б., 25 лет, жалуется на резкую слабость, озноб, лихорадку до 38-40 градусов, кожный зуд, сильные схваткообразные боли в пояснице и крестце, дважды была рвота. Накануне при работе на улице сильно остыл. Ранее ничем не болел и считал себя практически здоровым. Кожа и слизистые желтушны, кожа влажная, покрыта уртикарной сыпью, температура $38,5^{\circ}$, живот при пальпации умеренно болезненный, в верхних отделах мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, мягкая, болезненная при пальпации, селезенка выступает на 4 см, так же болезненна. В анализе крови: Нв – 83 г/л, цветовой показатель – 1,0, эритроциты склеены в "монетные столбики", СОЭ – 40 мм/час, ретикулоциты. – 65%, эозинофилы. – 0, нейтрофильный лейкоцитоз.

Выделите ведущие синдромы. Предполагаемый диагноз? План обследования

Задача № 10.

Больной М., 25 лет. Жалуется на слабость, быструю утомляемость, одышку, повышенную утомляемость, жажду, тяжесть в правом подреберье, кожные покровы темные. Печень выступает из-под реберного края на 10 см, селезенка не увеличена. Анализ крови: Нв – 80 г/л, цветовой показатель – 0,5, эритроциты – $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты. – $2,3 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/час, эритроциты в мазке резко гипохромные, небольшая их мишеневидность, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Выделите ведущие синдромы. Предполагаемый диагноз? План обследования

Задача № 11.

Больная С., 54 лет. Страдает анемией около 4-х лет. Ежегодно по 2-3 раза в стационарах лечится гемотрансфузиями. Анализ крови: Нв – 24 г/л, эритр. – $1,05 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,7, ретикулоциты 2: 1000, тромбоциты – $61 \times 10^9/л$, лейкоциты $2,05 \times 10^9/л$, (п. – 10, с-14, л-66, м-7). Биллирубин сыворотки 9 мкмоль/л, сывороточное железо 10 мкмоль/л. Миелограмма – костный мозг малоклеточный, количество

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

миелокариоцитов менее 50000 (норма от 50000 – 200000). Резистентность эритроцитов в норме, реакция Кумбса – отрицательная.

Ваш диагноз? Необходимое дообследование?

Задача № 12.

Больная Т., 50 лет. Беспокоят частые головные боли, головокружение, одышка при подъеме на лестницу, периодические колющие боли в левой половине грудной клетки. Последние 3 года отмечает обильные и длительные менструации. При осмотре больная нормального питания. Кожа бледная, сухая, ногти плоские, с поперечной исчерченностью. В анализе крови: Нв – 98 г/л, эритроциты. – $3,7 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,68, СОЭ – 20 мм/час, выражена гипохромия эритроцитов, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Выделите ведущие синдромы. Предполагаемый диагноз? План обследования

Задача № 13.

Больной В., 47 лет. Обратился с жалобами на слабость, быструю утомляемость, одышку, сердцебиение, при умеренной физической нагрузке. Длительное время страдает геморроем с частыми обострениями. При осмотре бледность слизистых, кожа сухая, шелушится. В анализах крови: Нв – 110 г/л, эритроц. – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,75, СОЭ – 20 мм/час, выраженный анизоцитоз и пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов, встречаются микроциты.

Выделите ведущие синдромы. Предполагаемый диагноз? План обследования.

В) Решите следующие тесты:

Задача № 14.

Панцитопения в периферической крови наблюдается при всех заболеваниях крови, кроме:

- лейкопеническая форма острого лейкоза
- пароксизмальная ночная гемоглобинурия
- В12- дефицитная анемия
- гиперспленизм
- аутоиммунная гемолитическая анемия

Задача № 15.

Снижение осмотической резистентности эритроцитов характерно для:

- аутоиммунной гемолитической анемии
- наследственного сфероцитоза
- талассемии
- пароксизмальной ночной гемоглобинурии
- сидероахристической анемии

Задача № 16.

Проявлениями сидеропенического синдрома являются все признаки, кроме:

- ангулярный стоматит
- глоссит
- сухость и выпадение волос

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

- г) эзофагит
- д) секреторная недостаточность желудка

Задача № 17.

Больная 70 лет отмечает выраженную общую слабость, отсутствие аппетита, неуверенную походку. При осмотре бледность кожных покровов и слизистых. В крови: Нв – 70 г/л, эритро. 1,9 млн/л; ц.п. – 1,1; ретикулоцитов – 0,2%, лейкоцитов – 98000, СОЭ – 34 мм/час. Какие изменения костного мозга наиболее вероятны?

- а) гипоплазия кроветворения
- б) увеличение кол-ва мегалобластов
- в) мегалобластический эритропоэз
- г) увеличение количества плазматических клеток
- д) гиперплазия эритропоэза

Задача № 18.

У 45-летней больной после перенесенного ОРЗ появилась лихорадка, слабость, головокружение. Об-но: легкая иктеричность склер и кожи, увеличение селезенки. В крови: Нв – 90 г/л, лейкоцитов – 14 тыс/мл, ретикулоцитов – 40%, тромбоцитов – 120 тыс./мл, билирубин – 40 мкмоль/л, реакция непрямая. Наиболее информативным методом исследования в данной ситуации является:

- а) исследование содержания сывороточного железа
- б) исследование активности ЩФ крови
- в) бактериологическое исследование крови
- г) проба Кумбса
- д) УЗИ внутренних органов

Задача № 19.

Укажите характерный признак апластической анемии:

- а) гипохромия эритроцитов
- б) анизо-пойкилоцитоз
- в) макроцитоз эритроцитов
- г) панцитопения
- д) повышение уровня железа в сыворотке крови

Задача № 20.

Какая форма анемии наблюдается при хронической интоксикации бензолом:

- а) гемолитическая
- б) железодефицитная
- в) смешанная с нарушением синтеза ДНК и РНК
- г) апластическая
- д) обусловленная дефицитом В12

Задача № 21.

Какой фактор необходим для всасывания витамина В12:



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

- а) соляная кислота
- б) гастрин
- в) гастромукопротеин
- г) пепсин
- д) фолиевая кислота

Задача № 22.

Укажите характерный признак повышенного гемолиза:

- а) гипохромная анемия
- б) увеличение прямого билирубина
- в) насыщенный цвет мочи
- г) желтуха с зудом
- д) высокий ретикулоцитоз

Задача № 23.

Чем обусловлены жалобы на парестезии в стопах, неустойчивость походки при В12-дефицитной анемии:

- а) гипокалиемия
- б) фуникулярным миелозом
- в) алкогольной энцефалопатией
- г) остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения
- д) ангиопатией артерий нижних конечностей

Задача № 24.

С какого метода следует начинать лечение аутоиммунной гемолитической анемии:

- а) назначения нестероидных противовоспалительных препаратов
- б) назначения иммунодепрессантов
- в) назначение глюкокортикоидов
- г) спленектомия
- д) проведение гемотрансфузий

Задача № 25.

При каком заболевании, сопровождающемся повышением в сыворотке уровня железа, показано применение дисфериала:

- а) талассемия
- б) В12 – дефицитная анемия
- в) наследственный микросфероцитоз
- г) идиопатическая аутоиммунная гемолитическая анемия при СКВ

Задача № 26.

Больная 37 лет. Жалобы на слабость, головокружение, потемнение в глазах, парестезии в стопах и неустойчивость походки. Выявлена некоторая желтушность кожных покровов. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. В крови: Нв – 70 г/л, ц.п. – 1,4;

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

лейк. – 4,5 тыс/мл, пал. 5, сегм. – 56, мон. – 10, лимф. – 29. СОЭ – 12мм/час. При гастроскопии атрофический гастрит, ахилия. Диагноз:

- а) вирусный гепатит С
- б) хронический алкоголизм
- в) аутоиммунная гемолитическая анемия
- г) болезнь Аддисона-Бирмера
- д) болезнь Крона

Задача № 27.

Какой признак не соответствует диагнозу железодефицитная анемия:

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

Задача № 28.

Для железодефицитной анемии характерны все показатели, кроме:

- а) отсутствие отложения железа в костном мозге
- б) низкий уровень феррина в крови
- в) гипохромия и микроцитоз эритроцитов
- г) эффект от лечения препаратами железа в течение месяца
- д) мегалобластоз костного мозга

Задача № 29.

Укажите признак, характерный для апластической анемии:

- а) снижение кроветворения в костном мозге
- б) сохранение клеточного состава костного мозга
- в) наличие признаков гемобластоза
- г) повышение уровня сывороточного железа
- д) мегалобластический тип кроветворения

Задача № 30.

Больная 18 лет, жалуется на слабость, утомляемость. Менструации с 12 лет, обильные, по 5-6 дней. Кожные покровы бледные. В крови: Нв- 85 г/л, эрит.-3,8млн/мл; ц.п. – 0,67; железо сыворотки – 4 мкмоль/л, лейкоциты – 6 тыс/мл. Формула без особенностей. Какой препарат наиболее показан:

- а) эритромаасса
- б) витамин В12
- в) ферроплекс
- г) пиридоксин
- д) феррум

Задача № 31.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Для верификации диагноза анемии у больной 72 лет с Нв- 81 г/л и ц. п.- 1,2 , наиболее важны исследования:

- а) осмотическая резистентность эритроцитов
- б) уровень прямого и непрямого билирубина
- в) содержание железа сыворотки крови
- г) стерильная пункция
- д) верно все перечисленное

Задача № 32.

Какое лечение необходимо больному с пернициозной анемией:

- а) гемотрансфузия
- б) витамин В12 внутрь
- в) витамин В12 внутримышечно
- г) фолиевую кислоту
- д) препараты железа

Задача № 33.

Укажите клинические проявления сидеропенического синдрома:

- а) ангулярный стоматит
- б) извращение вкуса; обоняния
- в) глоссит
- г) все сказанное
- д) ничего из указанного

Тема №6, 7.

Геморрагические диатезы. Классификация. Клиническая картина гемофилии, тромбоцитопенической пурпуры, геморрагического васкулита, болезни Рандю - Ослера. Дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.

I. Научно-методическое обоснование темы:

Геморрагический диатез - это синдром, основными клиническими признаками которого являются повышенная кровоточивость, склонность к повторным кровотечениям и кровоизлияниям, самопроизвольным или после незначительных травм.

Диагностика геморрагического синдрома в целом и геморрагического диатеза в частности, требует от врача любой специальности, а в особенности врача медико – биолога точных знаний, позволяющий выявить причину этого синдрома, оказать неотложную помощь при угрожающих жизни кровотечениях.

II. Цель и задачи занятия:

1. Научить диагностировать геморрагический синдром.
2. Научить алгоритму диагностического поиска при выявлении геморрагического синдрома.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

3. Научить диагностировать геморрагические диатезы с указанием: вида геморрагического диатеза; его этиологии, патогенеза; степени тяжести; осложнений.
4. Научить принципам лечения геморрагических диатезов с учетом клинической формы болезни
5. Научить оказанию неотложной помощи при геморрагическом синдроме.

III. Практические знания умения:

1. Знать основные виды кровоточивости.
2. Знать основные лабораторные показатели, характеризующие тромбоцитарный гемостаз, состояние внутренних и внешних плазменных факторов свертывания.
3. Знать классификацию геморрагических диатезов.
4. Знать этапы диагностического поиска при выявлении геморрагического синдрома.
5. Уметь диагностировать тромбоцитопеническую пурпуру, геморрагический васкулит, болезнь Рандю-Ослера, болезнь Виллебранда, гемофилию, ДВС – синдром.
6. Знать основные принципы гемостатической и этиотропной терапии при тромбоцитопенической пурпуре, болезни Виллебранда, гемовилии, геморрагическом васкулите, болезни Рандю-Ослера, ДВС – синдроме.

Ответьте на следующие вопросы:

1. Перечислите жалобы больных характерные для геморрагического синдрома.
2. Каковы причины геморрагического синдрома при заболеваниях крови?
3. Какие виды гемостаза Вы знаете?
4. По каким критериям оценивается состояние сосудистого гемостаза?
5. По каким критериям оценивается тромбоцитарный гемостаз?
6. По каким критериям оценивается состояние внутреннего механизма свертывания?
7. По каким критериям оценивается состояние внешнего механизма свертывания?
8. Какие типы кровоточивости Вы знаете?
9. Каков алгоритм диагностического поиска при геморрагическом синдроме в сочетании с нормальным показателем длительности кровотечения?
10. Каков алгоритм диагностического поиска при геморрагическом синдроме в сочетании с удлинением времени длительности кровотечения?
11. Каков алгоритм диагностического поиска при выявлении геморрагического синдрома при нормальном или повышенном содержании тромбоцитов?
12. Каков алгоритм диагностического поиска при выявлении геморрагического синдрома в сочетании с пониженным содержанием тромбоцитов ?
13. Перечислите наиболее часто встречающиеся виды геморрагических диатезов
14. Что лежит в основе синдрома внутрисосудистого диссеминированного свертывания?
15. Какие лабораторные показатели характерны для этого синдрома?

а) Решите следующие ситуационные задачи:

Задача № 1.

У больного К., 60 лет, сегодня утром началось кровотечение из полости рта. Накануне сломал зуб. При осмотре бледный, лимфоузлы не пальпируются. На коже и слизистой

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

щек, губ, языка имеется множество мелких телеангиэктазий, некоторые из них кровоточат.

Какой тип кровоточивости имеет место у больного? О какой патологии можно думать? План обследования. Неотложная помощь.

Задача № 2.

На прием к детскому стоматологу мать привела мальчика 8 лет с острой зубной болью. При обследовании выявлен острый гнойный периодонтит. В анамнезе обильные носовые кровотечения.

Какова тактика стоматолога, если он примет решение удалить зуб?

Задача № 3.

У больного М., 48 лет, развился острый периостит в области 5 нижнего зуба справа. В анамнезе вирусный гепатит В. При осмотре обращает внимание иктеричность склер, кровоточивость десен, лакированный язык, сосудистые звездочки на шее, пальмарная эритрема.

Возможно ли кровотечение у данного больного при оперативном вмешательстве? Патогенез кровоточивости. Меры профилактики.

Задача № 4.

К стоматологу за ортопедической помощью обратилась женщина 50 лет. Предстояло удалить 5 зубов и 3 корня. При осмотре обращала внимание бледность кожных покровов и слизистых, кровоточивость десен, множественные синяки на открытых участках тела. В анамнезе частые носовые кровотечения, в последние 3 года длительные и обильные меноррагии.

Какова тактика стоматолога в данной ситуации? Есть ли необходимость в дообследовании больной?

Задача № 5.

Больного В., 25 лет, беспокоит в течении недели недомогание, субфебрильная температура по вечерам, резкая болезненность и припухлость в области обоих коленных суставов. Вчера на голенях появилась обильная петезиальная сыпь. Три недели назад перенес на ногах фолликулярную ангину. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, чистые. АД 140/90 мм рт ст, пульс 92 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Выделите ведущие синдромы в клинике больного? О какой патологии можно думать? План дообследования.

Б) ответьте на следующие вопросы:

1. Какова диагностическая ценность времени свертывания крови?
2. Какова диагностическая ценность протромбинового индекса?
3. Какова диагностическая ценность количества фибриногена крови?
4. Назовите гемостатики местного действия.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

5. Назовите гемостатики системного действия.
6. Показания к назначению гепарина. Кратность его введения. По каким критериям оценивается его эффективность?
7. Назовите лекарственные средства, обладающие дезагрегатными свойствами. Показания к их назначению.
8. Назовите антигемофильные препараты. Правила их применения.
9. Показания к применению преднизолона при геморрагических диатезах.
10. Дайте определение ДВС-синдрома.
11. Возможные причины ДВС-синдрома..
12. Лабораторные подтверждения ДВС-синдрома.
13. Назовите лекарственные препараты, вызывающие тромбоцитопению.
14. При каком геморрагическом диатезе в стерильном пункте большое количество мегакариоцитов?

Задача № 6.

Больная 38 лет. В течение многих лет беспокоят петехиальные высыпания на коже и слизистой полости рта. Поставлен диагноз идиопатической тромбоцитопении. Продолжительные курсы преднизолонотерапии увеличивают число тромбоцитов крови до 80-90 тыс. Однако, геморрагический синдром сохраняется. Ваша тактика:

- а) произвести спленектомию
- б) отменить преднизолон
- в) увеличить дозу преднизолона
- г) присоединить цитостатики
- д) произвести трансфузию донорских тромбоцитов

Задача № 7.

У больного 14 лет с детства появляются обширные гематомы и носовые кровотечения после травм. Поступил с жалобами на боли в коленном суставе, возникшие после урока физкультуры, сустав увеличен в объеме, резко болезненный, объем движений значительно ограничен. Диагноз:

- а) тромбоцитопатия
- б) тромбоцитопения
- в) гемофилия
- г) тромбоваскулит
- д) возможно "а" и "б"

Задача № 8.

Больная 45 лет находится в стационаре по поводу идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. На теле единичные петехиально-пятнистые кровоизлияния, других изменений не выявляется. Тромбоциты 18 тыс/мл. Ранее по поводу этого заболевания не лечилась. Ваша тактика:

- а) воздержаться от лечения, динамическое амбулаторное наблюдение
- б) преднизолон
- в) спленектомия

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

- г) цитостатики
- д) плазмаферез

Задача № 9.

Больная 20 лет, поступила с жалобами на петехиально-пятнистые высыпания на коже и слизистой оболочке рта в течение месяца. Время кровотечения 18 мин. по Дюке. Анализ крови без патологии, тромбоциты – 180тыс/мл. Показатели коагуляционного гемостаза в пределах нормы. Диагноз:

- а) геморрагический васкулит Шенлейна-Геноха
- б) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
- в) тромбоцитопатия
- г) синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
- д) геморрагическая телеангиэктазия Рандю-Ослера

Задача № 10.

Нарушение функции тромбоцитов может наблюдаться при всех ниже перечисленных состояниях, кроме:

- а) уремия
- б) гемофилия
- в) прием аспирина
- г) болезнь Виллебранда
- д) тромбастения Гланцмана

Задача № 11.

Укажите тип кровоточивости при геморрагическом васкулите:

- а) гематомный
- б) петехиально-пятнистый
- в) васкулитно-пурпурный
- г) ангиоматозный
- д) смешанный

Задача № 12.

Укажите диагностический признак гемофилии:

- а) снижение фибриногена
- б) удлинение времени кровотечения
- в) удлинение времени свертывания крови
- г) снижение протромбинового показателя
- д) нарушение ретракции кровяного сгустка

Задача № 13.

Больная 25 лет, с детства страдает папулезно-геморрагическими высыпаниями на коже конечностей, проходящими бесследно. Поступила в клинику при очередном обострении заболевания. В анализе крови: коагуляционный гемостаз, время кровотечения без патологии. Пробы жгута, щипка положительные. Диагноз:

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

- а) гемофилия
- б) тромбоцитопения
- в) тромбоцитопатия
- г) геморрагический васкулит (б-нь Шенлейна-Геноха)
- д) геморрагическая телеангиэктазия (б-нь Рандю-Ослера)

Задача № 14.

Тромбоцитопения может встречаться при следующих заболеваниях, кроме:

- а) болезнь Верльгофа
- б) эритремия (болезнь Вакеза)
- в) В12-дефицитная анемия
- г) рак легкого
- д) ДВС-синдром

Задача №15.

Больной 18 лет, страдает кровоточивостью с раннего детства; неоднократные носовые кровотечения, гематомы после ушибов. Год назад – болезненные кровоизлияния в коленные и голеностопные суставы. Ваш диагноз:

- а) гемофилия
- б) тромбоцитопатия
- в) геморрагический васкулит
- г) хроническая форма ДВС-синдрома
- д) все вышеперечисленное вероятно

Задача № 16.

Больной 16 лет, жалобы на схаткообразные боли в животе, преимущественно вокруг пупка. Живот вздут, при пальпации мягкий. На коже множественные синяки, правый коленный сустав припухший, болезненный при пальпации. В крови: лейкоциты-11тыс./мл, Нв-2130 г/л, тромбоциты-200 тыс/мл. В течение нескольких лет наблюдали длительные носовые кровотечения. Протромбиновый индекс нормальный. Время свертывания крови удлинено. Агрегация тромбоцитов не нарушена. Диагноз:

- а) апластическая анемия
- б) тромбоцитопеническая пурпура
- в) гемофилия
- г) геморрагический васкулит
- д) тромбоцитопатия

Задача № 17.

Критерии диагностики гемофилии:

- а) снижение фибриногена
- б) удлинение времени кровотечения по Дюке
- в) снижение протромбинового времени
- г) удлинение времени ретракции кровяного сгустка
- д) удлинение времени свертывания крови

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Задача № 18.

У больной 25 лет, появились множественные спонтанные подкожные кровоизлияния, носовые кровотечения. По органам без особенностей. Симптомы жгута, щипка положительные. Вероятная причина геморрагического синдрома:

- а) гемофилия
- б) болезнь Рандю-Ослера
- в) тромбоцитопения
- г) геморрагический васкулит
- д) дефицит протромбинового комплекса

Тема №8, 9.

Гемобластозы. Этиология, патогенез, классификация, клиника острых лейкозов, хронического миело-, лимфолейкозов. Дифференциальный диагноз. Течение и осложнения лейкозов. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.

I. Научно-методическое обоснование темы:

Лейкозы (leucoscs; греч. leukos белый + ōsis; синоним лейкемия) — заболевания опухолевой природы, протекающие с вытеснением нормальных ростков кроветворения: опухоль возникает из кроветворных клеток костного мозга. Заболеваемость лейкозами неодинакова в различных возрастных и этнических группах. Смертность в группе больных лейкозами достаточно высока.

Своевременная диагностика лейкозов является залогом успешного излечения больного или достижения длительной ремиссии заболевания и сохранения жизни пациента.

II. Цели и задачи:

1. Научить диагностировать острые лейкозы.
2. Научить диагностировать хронические лейкозы.
3. Ознакомить с видами острых и хронических лейкозов и их лабораторной диагностикой.

III. Практические знания и умения:

1. Знать классификацию острых и хронических лейкозов.
2. Знать клинические проявления острых и хронических лейкозов
3. Знать диагностическую ценность и показания к назначению стеральной пункции, трепанобиопсии, биопсии лимфатического узла.
4. Уметь анализировать данные костно – мозгового - пунктата.

Ответьте на следующие вопросы:

1. Какие показатели характеризуют белую кровь?
2. Физиологическая роль нейтрофилов, базофилов, моноцитов, эозинофилов, лимфоцитов? Каковы нормальные показатели белой крови?
3. Пальпируются ли в норме лимфоузлы?



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

4. По каким параметрам оценивается лимфатический узел при пальпации?
5. Что такое лейкоцитоз? Диагностическая ценность?
6. Что такое лейкопения? Диагностическая ценность?
7. Что такое агранулоцитоз? Диагностическая ценность?
8. Что такое лейкоцитарная формула? Диагностическая ценность?
9. Какова классификация острых лейкозов?
10. Какова классификация хронических лейкозов?
11. Назовите основные клинические синдромы, характерные для острых лейкозов.
12. Назовите основные клинические проявления хронического миелолейкоза.
13. Назовите основные клинические проявления лимфолейкоза.
14. Какие формы хронического лимфолейкоза Вы знаете?

Решите следующие ситуационные задачи:

БОЛЬНАЯ 68 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ МЕСЯЦЕВ ОТМЕЧАЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ, ПОДМЫШЕЧНЫХ, ПАХОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. САМОЧУВСТВИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. АНАЛИЗ КРОВИ: НВ - 100 Г/Л, ЭР. - 3,5 МЛН/МЛ, ЛЕЙК. - 17,6 ТЫС/МЛ, ИЗ НИХ 60% ЛИМФОЦИТОВ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?а

- а) лимфогранулематоз
- б) острый лимфолейкоз
- в) хронический лимфолейкоз
- г) лимфосаркома
- д) инфекционный мононуклеоз

ПАНЦИТОПЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

- а) лейкопеническая форма острого лейкоза
- б) пароксизмальная ночная гемоглобинурия
- в) В12-дефицитная анемия
- г) гиперспленизм
- д) аутоиммунная гемолитическая анемия

ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЭРИТРОЦИТОЗА ОТ ЭРИТРЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) степень увеличения гемоглобина
- б) выраженность плеторического синдрома
- в) снижение рО₂ крови
- г) повышение вязкости крови
- д) все перечисленное

КАК НАЗЫВАЮТСЯ ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ?

- а) мегалобласты
- б) клетки Березовского - Штернберга
- в) клетки Штенгеймера - Мальбина
- г) клетки Боткина - Гумпрехта
- д) тельца Жолли



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

БОЛЬНАЯ 70 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ ВЫРАЖЕННУЮ ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА, НЕУВЕРЕННУЮ ПОХОДКУ. ПРИ ОСМОТРЕ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СЛИЗИСТЫХ. В КРОВИ: НВ - 70 Г/Л, ЭР. - 1,9 МЛН/МЛ, Ц.П. - 1,1, РЕТИК. - 0,2%, ЛЕЙК. - 3100, ТРОМБ. - 98000, СОЭ - 34 ММ/ЧАС. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОГО МОЗГА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ?

- а) гипоплазия кроветворения
- б) увеличение количества мегалобластов
- в) мегалобластический эритропоэз
- г) увеличение количества плазматических клеток
- д) гиперплазия эритропоэза

У 45-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОРЗ ПОЯВИЛАСЬ ЛИХОРАДКА, СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ. ОБЪЕКТИВНО: ЛЕГКАЯ ИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕР И КОЖИ, УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ. В КРОВИ: НВ - 90 Г/Л, ЛЕЙК. - 14 ТЫС/МЛ, РЕТИКУЛ. - 40%, ТРОМБ. - 120 ТЫС/МЛ, БИЛИРУБИН - 40 МКМОЛЬ/Л, РЕАКЦИЯ НЕПРЯМАЯ. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) исследования содержания сывороточного железа
- б) исследования активности ЩФ крови
- в) бактериологическое исследование крови
- г) проба Кумбса
- д) УЗИ внутренних органов

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:

- а) спленомегалия
- б) лимфаденопатия
- в) клетки лейकोлиза
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного
- д) высокий ретикулоцитоз

ЭРИТРОЦИТОЗ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

- а) врожденные пороки сердца
- б) инфекционный эндокардит
- в) гипернефроидный рак
- г) полицитемия (болезнь Вакеза)
- д) болезни органов дыхания

БОЛЬНАЯ 45 ЛЕТ БОЛЕЕТ ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ, ЕЖЕГОДНО ПОЛУЧАЕТ КУРСЫ ТЕРАПИИ МИЕЛОСАНОМ, ОТМЕЧАЕТ НАРАСТАНИЕ СЛАБОСТИ, ПОХУДЕЛА НА 10 КГ. ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ ПОЯВИЛИСЬ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ВЫСЫПАНИЯ НА КОЖЕ РУК, ВЫРАЖЕННАЯ СЛАБОСТЬ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО МЕЛКОТОЧЕЧНЫХ ГЕМОРРАГИЙ.

ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. АНАЛИЗ КРОВИ: НВ - 110 Г/Л, ЭРИТР. - 3,5 МЛН/МЛ, Ц.П. - 0,94, ТРОМБОЦИТЫ - 55 ТЫС/МЛ, ЛЕЙКОЦИТЫ - 200 ТЫС/МЛ, БЛАСТЫ - 8%, ПРОМИЕЛОЦИТЫ - 12%, МИЕЛОЦИТЫ - 14%, ПАЛОЧКОЯДЕРНЫЕ -



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

10%, СЕГМЕНТО-ЯДЕРНЫЕ - 50%, ЛИМФОЦИТЫ - 5%, МОНОЦИТЫ - 1%, СОЭ - 20
ММ/ЧАС. ВАШ ДИАГНОЗ?

- а) острый лейкоз
- б) хронический лимфолейкоз в развернутой стадии
- в) хронический лимфолейкоз в терминальной стадии
- г) хронический миелолейкоз в развернутой стадии
- д) хронический миелолейкоз в терминальной стадии

ДЛЯ ПЛЕТОРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЭРИТРЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

- а) головокружение, шум в ушах
- б) повышение артериального давления
- в) лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитоз
- г) чувство жжения в кончиках пальцев, эритроцитоз, увеличение гематокрита
- д) все вышеперечисленное верно

У 35-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ВЫЯВЛЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ И

МЕДИАСТИНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. СОЭ - 30 ММ/ЧАС.

ПРОИЗВЕДЕНА БИОПСИЯ ШЕЙНОГО ЛИМФОУЗЛА. В ПРЕПАРАТЕ ОБНАРУЖЕНЫ
ГРАНУЛЕМЫ ИЗ ЭПИТЕЛИОИДНЫХ И ГИГАНТСКИХ КЛЕТОК ПРИ ОТСУТСТВИИ
КАЗЕОЗНОГО НЕКРОЗА. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

- а) туберкулез лимфоузлов
- б) саркоидоз
- в) инфекционный мононуклеоз
- г) лимфогранулематоз
- д) неспецифический лимфаденит

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

- а) снижение активности ЩФ нейтрофилов
- б) "тени" Боткина - Гумпрехта в крови
- в) эозинофильно-базофильная ассоциация
- г) спленомегалия
- д) ph-хромосома

ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОГУТ БЫТЬ
ОБНАРУЖЕНЫ КЛЕТКИ БОТКИНА - ГУМПРЕХТА?

- а) острый миелобластный лейкоз
- б) хронический миелолейкоз
- в) хронический лимфолейкоз
- г) миеломная болезнь
- д) мегалобластная анемия

КАКИЕ ФАКТОРЫ ЛЕЖАТ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА:

- а) лучевые
- б) химические
- в) хромосомные
- г) образования патологического клона
- д) все перечисленное

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

- а) болезнь Верльгофа
- б) эритремия (болезнь Вакеза)
- в) В12-дефицитная анемия
- г) рак легкого
- д) ДВС-синдром

БОЛЬНОЙ, 63 ГОДА, ЖАЛОБЫ НА ПОХУДАНИЕ, СЛАБОСТЬ, ОДЫШКУ. ВЫЯВЛЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ И ПОДМЫШЕЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫХ, ПОДВИЖНЫХ. АНАЛИЗ КРОВИ: НВ - 82 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ - 3,7 МЛН/МЛ, ЛЕЙКОЦИТЫ - 117 ТЫС/МЛ, ЛИМФОЦИТОВ - 62%, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЗРЕЛЫЕ ФОРМЫ. СОЭ - 19 ММ/ЧАС. ДИАГНОЗ?

- а) острый лимфолейкоз
- б) хронический лимфолейкоз
- в) лимфогранулематоз
- г) лимфосаркома
- д) лейкомоидная реакция

БОЛЬНОЙ 69 ЛЕТ, ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ОБЛАСТИ ГРУДИНЫ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ, В ОБЛАСТИ КРЕСТЦА И ПОЯСНИЦЫ. В КРОВИ: НВ - 68 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ - 4,7 ТЫС, В ФОРМУЛЕ ПАЛОЧКОЯДЕРНЫЙ СДВИГ, СОЭ - 70 ММ/ЧАС, ОБЩИЙ БЕЛОК ПЛАЗМЫ КРОВИ - 98 Г/Л, МОЧЕВИНА - 20,2 ММОЛЬ/Л, КРЕАТИНИН - 240 ММОЛЬ/Л. В АНАЛИЗЕ МОЧИ: УД. ВЕС - 1020, БЕЛОК - 7 Г/Л, В ОСАДКЕ ЕДИНИЧНЫЕ ЛЕЙКОЦИТЫ. ДИАГНОЗ?

- а) хроническая почечная недостаточность
- б) деформирующий остеохондроз
- в) рак простаты с метастазами в кости
- г) миеломная болезнь
- д) амилоидоз почек

Тема №10, 11, 12, 13.

Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз и принципы лечение. Осложнения сахарного диабета. Клиническая картина и инструментально-лабораторная диагностика его осложнений. Принципы лечения сахарного диабета и его осложнений.

I. Научно-методическое обоснование темы:

Сахарный диабет является одной из серьезнейших медико-социальных проблем нашего времени, относящихся к приоритетным направлениям национальных систем здравоохранения практически всех стран мира.



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

Сахарный диабет широко распространён, затрагивает интересы людей всех возрастов, характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью. В последние годы сахарный диабет устойчиво занял третью позицию среди непосредственных причин смерти, уступая только сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. Социальные последствия сахарного диабета также неблагоприятны, т.к. контроль и терапия данного заболевания требуют от системы здравоохранения очень больших затрат.

Сахарный диабет относится к таким заболеваниям, с которыми неизбежно сталкивается врач любой специальности. Поэтому, современные сведения об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, осложнениях заболевания, диагностике и лечении сахарного диабета 1-го и 2-го типа будут полезны студентам всех факультетов медицинского вуза.

II. Цель и задачи занятия:

1. Научить поставить и обосновать развернутый клинический диагноз сахарного диабета (СД) у курируемого больного с указанием: формы сахарного диабета; степени тяжести заболевания; стадии компенсации углеводного обмена; наличия и характера осложнений.

2. Научить принципам лечения сахарного диабета: диетотерапии; лечения СД 1 типа препаратами инсулина; лечения СД 2 типа пероральными сахароснижающими средствами (ПСС), с использованием комбинированной терапии, осложнения и побочные явления при терапии СД.

III. Практические знания и умения:

1. Уметь выявлять ведущие симптомы и синдромы в клинике сахарного диабета.
2. Уметь назначать необходимое лабораторное обследование у больных сахарным диабетом.
3. Уметь правильно оценивать результаты теста толерантности к глюкозе, глюкозурического и гликемического профиля.
4. Уметь провести дифференциальный диагноз сахарного диабета с почечной глюкозурией, несахарным диабетом, симптоматической гипергликемией.
5. Уметь выявить осложнения сахарного диабета.
6. Уметь сформулировать клинический диагноз сахарного диабета.

Ответьте на следующие вопросы:

1. Продуктом какого органа является инсулин?
2. Какие виды обмена регулирует инсулин?
3. Назовите основные биологические эффекты инсулина.
4. Какие гормоны участвуют в реакции на гипогликемию?
5. Перечислите основные жалобы больных сахарным диабетом.
6. Каков патогенез жажды и полиурии при сахарном диабете?
7. Каковы нормальные цифры гликемии натощак?
8. Показания к проведению теста толерантности к глюкозе.? Методика проведения. Интерпретация полученных данных.
9. При какой гликемии появляется глюкозурия? Всегда ли величина глюкозурии отражает степень тяжести сахарного диабета?
10. Какие симптомы можно выявить при осмотре больных сахарным диабетом?
11. Перечислите основные клинико - диагностические критерии сахарного диабета.



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

12. Каков патогенез диабетической микроангиопатии?
13. Каков патогенез диабетической макроангиопатии?
14. Каков патогенез диабетической полинейропатии?
15. Назовите причины иммунодефицита при сахарном диабете.
16. Назовите номер диетического стола для больных СД.
17. Каковы общие принципы диетотерапии при СД?
18. Что вкладывается в понятие «хлебная единица»?
19. Как оценить сахаристую ценность пищи?
20. Сколько грамм сахара усваивает 1 ЕД инсулина в норме и в зависимости от уровня гликемии?
21. Какие виды препаратов инсулина Вы знаете?
22. Одинаков ли метаболизм экзогенного и эндогенного инсулина в организме?
23. Каков механизм сахароснижающего действия производных сульфанилмочевины?
24. Каков механизм сахароснижающего действия производных бигуанидов?

Решите следующие ситуационные задачи:

Задача № 1.

К врачу стоматологу обратилась больная 32 лет по поводу пародонтоза. Мать больной страдает сахарным диабетом. Сахар крови натощак у больной 4,6 ммоль/л, в моче аглюкозурия. Есть ли необходимость проведения теста толерантности к глюкозе

Задача № 2.

Больно К., 48 лет, с избыточным весом обратился с жалобами на жажду, учащенное и обильное мочеиспускание, некоторую слабость. В общих анализах крови и мочи без особенностей. Сахар крови натощак 6,0 ммоль/л.

Какое заболевание можно заподозрить у больного?

Какие симптомы свидетельствуют о данном заболевании и как они называются на латинском языке?

Какие исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?

Задача № 3.

Больной С., 23 лет, обратился с жалобами на похудание на фоне повышенного аппетита, жажду, частое и обильное мочеиспускание, выраженную слабость, снижение работоспособности. При объективном обследовании отмечается выраженная сухость кожных покровов и слизистых, ИМТ 16,2 кг/м². со стороны сердечно – сосудистой и дыхательной системы патологии не выявлено. При обследовании: сахар крови натощак – 12,5 ммоль/л, сахар в моче – 3г/л.

Выделите основные клинические синдромы. Предварительный диагноз? Какие исследования необходимо провести для полного представления о тяжести состояния больного?

Объясните патогенез симптомов, имеющих у данного больного.

Задача № 4.

У больного 42 лет, после сотрясения головного мозга появились жалобы на сильную жажду до 10 литров в сутки, частое и обильное мочеиспускание, похудание. Наследственность по сахарному неотягощена. Сахар крови натощак 4,4 ммоль/л,

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

аглюкозурия. Удельный вес мочи 1003. Проба по Зимницкому выявила гипоизостенурию (уд. вес 1002-1008).

Какова причина полидипсии и полиурии? Какие исследования следует провести для подтверждения диагноза?

Задача № 5

У больного Н., страдающего хроническим панкреатитом, при очередном обострении заболевания на фоне выраженного болевого синдрома в эпигастральной области, слабости, упорной диареи до 10-12 раз в сутки, впервые выявлена гипергликемия натощак до 7,0 ммоль/л.

Каков генез гипергликемии?

Задача № 6.

Больная А., 25 лет, предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, повышенную раздражительность, потливость, жажду, похудание при повышенном аппетите. Обследовано: питание понижено, кожа тонкая, влажная, умеренный экзофтальм, в позе Ромберга устойчива, но есть тремор пальцев кистей рук, пальпируется увеличенная щитовидная железа II – III ст., тестоватой консистенции. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 120 уд. в мин., не зависит от положения тела. АД – 110/50 мм рт.ст. В анализах крови и мочи без патологии, гликемия натощак 7,4 ммоль/л.

Оцените показатели гликемии натощак, их причину.

О какой патологии идет речь в данном случае?

а) Ответьте на вопросы:

1. По каким критериям выставляется диагноз сахарного диабета?
2. По каким критериям выставляется диагноз нарушения толерантности к глюкозе?
3. По каким критериям выставляется диагноз нарушение гликемии натощак?
4. Назовите группы риска развития сахарного диабета типа 2.
5. По каким критериям оценивается степень тяжести сахарного диабета?
6. Назовите критерии компенсации сахарного диабета типа 1
7. Назовите критерии компенсации сахарного диабета типа 2
8. Назовите критерии риска развития микро – и макроангиопатий при сахарном диабете.
9. Назовите критерии компенсации углеводного обмена у больных
10. Что входит в понятие синдрома Киммельстиля-Уильсона?
11. Каковы возможные причины слепоты при сахарном диабете?
12. Какие клинические признаки макроангиопатий Вы знаете?
13. Какие микроангиопатии возникают при сахарном диабете?
14. Какие формы полинейропатий Вы знаете?
15. Что входит в понятие «диабетическая стопа»?

б) Решите следующие ситуационные задачи:

Задача № 1.

У больного К., 36 лет, страдающего сахарным диабетом типа 1, средней степени тяжести, появились парестезии на нижних конечностях по типу гольфов, чувство зябкости

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

стоп. При обследовании впервые в мочевом осадке обнаружен белок 0,033 г/л., единичные эритроциты, гиалиновые цилиндры, удельный вес мочи 1016.

Связаны ли появившиеся симптомы с основным заболеванием? Возможный патогенез данных симптомов. Лабораторно-инструментальное подтверждение.

Задача № 2.

Больной В., 50 лет, жалуется на интенсивные боли за грудиной, иррадирующие в левую руку, возникающие после физической и психической нагрузки. Боли купируются после приема нитроглицерина. Из анамнеза – страдает сахарным диабетом около 10 лет. Принимает манинил в суточной дозе 10 мг. Со слов больного – при ежемесячном исследовании гликемии натощак сахар крови не превышает 6 ммоль/л. При исследовании гликозилированный гемоглобин - 12, 4%

Могут ли боли в области сердца являться осложнением сахарного диабета? Если да, то почему? Необходимое дообследование.

Задача № 4.

У больной Б., 60 лет, страдающей сахарным диабетом в течение последнего месяца появились ноющие боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 37,3 градусов. В анализе крови сахар – 9,6 ммоль/л. В анализе мочи: уд. вес 1,030, белок 0,099 г/л, сахар 3 г/л, пл. эпителий 8-10 в п/зр., лейкоциты 10-15 в п/зр, слизь +++, бактерии +++.

Какое осложнение сахарного диабета имеет место у данного больного? Какие дополнительные исследования необходимы?

Задача № 5.

У больного И., 48 лет, страдающего сахарным диабетом с 15 лет появились признаки поражения печени.

Можно ли связать данные осложнения с основным заболеванием? Как называется поражение печени? Каков патогенез развития этого осложнения?

Задача № 1/6.

Основные факторы патогенеза сахарного диабета I типа:

- инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток
- деструкция бета-клеток и инсулиновая недостаточность
- инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов
- повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность

Задача № 1/7.

Причиной развития сахарного диабета при болезни Иценко-Кушинга является:

- первичная деструкция бета-клеток поджелудочной железы
- нарушение чувствительности тканей к инсулину
- ожирение
- усиление глюконеогенеза
- инактивация инсулина

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Задача № 1/8.

Несахарный диабет развивается в результате:

- а) понижения секреции антидиуретического гормона
- б) нарушения углеводного обмена
- в) повышения секреции антидиуретического гормона
- г) повышение экскреции натрия с мочой
- д) понижения секреции альдостерона

Задача № 1/9.

Главной причиной развития абсолютной инсулиновой недостаточности является:

- а) генетически обусловленное снижение способности клеток к регенерации
- б) прогрессирующие ожирение
- в) повышенная всасываемость глюкозы в желудочно-кишечном тракте
- г) аутоиммунная деструкция бета-клеток поджелудочной железы

Задача № 1/10.

При длительном введении преднизолона гипергликемия начинает развиваться в результате:

- а) деструкции бета-клеток поджелудочной железы
- б) усиление глюконеогенеза
- в) торможения секреции инсулина
- г) снижения утилизации глюкозы тканями
- д) повышения всасываемости глюкозы в желудочно-кишечном тракте

Задача № 1/11.

При несахарном диабете в моче выявляется:

- а) глюкозурия
- б) повышение относительной плотности мочи
- в) снижение относительной плотности мочи
- г) протеинурия
- д) лейкоцитурия

Задача № 1/12.

Для дифференциальной диагностики почечного несахарного диабета от несахарного диабета центрального генеза необходимо:

- а) назначение минералокортикоидов
- б) ограничение приема жидкости
- в) назначение адиуретина
- г) проведение водной нагрузки
- д) обследовать функцию почек

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Тема №14, 15.

Заболевания щитовидной железы. Диффузно – токсический зоб. Гипотиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лабораторно – инструментальная диагностика. Принципы лечения.

I. Научно-методическое обоснование темы:

Заболевания эндокринной системы достаточно часто встречаются в практике врача любой специальности. Диагностика этих заболеваний достаточно трудна, так как клинические проявления эндокринных заболеваний часто многообразны, неспецифичны и затрагивают функции различных органов и систем. Таким образом «маскируясь» под заболевания внутренних органов. Знание клиники эндокринных заболеваний, особенностей анамнеза, умение правильно интерпретировать полученные при осмотре больного данные, помогают правильно построить диагностическую концепцию, выявить клинический синдром и назначить необходимое дообследование пациента.

Заболевания щитовидной железы- тиреоидиты, диффузно – токсический зоб, гипотиреоз – заболевания, встречающиеся в практике врача любой специальности. Дифференциальная лабораторная диагностика, умение правильно интерпретировать полученные результаты и соотношение их с клиническими проявлениями заболевания – необходимая составная часть знаний врача медико – биолога.

II. Цели и задачи занятия:

1. Научить методике проведения расспроса больных с заболеваниями щитовидной железы.
2. Научить методике общего осмотра больных с патологией щитовидной железы.
3. Научить методике пальпации, перкуссии и аускультации щитовидной железы.
4. Научить методике распознавания синдромов тиреотоксикоза и гипотиреоза
5. Дать понятие об инструментальных методах исследования щитовидной железы.
6. Научить лабораторной диагностике синдромов тиреотоксикоза, гипотиреоза, аутоиммунных маркеров поражения щитовидной железы.
7. Научить дифференциальной диагностике заболеваний щитовидной железы

III. Практические знания и умения:

1. Уметь проводить опрос больных с патологией эндокринной системы, дать им диагностическую оценку.
2. Уметь провести осмотр больных с патологией эндокринной системы, оценить полученные данные.
3. Уметь пальпировать, перкутировать и аускультировать щитовидную железу, оценить полученные данные.
4. Знать основные симптомы, возникающие при нарушении выработки гормонов щитовидной железы.
5. Уметь выделять основные клинические синдромы, связанные с нарушением выработки гормонов щитовидной железы – синдромы гипер- и гипотиреоза.
6. Знать методы лабораторного контроля функциональной активности щитовидной железы.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

7. Знать методы лабораторной оценки при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы.
8. Знать основные инструментальные методы исследования щитовидной железы.
9. Уметь провести дифференциальный диагноз заболеваний щитовидной железы

Ответьте на следующие вопросы:

1. Что вкладывается в понятие «нейроэндокринная система»?
2. Какие гормоны щитовидной железы Вы знаете?
3. Каким образом осуществляется регуляция выработки гормонов щитовидной железы?
4. Как влияют гормоны щитовидной железы на различные обменные процессы?
5. Какую функцию выполняет тиреотропный гормон?
6. Назовите жалобы, наиболее характерные для патологии щитовидной железы.
7. Объясните причины возникновения жалоб со стороны сердечно – сосудистой системы при заболеваниях щитовидной железы.
8. Что может привести к развитию сердцебиения и нарушений ритма при патологии щитовидной железы?
9. С чем связана потливость и повышенная возбудимость нервной системы при нарушении функции щитовидной железы?
10. Почему изменяются кожные покровы при нарушении функции щитовидной железы?
11. Назовите причину возникновения диспептических расстройств у больных с патологией щитовидной железы.
12. Как изменяется температура кожных покровов у больных с патологией щитовидной железы?
13. Какие «глазные симптомы» Вы знаете?
14. Какие заболевания щитовидной железы Вы знаете?
15. Что входит в понятие синдром гипертиреоза?
16. Какие виды тиреотоксикоза Вы знаете?
17. Какое заболевание чаще всего проявляется этим синдромом?
18. Назовите основные клинические проявления болезни Грейвса.
19. Какие лабораторные критерии характерны для болезни Грейвса?
20. Что входит в понятие синдрома гипотиреоза?
21. Какие виды гипотиреоза Вы знаете?
22. Назовите основные клинические проявления синдрома гипотиреоза.
23. Какие лабораторные критерии характерны для синдрома гипотиреоза?
24. Какие заболевания входят в группу тиреоидитов?
25. Какие формы аутоиммунного тиреоидитов Вы знаете?
26. Какие аутоиммунные маркеры поражения щитовидной железы Вы знаете? Их диагностическая ценность?
27. Как диагностируются узловые поражения щитовидной железы?

Ответьте на вопросы и решите следующие задачи:



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

1. О патологии какого органа можно подумать, увидев опухолевидное образование на шее?
2. У больного, страдающего заболеванием щитовидной железы, появилась сонливость, зябкость, нарастающая сухость кожных покровов. О каком изменении функции щитовидной железы можно подумать?
01. При тиреотоксикозе тахикардия:
 - а) Не характерна
 - б) Характерна
 - в) Характерна брадикардия
02. При тиреотоксикозе характерно нарушение основного обмена:
 - а) Понижен
 - б) Не изменен
 - в) Повышен
 - г) Может изменяться различно
03. К глазным симптомам при тиреотоксикозе относятся:
 - а) Симптомы: Грефе, Кохера, блеск глаз, расширение глазной щели
 - б) Симптомы: Дальримпля, Штельвага, Жофруа, Розенбаха
 - в) Верно все
 - г) Неверно все
04. При тиреотоксикозе офтальмопатия характеризуется:
 - а) Экзофтальмом
 - б) Конъюнктивитом
 - в) Изменением глазодвигательных мышц
 - г) Верно все
 - д) Неверно все
05. При гипотиреозе адинамичность:
 - а) Характерна
 - б) Не характерна
06. При гипотиреозе дизартрия обусловлена:
 - а) Увеличением языка
 - б) Поражением ЦНС
 - в) Отеком и утолщением голосовых связок
 - г) Верно а и в
 - д) Верно а и б
 - е) Неверно все
07. При гипотиреозе сухость кожи:
 - а) Характерна

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

б) Не характерна

08. При гипотиреозе брадикардия:

- а) Характерна
- б) Не характерна

09. При гипотиреозе отеки:

- а) Не характерны
- б) Характерны, при надавливании остается углубление
- в) Характерны, после надавливания не остается углубление

010. При гипотиреозе основной обмен:

- а) Не изменяется
- б) Повышен
- в) Понижен

011. Для первичного гипотиреоза наиболее характерным является:

- а) снижение массы тела б) тахикардия в) увеличение щитовидной железы г) брадикардия д) экзофтальм

012. Ведущим патогенетическим фактором развития диффузного токсического зоба является:

- а) дефицит йода в организме б) усиление секреции ТТГ в) усиление симпатической активности на фоне стресса г) образование антител к тиреоглобулину д) ТТГ-подобное действие антител к ТТГ-рецепторам

013. Симптомами эндокринной офтальмопатии являются:

- а) периорбитальная пигментация и отечность век
- б) отечность век и двоение
- с) двоение и сужение полей зрения
- д) сужение полей зрения и периорбитальная пигментация

014. Основным методом диагностики структурных нарушений щитовидной железы является:

- а) определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой
- б) термография
- с) сканирование щитовидной железы
- д) ультразвуковое исследование
- е) определение тиреоидных гормонов в крови

015. Для характеристики функции щитовидной железы более информативно:

- а) сканирование щитовидной железы
- б) определение в крови ТЗ, Т4, ТТГ

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

- с) лимфография
- д) определение в крови антител к тиреоглобулину
- е) ультразвуковое исследование щитовидной железы

016. Наиболее информативным тестом для диагностики первичного гипотиреоза является:

- а) определение в крови свободного тироксина
- б) определение в крови ТТГ
- с) определение в крови антител к тиреоглобулину
- д) проведение УЗИ щитовидной железы
- е) сканирование щитовидной железы

017. Для аутоиммунного тиреоидита характерно:

- а) наличие увеличения лимфатических шейных узлов
- б) болезненность при пальпации щитовидной железы
- с) повышение титра антител к тиреоглобулину
- д) ускоренное СОЭ
- е) повышение температуры

018. К группе тиреостатиков относится:

- а) анаприлин
- б) перитол
- с) мерказолил
- д) преднизолон
- е) ретаболил

019. Для подострого тиреоидита не характерно:

- а) повышение температуры
- б) ускоренное СОЭ
- с) выраженный болевой синдром
- д) повышение захвата йода щитовидной железой
- е) лейкоцитоз

020. Первым этапом биосинтеза тиреоидных гормонов является:

- а) дейодинация
- б) превращение йодидов в молекулярный йод
- с) захват йода
- д) йодирование тирозина
- е) резорбция тиреоглобулина

021. Для первичного гипотиреоза наиболее характерным является:

- а) снижение массы тела
- б) тахикардия
- с) увеличение щитовидной железы

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

- d) брадикардия
- e) экзофтальм

022. Для диагностики рака щитовидной железы наиболее целесообразно провести:

- a) сканирование щитовидной железы
- b) УЗИ щитовидной железы
- c) пункционную биопсию
- d) определение антител к тиреоглобулину
- e) определение в крови содержания тиреоидных гормонов

023. При типичном диффузном токсическом зобе секреция тиротропного гормона:

- a) нормальная
- b) подавлена
- c) повышена

024. Наиболее информативным дифференциально-диагностическим критерием тиротоксикоза и нейроциркуляторной дистонии является:

- a) йодопоглотительная функция щитовидной железы
- b) показатели основного обмена
- c) белковосвязанный йод
- d) уровень трийодтиронина и тироксина в крови
- e) содержание в крови холестерина

025. Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотирозом?

- a) направить в санаторий на бальнеологическое лечение
- b) начать лечение L-тироксина с малых доз
- c) начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов
- d) назначить мочегонные
- e) отказаться от лечения гипотироза

026. Ошибочное назначение L-тироксина (без показаний) прежде всего вызывает:

- a) нарушение менструального цикла
- b) тиреотоксикоз
- c) брадикардию
- d) бесплодие
- e) электролитные сдвиги

027. Что называется "холодным" узлом в щитовидной железе?

- a) узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп
- b) узел, который поглощает радиоактивный изотоп после стимуляции тиреотропным гормоном

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

- с) узел, который поглощает радиоактивный изотоп так же, как и окружающая ткань
- d) эктопированная ткань щитовидной железы
- e) узел, который не поглощает изотоп

028. При первичном гипотирозе в крови обнаруживается:

- a) повышенный уровень ТТГ
- b) пониженный уровень ТТГ
- c) нормальный уровень ТТГ
- d) ТТГ отсутствует
- e) исследование ТТГ не имеет диагностической важности

029. Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как:

- a) эпидемический зоб
- b) эндемический зоб
- c) спорадический зоб
- d) струмит де Кервена
- e) диффузный токсический зоб

030. Для поражения сердца при диффузном токсическом зобе характерно:

- a) постоянная синусовая тахикардия
- b) частое развитие мерцания предсердий
- c) снижение периферического сопротивления
- d) формирование недостаточности кровообращения
- e) все перечисленное верно .

Задача 1.

Больная Г, 34 лет поступила в отделение с жалобами на ощущение дискомфорта по передней поверхности шеи, усиливающееся при поворотах головы, увеличение щитовидной железы, повышение температуры до 38 С. Больна в течение недели, когда после перенесенного острого респираторного вирусного заболевания появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, влажности, горячие на ощупь. При пальпации щитовидная железа болезненна, плотно – эластической консистенции, увеличена в размерах до 2 степени. Границы сердца – не изменены. Аускультативная картина – в пределах нормы. АД – 130/80 мм.рт.ст. Пульс 89 в минуту. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. При исследовании общего анализа крови отмечен лейкоцитоз до $12,3 \times 10^9$ л, ускорение СОЭ до 40 мм/час.

Выделите ведущие синдромы. О какой патологии можно думать? План обследования больной.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Задача 2

Больная П, 24 лет поступила в отделение с жалобами на увеличение щитовидной железы, повышение температуры до 37, 4 С, раздражительность, плаксивость, появление тремора конечностей, выраженную потливость. Больна в течение полугода, когда после перенесенного стресса отметила раздражительность, плаксивость. Проводилось лечение седативными препаратами, без эффекта. К врачу обратилась в связи с появлением увеличения щитовидной железы.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, гипергидроз, горячие на ощупь. При пальпации щитовидная железа безболезненна, плотно – эластической консистенции, увеличена в размерах до 2 степени. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. АД – 120/80 мм.рт.ст. Пульс 104 в минуту. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Выделите ведущие синдромы. О какой патологии можно думать?. План обследования больной. Предполагаемые результаты?

Задача 3.

Больная А., 44 года. Жалуется на отеки, зябкость, слабость, снижение памяти, боли в спине и суставах, запоры. Заболевание начало развиваться около 5 лет назад после простуды. Безуспешно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита, затем анемии.

Объективно: рост 170 см, масса тела - 86 кг. Кожа бледная сухая, с мраморным оттенком, шелушится. Определяется плотный отек лица, туловища, стоп, кистей. Больная малоподвижна, безразлична, голос низкий. Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы отсутствуют. Пульс - 54 в мин, ритмичный, АД - 130/90 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1,5 см, тоны приглушены. Пальпация органов брюшной полости затруднена из-за плотного отека передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы снижены, время ахиллова рефлекса увеличено.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - $3,5 \times 10^{12}$, Нв - 64 г/л, ЦП - 0,6, Лейкоциты - $3,4 \times 10^9$, П - 2, С - 66, Л - 24, М - 8, СОЭ - 24 мм/ч.

ОАМ. Реакция - нейтральная, Уд. плотность - 1015. Прозрачность - неполная.

Белок - 0,033 г/л. Эп. кл. - един. Лейк. - 1-2 в п/зр, Эр. - нет.

К-во холестерина в сыворотке - 10,5 ммоль/л, β -липопротеиды - 6,5 ммоль/л

Креатинин сыворотки крови - 0,088 ммоль/л, AlAt - 0,3 мкмоль/ч-л, AsAt - 0,4 мкмоль/ч-л

Общий белок и фракции.

Общий белок - 75 г/л, Альбумины - 50 г/л, α 1 глобулины - 4,0 г/л

α 2 - глобулины - 12 г/л, β -глобулины - 14 г/л, γ -глобулины - 20,0 г/л А/Г коэффициент - 2,0

Выделите клинические синдромы. Сформулируйте предварительный диагноз.3. Прогнозируйте возможные неотложные ситуации и окажите неотложную помощь

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Задача 4.

Больная С., 36 лет, доставлена в приемное отделение БСМП с жалобами на сильное сердцебиение, возбуждение, страх смерти, ощущение нехватки воздуха, давящие боли в области сердца, тошноту, рвоту, понос.

Из анамнеза известно, что в течение 3 лет состоит на диспансерном учете у эндокринолога, периодически получает мерказолил. Два месяца назад самостоятельно прервала лечение (доза препарата - 6 таблеток в сутки) и уехала отдыхать на юг, много загорала. Состояние ухудшилось, появилось сердцебиение, потливость, похудела. Значительное ухудшение состояния наступило после тяжелого эмоционального стресса, на фоне ОРЗ.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела - $38,9^0$, кожа горячая, гиперемирована, мокрая от профузного пота, щитовидная железа увеличена до III - IV степени, экзофтальм. В легких дыхание везикулярное, ЧД - 26 в мин, тоны сердца громкие, аритмичные, тахикардия 150 в мин, пульс аритмичный, 132 в мин, АД - 150/50 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр.- $4,0 \times 10^{12}$, Н-120 г/л, ЦП - 1,0, Лейкоциты - $13,7 \times 10^9$, П - 9, С.- 55, Л - 25, М - 6. СОЭ - 29 мм/ч.

ОАМ. Цвет - желтый. Реакция - кислая, Уд. плотность - 1023. Прозрачность - неполная.

Белок - 0,066 г/л. Эп. кл. - един. Лейк. - 0 - 1- 3 в п/зр, Эр. - нет.

Глюкоза крови - 6,8 ммоль/л.

Выделите клинические синдромы. Сформулируйте предварительный диагноз. . Окажите неотложную помощь.

Тема №16, 17, 18, 19.

Синдром и болезнь Иценко – Кушинга. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лабораторно – инструментальная диагностика. Принципы лечения. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лабораторно – инструментальная диагностика. Принципы лечения.

I. Научно-методическое обоснование темы:

Заболевания гипоталамо – гипофизарной области не являются распространенными заболеваниями. Однако сходство клинической картины болезни Иценко – Кушинга с терапевтическими заболеваниями затрудняют выявление и диагностику этого заболевания. Четкое знание особенностей клинической картины болезни Иценко – Кушинга, методов лабораторной диагностики данной патологии необходимы не только врачу интернисту, но врачу медико – биологу.

Надпочечниковая недостаточность - тяжелое эндокринное заболевание, обусловленное недостаточной секрецией гормонов коры надпочечников, являющееся результатом нарушения функционирования одного или нескольких звеньев гипоталамо-гипофизарно-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

надпочечниковой системы. Распространенность первичной ХНН колеблется от 40-60 до 110 случаев в год на 1 млн населения. Средний возраст больных при манифестации заболевания составляет от 20 до 50 лет (чаще 30-40 лет).

Своевременное распознавание и лечение начальной или подострой недостаточности надпочечников является важным для профилактики прогрессирования криза. Развитие предвестников криза или острого гипокортицизма может быть предотвращено у больных с хронической надпочечниковой недостаточностью во время больших и малых операционных вмешательствах, инфекционных процессах, в течение беременности, родов.

II. Цели и задачи занятия:

1. Научить диагностировать болезнь Иценко – Кушинга.
2. Научить лабораторной диагностике болезни и синдрома Иценко – Кушинга.
3. Научить дифференциальной диагностики болезни Иценко – Кушинга.
4. Научить принципам лечения болезни Иценко – Кушинга.
5. Научить диагностировать хроническую надпочечниковую недостаточность.
6. Научить лабораторной диагностике хронической надпочечниковой недостаточности.
7. Научить принципам лечения хронической надпочечниковой недостаточности.
8. Научить диагностировать острую надпочечниковую недостаточность.
9. Научить неотложной помощи при острой надпочечниковой недостаточности.

III. Практические знания и умения:

1. Уметь проводить опрос больных с патологией эндокринной системы, дать им диагностическую оценку.
2. Уметь провести осмотр больных с патологией эндокринной системы, оценить полученные данные.
3. Знать основные симптомы болезни Иценко – Кушинга.
4. Знать основные лабораторно – инструментальные методы диагностики болезни Иценко – Кушинга.
5. Уметь проводить дифференциальный диагноз болезни и синдрома Иценко Кушинга.
6. Знать основные принципы лечения болезни Иценко – Кушинга.
7. Уметь проводить опрос больных с патологией эндокринной системы, дать им диагностическую оценку.
8. Уметь провести осмотр больных с патологией эндокринной системы, оценить полученные данные.
9. Знать основные симптомы хронической надпочечниковой недостаточности.
10. Знать основные лабораторно – инструментальные методы диагностики хронической надпочечниковой недостаточности.
11. Уметь проводить дифференциальный диагноз хронической надпочечниковой недостаточности.
12. Знать основные принципы лечения хронической надпочечниковой недостаточности.
13. Знать основные симптомы острой надпочечниковой недостаточности.
14. Уметь проводить дифференциальный диагноз острой надпочечниковой недостаточности с синдромообразными состояниями.
15. Знать основные принципы лечения острой надпочечниковой недостаточности

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Ответьте на следующие вопросы:

1. Какие гормоны выделяются надпочечниками?
2. Какие виды обмена регулируют кортикостероиды?
3. Как регулируется выработка гормонов надпочечниками?
4. Где образуется адренокортикотропный гормон?
5. Почему изменяется внешний вид больного при нарушении выработки стероидов?
6. Как влияют надпочечниковые гормоны на вес больного?
7. Что такое «стрии», почему они появляются?
8. Что такое «гирсутизм», с чем связано его появление?
9. Как влияют гормоны надпочечников на системное артериальное давление?
10. Как влияют гормоны надпочечников на белковый и углеводный обмен?
11. Какие лабораторные тесты используются для определения функциональной активности надпочечников?
12. Какие гормоны гипофиза регулируют функцию надпочечников? Какие методы исследования их Вы знаете?
13. Какова цель проведения теста с дексаметазоном?
14. Какие инструментальные методы исследования гипофиза и надпочечников Вы знаете?
15. Когда они проводятся?

Ответьте на вопросы и решите следующие задачи:

01. К III степени ожирения по формуле Брока относится превышение массы тела на:

- а) 30%
- б) 10-29%
- в) 50-100%
- г) 30-50%

02. Причины ожирения:

- а) Алиментарная
- б) Эндокринная
- в) Церебральная
- г) Все перечисленные

03. Полосы растяжения для ожирения:

- а) Характерны
- б) Не характерны
- в) Встречаются редко

06. Изменяются ли внутренние органы при ожирении:

- а) Нет
- б) Редко
- в) Всегда (в начальной стадии)
- г) Всегда (в стадии декомпенсации)

07. Ожирение приводит к нарушению углеводного обмена:

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

- а) Нет, никогда
- б) Да, редко
- в) Да, часто

08. При болезни Аддисона поражается:

- а) пучковый слой коры надпочечников
- б) клубочковый слой коры надпочечников
- в) сетчатый слой коры надпочечников
- г) все слои коры надпочечников
- д) все слои коры и мозговой слой

09. Не вырабатываются в передней доле гипофиза:

- а) вазопрессин и окситоцин б) АКТГ и гормон роста в) меланоцитстимулирующий гормон и б-эндорфины г) пролактин и ТТГ д) ФСГ и ЛГ

010. При болезни Аддисона поражается:

- а) пучковый слой коры надпочечников б) клубочковый слой коры надпочечников в) сетчатый слой коры надпочечников г) все слои коры надпочечников д) все слои коры надпочечников и мозговой слой.

011. Артериальная гипертензия не является характерным симптомом :

- а) кортикостеромы б) гипокортицизма в) болезни Иценко-Кушинга г) феохромоцитомы д) альдостеромы

012. Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система реагирует по системе "обратной связи":

- а) на альдостерон
- б) на кортизол
- с) на АКТГ
- д) на дегидроэпиандростерон
- е) на прогестерон

013. Первичное развитие остеопороза у больных с болезнью Иценко-Кушинга связано в основном:

- а) с нарушением белковой матрицы кости
- б) с нарушением функции паращитовидных желез
- с) с нарушением секреции минералокортикоидов
- д) с повышением экскреции кальция с мочой
- е) с нарушением всасывания кальция в желудочно-кишечном тракте

014. Причиной повышения артериального давления при тотальном гиперкортицизме является:

- а) повышенная выработка катехоламинов
- б) задержка в организме натрия и увеличение объема циркулирующей крови

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

- с) усиление сосудистого тонуса
- д) сужение почечных артерий
- е) наличие аденомы гипофиза

015. В патогенезе развития основных симптомов болезни Иценко-Кушинга главную роль играет:

- а) пролактин
- б) альдостерон
- с) кортизол
- д) дегидроэпиандростерон
- е) эстрадиол

016. Девушка 16 лет страдает значительным ожирением (вес 116 кг, рост 172 см). Нерегулярные менструации, головные боли, на коже бедер узкие розовые полосы. Избыточный вес с 5 лет. Диеты не придерживалась. АД - 160/100 мм рт. ст. Предположительный диагноз:

- а) микропролактинома
- б) ожирение
- с) болезнь Иценко-Кушинга
- д) синдром Иценко-Кушинга
- е) пубертатно-юношеский диспитуитаризм

017. Центрипетальное ожирение, артериальная гипертензия, багровые полосы растяжения (стрии) на коже живота, а также умеренная гиперпигментация кожи у больного с умеренно повышенным уровнем АКТГ плазмы может быть следствием:

алиментарного ожирения

- а) синдрома Конна
- б) гипоталамического синдрома
- с) болезни Иценко-Кушинга
- д) болезни Аддисона

018. Больная в течение 3 месяцев получала дексаметазон по поводу системной красной волчанки в дозе 2,5 мг/сут. Какова продукция кортизола надпочечниками?

- а) повышена
- б) снижена
- с) не изменена
- д) нарушение можно обнаружить только при проведении пробы с синактеном
- е) снижен период полураспада

019. Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики:

гипоталамического синдрома и синдрома Иценко-Кушинга

- а) ожирения и болезни Иценко-Кушинга
- б) нормы и синдрома Иценко-Кушинга
- с) ожирения и гипоталамического синдрома

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

d) болезни и синдрома Иценко-Кушинга

020. Двусторонняя гиперплазия коры надпочечников вызывается:

- a) повышенной секрецией АКТГ
- b) повышенной секрецией кортиколиберина
- c) пониженной секрецией АКТГ
- d) повышенной секрецией ТТГ
- e) повышенной секрецией соматостатина

021. Биологическое действие глюкокортикоидов:

- a) усиление реабсорбции калия в дистальных отделах канальцев почек
- b) противовоспалительное действие
- c) катаболическое действие
- d) увеличение утилизации глюкозы периферическими тканями
- e) активация глюконеогенеза в печени

022. При болезни Аддисона поражается:

- a) пучковый слой коры надпочечников
- b) клубочковый слой коры надпочечников
- c) сетчатый слой коры надпочечников
- d) все слои коры надпочечников
- e) все слои коры надпочечников и мозговой слой

023. Для острой надпочечниковой недостаточности характерны

- a) лихорадка
- b) боли в животе
- v) тошнота
- г) артериальная гипертензия

024. Для аддисонического криза характерны

- a) неукротимая рвота
- b) падение АД
- v) прострация
- г) ацетонурия

025. Пигментация кожи при болезни Аддисона требует проведения дифференциального диагноза со следующими состояниями

- a) диффузный токсический зоб
- b) гемохроматоз
- v) пеллагра
- г) склеродермия

026. Какой симптом является наиболее характерным при болях в животе у больных с острой надпочечниковой недостаточностью?

- a) метеоризм



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

- b) рвота
- c) понос
- d) тахикардия
- e) падение артериального давления

Задача 1

Больной Р., 48 лет, доставлен в приемное отделение БСМП в тяжелом состоянии. Жалуется на разлитую боль в животе, тошноту, рвоту, резкую мышечную слабость (самостоятельно не может сесть), с трудом отвечает на вопросы, головокружение при перемене положения тела. Со слов жены болеет около трех месяцев, заболевание связывает с перенесенной тяжелой пневмонией. Постепенно нарастала общая слабость, больной начал худеть, кожа стала более смуглой, особенно на лице, на что окружающие обратили внимание. По назначению участкового терапевта принимал витамины, экстракт элеутерококка, глюкозу внутривенно. Состояние ухудшилось два дня назад после физического перенапряжения (переносил мебель) и приема алкоголя, появились боли в животе, частая рвота.

Объективно: состояние тяжелое, кожа сухая, диффузно гиперемирована, в большей степени в области естественных складок, тыла кистей, шеи, лица. Пульс нитевидный, 90 в мин, АД - 60/20 мм рт. ст. Тоны сердца резко приглушены. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, несколько болезненный в надчревной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена.

Дополнительные методы исследования:

ОАК. Эр. - $3,7 \times 10^{12}$, Нв - 130 г/л, ЦП - 0,98, Лейкоциты - $5,0 \times 10^9$, Э - 1, П - 3, С - 66, Л - 24, М - 6, СОЭ - 15 мм/ч.

ОАМ. Цвет - желтый. Реакция - кислая, Уд. пл.-1020.. Белок - нет. Эп. кл. - един. Лейк. - 1-3 в п/зр,

Глюкоза крови - 2,0 ммоль/л

Вопросы.

1. Выделите клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Окажите неотложную помощь

Задача 2.

Больная Н., 30 лет. Страдает аддисоновой болезнью в течение 13 лет. Постоянно принимает утром по 5 мг преднизолона, соблюдает диету. Четыре дня назад заболела гриппом с высокой температурой тела ($39,8^{\circ}$). Принимала аспирин по 0,5 г 3 раза в день. Температура тела снизилась, однако состояние значительно ухудшилось: появились тошнота, резкая боль в животе, частая рвота, не приносящая облегчения. В тяжелом состоянии доставлена в больницу.

Объективно: больная без сознания, кожные покровы гиперпигментированы, сухие, пульс на лучевых артериях не определяется, АД - 70/40 мм рт. ст. Тоны сердца резко ослаблены, ЧСС - 50 в мин. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий.

Дополнительные методы исследования:

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

ОАК. Эр.- $3,5 \times 10^{12}$, Н - 94 г/л, ЦП - 0,8, Лейкоциты - $1,7 \times 10^9$, П - 9, С.- 55, Л - 25, М - 6. СОЭ - 29 мм/ч.

ОАМ. Цвет - желтый. Реакция - кислая, Уд. пл. - 1023. Белок - 0,033 г/л. Эп. кл. - един. Лейк. - 0 - 1-3 в п/зр,

Глюкоза крови - 3,6 ммоль/л.

Содержание в сыворотке: калий - 3,0 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л, хлор - 98 - ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л.

Вопросы.

1. Выделите клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Окажите неотложную помощь.

Тема № 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

Неотложные состояния в клинике внутренних болезней (острая сердечно-сосудистая недостаточность, анафилактический шок, гипертонические кризы, острая дыхательная недостаточность).

I. Научно-методическое обоснование темы:

В деятельности врача гораздо чаще, чем в любой другой специальности могут возникать драматические ситуации. Как правило, они связаны с оказанием скорой и неотложной помощи. Неотложные состояния могут встречаться в жизни любого врача, в любых условиях.

Неотложная терапия обычно направлена на купирование особенно опасных или мучительных проявлений болезни. Важно, что в большинстве случаев дефицит времени и недостаточная информация о больном не позволяют сформулировать точный и полный диагноз, и лечение по существу является симптоматическим.

Врач, оказывающий срочную помощь, должен обладать широкими знаниями, многими навыками и определенными чертами характера, личностными качествами (быстрота реакции, определенная твердость), необходимыми для быстрой первичной ориентировки, проведения дифференциальной диагностики и определения лечебной тактики. Буквально в считанные минуты необходимо, прежде всего, разобраться в диагнозе, часто не имея под рукой необходимой, даже простейшей диагностической аппаратуры. Правильно поставленный диагноз определяет достаточно эффективную терапию и тактику дальнейшего ведения больного.

Развитие медицины привело к профилированию стационаров и отделений, специализированных по видам интенсивной терапии. Это в свою очередь повысило требования к качеству оказания помощи на догоспитальном этапе, т.к. после оказания первичной медицинской помощи больному надлежит госпитализировать в специализированное отделение.

В последние годы увеличились диагностические и лечебные возможности неотложной терапии в результате внедрения новых лекарственных препаратов, а также технических средств (портативной и доступной аппаратуры).

II. Цели и задачи занятия:



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

1. Научить диагностировать острую сосудистую недостаточность (обморок, коллапс, шок) и оказывать неотложную помощь.
2. Научить диагностировать острую надпочечниковую недостаточность и оказывать неотложную помощь.
3. Научить диагностировать анафилактический шок, отек Квинке, крапивницу и оказывать неотложную помощь.
4. Научить диагностировать острую лево- и правожелудочковую недостаточность и оказывать неотложную помощь.
5. Научить диагностировать гипертонический криз и оказывать неотложную помощь.
6. Научить диагностировать острую дыхательную недостаточность, выявлять возможные причины, оказывать неотложную помощь.

Практические знания и умения.

1. Знать возможные неотложные состояния в клинике внутренних болезней.
2. Уметь диагностировать острую сосудистую недостаточность и оказывать неотложную помощь.
3. Уметь диагностировать острую надпочечниковую недостаточность и оказывать неотложную помощь.
4. Уметь диагностировать анафилактический шок, отек Квинке, крапивницу и оказывать неотложную помощь.
5. Уметь диагностировать острую лево- и правожелудочковую недостаточность и оказывать неотложную помощь.
6. Уметь диагностировать гипертонический криз и оказывать неотложную помощь.

Ответьте на следующие

1. Что входит в понятие неотложных состояний в клинике внутренних болезней?
2. Какие виды неотложных состояний Вы знаете?
3. Какие виды острой сосудистой недостаточности Вы знаете?
4. Что такое обморок?
5. Какие виды обморока Вы знаете?
6. С какими состояниями необходимо дифференцировать обморок?
7. Что такое коллапс?
8. Назовите возможные причины развития коллапса в клинике внутренних болезней?
9. Что такое шок?
10. Какие виды шока Вы знаете?
11. Каковы особенности кардиогенного шока?
12. Классификация кардиогенного шока по степени тяжести?
13. Что входит в понятие острая надпочечниковая недостаточность?
14. Возможные причины развития острой надпочечниковой недостаточности?
15. Каковы особенности анафилактического шока?



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

16. Назовите основные патогенетические механизмы аллергических реакции немедленного типа?
17. Что такое отек Квинке?
18. Что такое крапивница?
19. Какие виды острой сердечной недостаточности Вы знаете?
20. Дайте определение понятия «гипертонический криз»?
21. Какие виды кризов Вы знаете?
22. Назовите возможные осложнения гипертонических кризов?
23. Что входит в понятие «острая дыхательная недостаточность»?
24. Какие виды острой дыхательной недостаточности Вы знаете?
25. Что такое асфиксия? Назовите возможные причины?
26. Что такое обструктивный синдром?
27. Что такое астматический статус?
28. Классификация астматического статуса по степеням тяжести?
29. Что входит в понятие немое «легкое»?
30. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать приступ бронхиальной астмы?
31. Назовите основные приемы интенсивной терапии?

Решите следующие ситуационные задачи:

Задача №1.

Студент К., присутствующий на операции, внезапно ощутил чувство «дурноты», нарастающий шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, слабость, потерял сознание.

При осмотре бледный, кожные покровы влажные, пульс 64 уд. в минуту, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт. ст.

Что случилось со студентом? Возможные причины? Неотложная помощь?

Задача №2.

Больной Ч., 28 лет, с острой пневмонией на третий день при вставании с постели упал без сознания. Об-но: бледен, кожные покровы влажные, холодные. Пульс 92 уд. в минуту, нитевидный. АД 80/40 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких справа в подлопаточной области выслушивается очаг крепитации на фоне бронховезикулярного дыхания.

Что случилось с больным? Какова причина? Неотложная помощь?

Задача №3.

Больная К., 72 лет, свыше 5 лет с гипотензивной целью принимает постоянно 2 таблетки адельфана, при этом АД последние дни было 130/80 мм рт. ст. Доставлена в больницу в связи с тем, что при быстром вставании с постели к телефону упала без сознания. Об-но: Кожные покровы бледные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту слабого наполнения. Явлений застойной сердечной недостаточности нет. На ЭКГ синусовая тахикардия, признаки гипертрофии левого желудочка.

Какой синдром развился у больной? Возможная причина? Необходимое дообследование? Неотложная помощь?

Задача №4.

Больная Н., 21 года, доставлена в больницу после обморока, который возник впервые в жизни в автобусе. В момент осмотра состояние удовлетворительное. Больная блед-



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

ная, АД 100/60 мм рт. ст. (обычное для больной). Патологических изменений со стороны сердца и легких не обнаружено. Живот мягкий, безболезненный. Менструации нерегулярные, последняя 27 дней назад. Замужем полтора года, беременностей не было.

Какова возможная причина обморока? Необходимое дообследование?

Задача №5.

Больной И., 46 лет, регулярно получавший две таблетки резерпина по поводу гипертонической болезни, последние три дня стал ощущать резкую слабость, АД снизилось до 110/70 мм рт. ст., хотя «рабочее» давление 150/90 мм рт. ст.

Что случилось с больным? Возможные причины? Неотложная помощь?

Задача №6.

В кресле стоматолога | молодая женщина, которую беспокоила боль в зубе. Во время обработки зуба бормашиной больная побледнела, лицо покрылось каплями пота, потеряла сознание. Пульс 56 ударов в минуту, нитевидный.

Что случилось с больной? Неотложная помощь?

Задача №7.

В ожидании своей очереди у кабинета стоматолога сидела больная Б., 64 лет. Внезапно она упала, появилось хриплое дыхание, лицо и шея стали цианотичными, зрачки расширились, реакция на свет отсутствует. АД и пульс не определяются.

Что случилось с больной? Неотложная помощь?

Задача №8.

К стоматологу обратился больной Р., 56 лет, повышенного питания с выраженным цианозом губ, плеторическим оттенком кожи лица, наличием ксантом под нижними веками, извитыми артериальными сосудами на висках. При осмотре полости рта было выявлено обострение хронического периодонтита, предложено перейти в хирургический кабинет. Встав с кресла, он пожаловался на острую загрудинную боль, иррадиирующую в левую руку. Побледнел, лицо покрылось каплями пота. Врач уложил больного на кушетку измерил АД — 90/60 мм рт. ст., пульс слабого наполнения, 56 уд. минуту. Тоны сердца глухие.

Что случилось с больным? Дальнейшие мероприятия?

Задача №9.

Больной П., 58 лет, доставлен в стационар с острым инфарктом миокарда. Бледен, выражен акроцианоз, покрыт холодным липким потом, конечности холодные. Тоны сердца едва прослушиваются. АД 70/40 мм рт. ст.

Как расценить состояние больного? Чем оно обусловлено? Неотложная помощь?

Задача №10.

Больной 60 лет, госпитализирован в блок интенсивной терапии с длительным приступом загрудинных болей, не купирующихся приемом нитроглицерина. При обследовании отмечены глухие тоны, ритм галопа. АД 80/60 мм рт. ст. На ЭКГ выявлен крупноочаговый инфаркт передне-боковой стенки левого желудочка. Назначен допамин.

Оцените ситуацию и выберите правильный ответ:

1. Чем объясняется снижение АД?

А. Снижением периферического сопротивления?

Б. Депонирование крови в брюшной полости?



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

- В. Снижением сердечного выброса?
Г. Всем вышеперечисленным?
Д. Ничем из вышеперечисленного?
2. Каков механизм действия допамина?
- А. Увеличивает коронарный кровоток?
Б. Снижает потребность миокарда в кислороде?
В. Увеличивает сердечный выброс?
Г. Увеличивает приток крови к сердцу?
Д. Снижает периферическое сопротивление?

Задача №11.

Больной Л., 68 лет, страдает ИБС, гипертонической болезнью. Сегодня ночью почувствовал сильную слабость, головную боль, тошноту. Об-но: состояние тяжелое, цианоз. АД 210/120 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, небольшое количество мелкопузырчатых хрипов в задненижних отделах легких. Тоны сердца приглушены, акцент II тона и грубый систолический шум над аортой.

Что случилось с больным? Неотложная помощь?

Задача №12.

Больной П., 62 лет, госпитализирован по поводу острого инфаркта миокарда. Во время осмотра потерял сознание, АД не определяется, пульс почти не прощупывается. На ЭКГ-мониторе - волнообразные неодинаковой высоты и ширины комплексы, расстояние между ними разное.

Что случилось с больным? Неотложная помощь?

Задача №13.

Больному 70 лет, страдает гипертонической болезнью более 20 лет. Проснулся ночью от внезапно возникшего приступа одышки с затрудненным вдохом. Тоны сердца глухие, на верхушке ритм галопа, тахикардия. В нижних отделах легких влажные хрипы.

Что случилось с больным? Неотложная помощь?

Задача №14.

Больной М., 58 лет, страдает ИБС, постинфарктым кардиосклерозом. Последние дни чувствует себя хуже, ночью просыпается от удушья, встает, ходит по комнате, открывает окно, становится легче, потом засыпает.

Чем объяснить приступы удушья? Неотложная помощь?

Задача №15.

Сидя в кресле стоматолога, больная с ревматическим сочетанным митральным пороком с преобладанием стеноза со страхом наблюдала за прикотовлением инструментов для экстракции зуба. Вдруг начала задыхаться. Лицо покрылось липким потом, развился выраженный акроцианоз, дыхание стало kloкочущим, на губах появилась розовая пена.

Что случилось с больной? Какова причина? Неотложная помощь?

Задача №16.

Больной И., 46 лет, находившийся более двух месяцев на постельном режиме (лежал на щите) по поводу перелома позвоночника, последнюю неделю стал вставать с постели и ходить по палате. Сегодня, встав с постели, внезапно потерял сознание, развился выраженный цианоз верхней половины туловища, АД 50/20 мм рт. ст., пульс нитевидный.

Что случилось с больным? Неотложная помощь?



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

Задача №17.

Больному К., 22 лет, веден пенициллин в переходную складку с целью лечения обострения хронического периодонтита. Ранее больному пенициллин не вводился. Через несколько минут больной пожаловался на чувство одеревенелости языка, сдавления в горле, голос стал сиплым. Быстро начали отекать губы больного, лицо и шея. На коже появились уртикарные сливные высыпания. Нарастало удушье (затруднен вдох). АД 90/60 мм рт. ст.

Что случилось с больным? Назовите ведущие синдромы? Неотложная помощь?

Задача №18.

К стоматологу обратилась больная с жалобами на припухлость и боль в области правой околоушной железы, усиливающуюся при употреблении кислых продуктов и пряностей. При осмотре диагностирована закупорка протока слюнной железы. Было решено промыть проток раствором химопсина. Во время манипуляции больная сказала, что ей дурно, но врач продолжал промывание, уговаривая пациентку потерпеть. Внезапно больная побледнела, потеряла сознание. Пульс и АД не определялись.

Что случилось с больно? Неотложная помощь?

Задача №19.

Больной М., 36 лет. Находился в больнице по поводу обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. По рекомендации невропатолога больному назначены инъекции витаминов В₁ и В⁶, но после первого их введения развилось состояние удушья, АД снизилось до 90/30 мм рт. ст.

Что случилось с больным? Неотложная помощь?

Задача №20.

Больной, 25 лет, страдает вазомоторным ринитом в период цветения амброзии. Периодически, особенно в утренние часы, стали появляться приступы: вначале ощущение давления в области грудины, сухой кашель, затем чувство удушья с затрудненным выдохом. Приступ быстро снимается введением эуфиллина. Заканчивается кашлем с выделением небольшого количества мокроты, светлой, вязкой. Вне приступа чувствует себя хорошо. В зимний период приступы не возникают.

Каков генез приступов удушья у больного? Меры профилактики?

Задача №21.

У больного, 50 лет, страдающего ревматоидным полиартритом, в последнее время появились приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие при приеме препаратов ацетилсалициловой кислоты, амидопирин, индометацин. При расспросе выяснилось, что у больного хронический синусит, неоднократно оперирован по поводу полипов носа.

Каков генез приступов удушья? Чем снимать? Меры профилактики? Какие препараты из нестероидных противовоспалительных средств можно использовать больному для лечения ревматоидного полиартрита?

Задача №22.

У больной В., 46 лет, приступ бронхиальной астмы длится несколько часов. Попытка купировать приступ ингаляциями беротека только усиливает одышку, не принося облегчения. Мокрота не откашливается. При осмотре обращает внимание тяжелое состояние больной, диффузный цианоз, кожа влажная, число дыханий 42 в минуту, при аускультации



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

ции в легких определяется небольшое количество сухих свистящих хрипов, над правым легким есть участки, где хрипы не выслушиваются.

Какое состояние развилось у больной? Степень дыхательной недостаточности? Причины отсутствия хрипов над правым легким? Неотложная помощь?

Задача №23.

Больной П., 60 лет, доставлен в клинику машиной «скорой помощи». При осмотре: состояние тяжелое, резкое беспокойство, возбуждение, иногда судороги; отмечается диффузный цианоз. Дыхание с участием вспомогательных мышц, 36 в минуту, пульс 120 в минуту, ритмичный, АД 180/100 мм рт. ст. Непроизвольное мочеиспускание.

При аускультации в легких дыхание ослаблено, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Ра Ог 60-45 мм рт. т. Нв О2 артериальной крови 85-75%.

Ваш диагноз? Необходимые лечебные и реанимационные мероприятия? Если невозможно откашлять секрет бронхиальных желез, что лучше применить: постуральный дренаж или интубацию трахеи? Когда показана искусственная вентиляция легких?

Задача №24.

Больная во время сложной экстракции зуба вела себя крайне беспокойно. Внезапно у нее появился удушливый сухой кашель, шумное прерывистое дыхание с затрудненным вдохом, цианоз верхней половины, лицо исказилось гримасой страха, голос стал сиплым. Больная вскочила на ноги, показывая, что задыхается.

Какой синдром развился у больной? Возможная причина?

Задача №25.

У больного, который много лет курит, в последнее время нарастает сухой бесплодный кашель, особенно когда ложиться в постель, охриплость голоса, одышка с затрудненным вдохом. При осмотре справа одностороннее западение глаза, сопровождающееся опущением верхнего века и сужением зрачка. Трахея смещена вправо. Правая половина грудной клетки уменьшена в объеме.

Какой тип дыхательной недостаточности имеет место у больного? Возможная причина? Необходимое дообследование? Как называется синдром, выявленный со стороны правого глаза?

Задача №26.

У студента во время игры в футбол внезапно появилась сильная боль в правой половине грудной клетки, одышка до 32 в минуту, цианоз. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при перкуссии справа тимпанический звук, голосовое дрожание резко ослаблено, дыхание справа не прослушивается.

Какие синдромы развились у больного? Возможная причина? Неотложная помощь?

Задача №27.

У больного 60 лет, страдающего тромбозом нижних конечностей, при подъеме на третий этаж внезапно появилась интенсивная загрудинная боль, удушье с затрудненным вдохом. Лицо больного стало синюшным, вены на шее вздулись, вскоре потерял сознание. АД 50/20 мм рт. ст., в легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания прослушивалось множество крепитирующих хрипов, тоны сердца глухие, тахикардия, выражен акцент II тона над легочной артерией.

Какой синдром развился у больного? Возможная причина? Неотложная помощь?

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Задача №28.

Больная С, 31 года, жалуется на постоянное чувство нехватки воздуха, желание сделать глубокий вдох, особенно когда понервничает. Об-но: кожные покровы нормальной окраски, число дыханий 14 в минуту, в легких везикулярное дыхание. Тоны ритмичные.

Есть ли у больной признаки дыхательной недостаточности? Возможная причина жалоб?

Ответьте на следующие вопросы:

1. Назовите показания для проведения непрямого массажа сердца?
2. Назовите показания для проведения ИВ Л?
3. Назовите показания для дефибриляции сердца?
4. Назовите показания для внутрисердечного введения медикаментов?
5. Назовите показания для пункции плевры?
6. Назовите показания для трахеотомии?
7. По каким критериям оценивается эффективность реанимационных мероприятий?
8. Назовите основные признаки биологической смерти?
9. Назовите наиболее часто встречающиеся осложнения при гипертоническом кризе?
10. По каким критериям оцениваю эффективность гипотензивной терапии при гипертонических кризах?
11. Показана ли госпитализация больных с отеком Квинке?
12. Показано ли введение антигистаминных препаратов при анафилактическом шоке?
13. Назовите основные принципы лечения отека легких?
14. Назовите основные принципы лечения астматического статуса?
15. Назовите лекарственные препараты, являющиеся аналептиками?
16. Назовите все лекарственные препараты, повышающие артериальное давление, которые можно использовать в условиях приема в стоматологическом кабинете?

Тема № 28, 29, 30, 31.

Неотложные состояния в клинике внутренних болезней (коматозные состояния, тиреотоксический криз и др.).

I. Научно-методическое обоснование темы:

Неотложная терапия обычно направлена на купирование особенно опасных или мучительных проявлений болезни. Важно, что в большинстве случаев дефицит времени и недостаточная информация о больном не позволяют сформулировать точный и полный диагноз, и лечение по существу является симптоматическим.

Врач, оказывающий срочную помощь, должен обладать широкими знаниями, многими навыками и определенными чертами характера, личностными качествами (быстрота реакции, определенная твердость), необходимыми для быстрой первичной ориентировки, проведения дифференциальной диагностики и определения лечебной тактики. Буквально в считанные минуты необходимо, прежде всего, разобраться в диагнозе, часто не имея под рукой необходимой, даже простейшей диагностической аппаратуры. Правильно постав-

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

ленный диагноз определяет достаточно эффективную терапию и тактику дальнейшего ведения больного.

II. Цель и задачи занятия:

1. Познакомить с классификацией коматозных состояний.
2. Научить диагностировать апоплексическую кому и оказывать неотложную помощь.
3. Научить диагностировать кетоацидотическую кому и оказывать неотложную помощь.
4. Научить диагностировать гипогликемическую кому и оказывать неотложную помощь.
5. Научить диагностировать надпочечниковый криз и оказывать неотложную помощь.
6. Научить диагностировать тиреотоксический криз и оказывать неотложную помощь.
7. Научить диагностировать гипотиреотическую кому и оказывать неотложную помощь.
8. Научить диагностировать печеночную кому и оказывать неотложную помощь.
9. Научить диагностировать уремическую кому и оказывать неотложную помощь.
10. Научить диагностировать барбитуровую кому и оказывать неотложную помощь.
11. Научить дифференциальной диагностике коматозных состояний.
12. Научить принципам дезинтоксикационной терапии и критериям ее эффективности.

Практические знания и умения:

1. Уметь диагностировать апоплексическую кому и оказывать неотложную помощь.
2. Уметь диагностировать кетоацидотическую кому и оказывать неотложную помощь.
3. Уметь диагностировать гипогликемическую кому и оказывать неотложную помощь.
4. Уметь диагностировать надпочечниковый криз и оказывать неотложную помощь.
5. Уметь диагностировать тиреотоксический криз и оказывать неотложную помощь.
6. Уметь диагностировать гипотиреотическую кому и оказывать неотложную помощь.
7. Уметь диагностировать печеночную кому и оказывать неотложную помощь.
8. Уметь диагностировать уремическую кому и оказывать неотложную помощь.
9. Уметь диагностировать барбитуровую кому и оказывать неотложную помощь.
10. Уметь проводить дифференциальный диагноз коматозных состояний.
11. Знать принципы дезинтоксикационной терапии и критерии ее эффективности.

Ответьте на следующие вопросы:

1. Дайте определение комы.
2. Назовите три группы причин, вызывающие коматозные состояния.
3. Какие Вы знаете комы первичного церебрального генеза?
4. Какова причина апоплексической комы?
5. Назовите комы, встречающиеся при сахарном диабете.
6. Дайте определение кетоацидотической комы.
7. Дайте определение гиперосмолярной комы.
8. Дайте определение гиперлактацидемической комы.
9. Дайте определение гипогликемической комы.
10. Назовите причины, вызывающие кетоацидотическую кому.
11. Что входит в понятие метаболический ацидоз?
12. Назовите причины, вызывающие гипогликемическую кому.



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

13. Назовите причины, вызывающие кетоацидотическую кому.
14. Что входит в понятие метаболический ацидоз?
15. Назовите причины, вызывающие гипогликемическую кому.
16. Назовите нормальные цифры гликемии натощак.
17. Каковы причины развития аддисонического криза?
18. Назовите причины развития тиреотоксического криза.
19. Что входит в понятие основной обмен?
20. Назовите нормальные цифры содержания тиреоидных гормонов в крови.
21. Какие методы функционального исследования щитовидной железы Вы знаете?
22. Назовите причины, вызывающие гипотиреодную кому.
23. Назовите причины, вызывающие печеночную кому.
24. Что входит в понятие «печеночная энцефалопатия»?
25. Каковы предвестники печеночной комы?
26. Как Вы оцениваете понятие «печеночные пробы»?
27. Назовите причины вызывающие уремическую кому.
28. Назовите нормальные величины азотистых шлаков в крови натощак.
29. Есть ли разница в терминах «уремия» «азотемия»?
30. Как расценить термины «анурия» и «олигурия»?
31. Какую функцию почек проверяет проба по Зимницкому?
32. Что входит в понятие «положительный диурез» и «отрицательный диурез»?
33. Каковы особенности барбитуратов как снотворных?
34. Назовите основные принципы дезинтоксикационной терапии.

Решите следующие ситуационные задачи:

Задача №1.

Больной П., 68 лет, страдающий гипертонической болезнью много лет, внезапно в магазине упал. При осмотре лицо багровое, дыхание хриплое, правая щека отдувается («парусит»), носогубная складка справа сглажена. Зрачки не реагируют на свет. Правая рука и нога атоничны. Пульс 62 удара в минуту, напряженный.

Что случилось с больным? Возможная причина? Неотложная помощь?

Задача №2.

Во время протезирования зубов больная Н., 52 лет, страдающая гипертонической болезнью, около 30 минут находилась в кресле ортопеда, устала, понервничала. Начала ощущать сильную головную боль. Врач решил закончить примерку протезов, попросил больную потерпеть и продолжил манипуляции. Через некоторое время у пациентки появилось головокружение, тошнота, ноющая боль в сердце, стала плохо видеть. Интенсивность головной боли нарастала, открылась рвота. Пульс 64 удара в минуту, ритмичный напряженный. АД 220/150 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, систолический шум у верхушки, акцент II тона над аортой. Дыхание везикулярное. На вопросы отвечает правильно, четко. В окружающей обстановке ориентирована полностью. Движения в конечностях сохранены.

Что случилось с больной? Чем может осложниться данное состояние? В чем состояла ошибка стоматолога? Чем объяснить брадикардию и рвоту у больной? Неотложная помощь в условиях стоматологического приема?

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

Задача №3.

Ассистент-стоматолог вместе со студентами осматривал полость рта больного К., который обратился на прием по поводу острой зубной боли. В амбулаторной карте больного было отмечено, что он страдает гипертонической болезнью. После осмотра полости рта был диагностирован глубокий кариес и проведена обработка полости. Когда врач начал готовить материал для пломбирования зубов, один из студентов заметил, что больной осунулся в кресле, голова его скатилась набок, правая рука свесилась с подлокотника, лицо стало асимметричным. На вопросы пытался отвечать, но речь стала неразборчива. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой.

Что случилось с больным? Тактика стоматолога в данной ситуации? Если после оказания ургентной помощи у больного восстановились движения в конечностях и появилась четкая речь, можно ли его отправить домой?

Задача №4.

Нифедипин (коринфар) обладает следующими особенностями действия: 1. Снижает АД; 2. Тахикардия является побочным эффектом. 3. Снижает проницаемость мембраны для тока кальция. 4. Снимает приступ желудочковой пароксизмальной тахикардии.

Выберите правильную комбинацию ответов.

Задача №5.

Клофелин обладает следующими особенностями действия:

1. Снижает выброс катехоламинов; 2. Может быть депрессия; 3. При внезапной отмене может быть гипертонический криз; 4. Вызывает снижение сердечного выброса.

Выберите правильную комбинацию ответов.

Задача №6.

32-летний больной жалуется на сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, чувство пульсации в голове, потливость, подъемы АД непостоянны, на основании и верхушке сердца выслушивается нерезкий систолический шум, ренин плазмы не повышен: хороший лечебный эффект пропранолола.

Какой из перечисленных вариантов гипертонической болезни имеет место в данном случае:

- А. Гиперадренергический вариант.
- Б. Натрий (объем) зависимый вариант.
- В. Ангиотензивный вариант.

Задача №7.

55-летний больной жалуется на сильные головные боли, снижение зрения, полгода назад перенес динамическое нарушение мозгового кровообращения, АД 180/115 мм рт. ст., на ЭКГ депрессия сегмента ST, отрицательный Т в левых грудных отведениях, уровень ренина плазмы повышен, хороший лечебный эффект каптоприла.

Какой из перечисленных патогенетических вариантов гипертонической болезни имеет место в данном случае:

- А. Гиперадренергический вариант.
- Б. Натрий (объем) зависимый вариант.
- В. Ангиотензивный вариант.

Задача №8.



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

57-летняя больная жалуется на головные боли, периодически появляется отечность век, одутловатость лица, парестезии и онемение пальцев рук; уровень ренина плазмы снижен, хороший лечебный эффект гипотиазида.

Какой из перечисленных патогенетических вариантов гипертонической болезни имеет место в данном случае:

А. Гиперадренергический вариант. Б. Натрий (объем) зависимый вариант. В. Ангиотензивный вариант.

Задача №9.

Чем можно объяснить отсутствие кетоновых тел у больного с гиперосмолярной комой при сахарном диабете II типа?

- А. Более быстрым развитием комы по сравнению с кетоацидотической комой?
- Б. Сохранение эндогенной секреции инсулина?
- В. Тяжелой дегидратацией?
- Г. Выраженным ацидозом?

Задача №10.

Больной 56 лет. Страдает инсулиннезависимым сахарным диабетом. Диабет компенсирован диетой и глюренормом. Больному предстоит операция по поводу панариция.

Какова тактика сахароснижающей терапии?

- А. Сохранение прежней схемы лечения.
- Б. Отмена глюренорма.
- В. Назначение монокомпонентных препаратов инсулина.
- Г. Назначение рекомбинантного «человеческого» инсулина.
- Д. Назначение манинила.

Задача №11.

Больному, госпитализированному в стационар, по поводу развившейся кетоацидотической комы, проведен комплекс неотложных мероприятий. Однако, несмотря на явное улучшение лабораторных показателей (гликемия - 12 ммоль/л, при поступлении 32 ммоль/л; pH - 7,52, при поступлении - 7,1; K^+ - 3,8 ммоль/л, при поступлении - 2,7 ммоль/л) больной находится в состоянии глубокой комы.

Какова наиболее вероятная причина бессознательного состояния:

- А. Гипогликемическое состояние?
- Б. Кетоацидоз?
- В. Отек мозга?
- Г. Гипокалиемия?

Задача №12.

Больную 17 лет беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела на 10 кг за 1 месяц. За последние 2 дня резкое ухудшение состояния: появилось чувство нехватки воздуха, рвота, усилилась жажда, тошнота. При осмотре кожа сухая, язык сухой, ярко-красный, рост 163 см, масса тела 39 кг. АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС - 90 ударов в минуту. Диурез 6 литров. Лабораторные данные: K^+ - 3,0 мэкв/л, натрий - 132 мэкв/л.

Какой из перечисленных диагнозов может быть выставлен:

А. Болезнь Аддисона? Б. Нервная анорексия? В. Диабетический кетоацидоз?

Необходимое дообследование? Неотложная помощь?

Задача №13.



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

Больная жалуется на периодическую рвоту, постоянное ощущение тошноты, выраженную слабость, потемнение кожных покровов, возникающее по ночам сильное чувство голода, потливость, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц. В течение 2-х последних дней на фоне стресса состояние ухудшилось. Об-но: рост 163 см, масса тела 39 кг. Гиперпигментация кожи, ладонных складок. АД 80/60 мм рт. ст. Мать больной находилась на диспансерном учете в туберкулезном диспансере. K^+ - 5,8 мэкв/л, натрий - 132 мэкв/л.

А. Болезнь Аддисона? Б. Нервная анорексия? В. Диабетический кетоацидоз?

Необходимое дообследование? Неотложная помощь?

Задача №14.

Больная 18 лет, жалуется на отсутствие аппетита, резкую слабость, похудание, вялость. Об-но: кожные покровы нормальной окраски и влажности. Рост 163 см, масса тела 39 кг. АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС - 70 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. K^+ - 3,2 мэкв/л, натрий - 136 мэкв/л.

А. Болезнь Аддисона? Б. Нервная анорексия? В. Диабетический кетоацидоз?

Необходимое дообследование? Неотложная помощь?

Задача №15.

Больной Б., 46 лет, поступил в клинику в коматозном состоянии. Об-но: лицо бледное, рубец в области скуловых костей и надбровных дуг. Губы и язык сухие, с запекшимися корками, запах ацетона изо рта. Кожа сухая, холодная, неэластичная. Тургор кожи понижен. Дыхание шумное типа Куссмауля - 16 в минуту. Пульс ритмичный, 120 в минуту, АД 80/60 мм рт. ст. Температура тела 36,4°C. Глазные яблоки мягкие. Кожные и ахилловы рефлексы снижены.

Уровень сахара в крови 44,3 ммоль/л, калия в плазме 5,1 ммоль/л, натрия в плазме 137 ммоль/л; мочевины 18,9 ммоль/л. В моче - сахар-8%, ацетон +++++.

Ваш диагноз? Есть ли в данном случае данные за гиперосмолярную кому? Тактика ведения больного?

Задача №16.

В отделение неотложной терапии доставлен больной в коматозном состоянии. Выяснено, что в течение 10 лет страдает сахарным диабетом, лечился хлорпропамидом и буформинном. Диетических рекомендаций не придерживался. В течение 2-х дней находился в запое. Об-но: дыхание редкое, шумное, акроцианоз, гипотермия, гипотензия.

Что случилось с больным? Необходимое дообследование.

Задача №17.

Больная Т., 62 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в бессознательном состоянии. Известно, что болеет сахарным диабетом 10 лет. Получает утром 42 ЕД инсулина (16 ЕД простого + 26 ЕД продленного). Состояние больной ухудшилось остро в 15.00. Со слов дочери, появились резкая общая слабость, потливость, невнятная речь. Дочь дала выпить сладкий чай, но состояние не улучшилось. В 19.00 дочь заметила, что мать без сознания. Бригада «скорой помощи» ввела 20 ЕД простого инсулина и доставила больную в эндокринологическое отделение.

Об-но: общее состояние тяжелое, больная без сознания, анизокория. Тонус глазных яблок нормальный. Язык влажный. Гипергидроз. Выраженные судороги конечностей, ми-



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ
«Внутренние болезни»

мических мышц лица. АД 150/80 мм рт. ст. Пульс 96 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий.

Что случилось с больной? Правильна ли тактика врача «скорой помощи»? Неотложная помощь.

Задача №18.

В связи с гипогликемией больному сахарным диабетом проводились внутривенные вливания 40% раствора глюкозы - 50 мл. Больной без сознания.

Ваша дальнейшая тактика?

Задача №19.

Больной Н., 45 лет, поступил в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Об-но: нарастающая адинамия, дегидратация, рвота, понос, прогрессирующая артериальная гипотензия. У больного уже длительный период слабость, тошнота, боли в животе. Кожа пигментирована (серовато-коричневая).

Гематокрит - 0,6 (сгущение крови). Сахар крови 3,6 ммоль/л. Калий сыворотки крови - 2,8 ммоль/л, натрий - 100 ммоль/л, уровень 17-ОКС в крови 100 ммоль/л (низкий).

Что случилось с больным? Необходимое дообследование? Неотложная помощь?

Задача №20.

Больной Г., 50 лет, поступил в клинику с резко выраженным психомоторным возбуждением, температурой тела 38°C. В течение нескольких дней беспокоила резкая слабость, боли в животе, понос, периодически рвота.

Об-но: состояние тяжелое, резко пониженного питания, выражен гипергидроз. Пульс 126 ударов в минуту, аритмичный, АД 140/40 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, тахикардия, аритмичные. В легких жесткое дыхание. Живот мягкий, пальпируется печень у края реберной дуги. На шее пальпируется зоб III ст., в крови: НЬ 141 г/л, лейкоц- 4,8* 10⁹/л, СОЭ - 7 мм/час. Уровень тиреоидных гормонов крови 130 ммоль/л (тироксин), холестерин 2 ммоль/л, остаточный азот 50 ммоль/л.

Что случилось с больным? Дальнейшее дообследование? Неотложная помощь?

Задача №21.

Для диагностики первичного гипотиреоза наиболее информативно определение:

- А. Свободного тироксина?
- Б. Основного обмена?
- В. ТТГ (тиреотропного гормона)?
- Г. Соотношение Т₃ и Т_ф
- Д. Проба с тиротропин-рилизинг-гормоном (ТРГ)?
- Е. Трийодтиронин крови?
- Ж. Показатель Т₃-теста?

Задача №22.

Больной Н., 66 лет, поступил в клинику с нарастающей слабостью, сонливостью, сменяющейся сопором. Кожа бледная, слизистые цианотичные, плотные отеки. Гипотермия. Пульс 42 удара в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. ЧД 10-8 в минуту, стенотического типа. Со слов родственников, в прошлом перенес операцию на щитовидной железе, за последние сутки мочился очень мало. В сердце и легких патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Натрий сыворотки крови 120 ммоль/л, хлориды сыворотки крови 80 ммоль/л, тиреоидные гормоны в крови 45 н/моль/л¹, мочевины 11 ммоль/л.



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Волгоградский государственный медицинский
университет»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Образовательная программа
специальности 30.05.01 «Медицинская
биохимия»
(уровень специалитета)

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДИСЦИПЛИНЫ

«Внутренние болезни»

Что случилось с больным? Неотложная помощь?

Задача №23.

Больной В., 50 лет, поступил в реанимационное отделение в крайне тяжелом состоянии. Об-но: сознание отсутствует, кожа и склеры желтушные. Печень увеличена, сплено-мегалия. Определяется асцит. Аритмия дыхания, пульс 120 в минуту, слабого наполнения, АД 90/40 мм рт. ст. Печеночный запах изо рта. Выражен геморрагический синдром: множественные синяки на теле, петехиальная сыпь на голених. Эритема ладоней. Метаболический ацидоз, pH 7,2; АсАТ 1,8 ммоль/л, АлАТ 2,1 ммоль/л. Общий билирубин крови 334,2 мкмоль/л, натрий сыворотки крови 90 ммоль/л, калий сыворотки крови 5,9 ммоль/л.

Что случилось с больным? Неотложная помощь?

Задача №24.

Больной Г., 45 лет, страдающий заболеванием почек много лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии. Заторможен. Лицо бледное, пастозное, следы расчесов на коже, фибриллярные подергивания мышц, сухожильные рефлексы сохранены, зрачки сужены. Аритмичное дыхание, пульс 42 в минуту, ритмичный, АД 180/110 мм рт. ст. Запах мочевины в выдыхаемом воздухе и рвотных массах. Глухие тоны сердца, выслушивается шум трения плевры и перикарда. В крови: НБ 90 г/л, лейкоц. 12*10⁹/л, остаточный азот крови 110 ммоль/л, мочевины крови 25 ммоль/л, калий сыворотки крови 4,5 ммоль/л, кальций сыворотки крови 4,5 ммоль/л, кальций сыворотки крови 2 ммоль/л. За сутки получено 850 мл мочи, уд. Вес 1005, белка 1,2 г/л, цилиндры гиалиновые 5-7 в п/зр, эритроциты выщелоченные 5-7 в п/зр. На ЭКГ: уменьшение вольтажа зубцов, зубец Р уширен, интервал PQ удлинен, сглаженный двухфазный зубец Т.

Что случилось с больным? Неотложная терапия.

Задача №25.

В токсикологическое отделение доставлена больная в тяжелом состоянии, без сознания. Со слов родственников, на тумбочке утром нашли пустую упаковку фенobarбитала. Об-но: кожные покровы бледные, холодные, на ощупь, гипотермия (35,8°C). Снижены глазные и сухожильные рефлексы, отсутствует реакция на болевое раздражение. Зрачки узкие. Дыхание редкое, поверхностное, пульс слабого наполнения, АД 90/50 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень у края реберной дуги.

Что случилось с больной? Неотложная помощь.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

1. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433355.htm>
2. Внутренние болезни : в 2 т. Т. 2. [Электронный ресурс] : учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433119.html>
3. Внутренние болезни : в 2 т. Т.1. [Электронный ресурс] : учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433102.html>

Дополнительная литература:

1. **Кардиология** [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - <http://www.studentlibrary.ru/>.
2. Циммерман Я. С. **Гастроэнтерология** [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. : ил. - <http://www.studentlibrary.ru>
3. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. - Краткое издание. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 480 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
4. Резван В. В. Современные подходы к решению проблемы внезапной сердечной смерти [Электронный ресурс] / Резван В. В., Стрижова Н. В., Тарасов А. В. ; под ред. Л. И. Дворецкого. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
5. Фармакология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Н. Аляутдина. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437339.html>
6. Трухан Д. И. Гастроэнтерология. Внутренние болезни [Текст] : учеб. пособие по спец. 06010165 - Леч. дело и 06010365 - Педиатрия / Д. И. Трухан, И. А. Викторова. - СПб. : СпецЛит, 2013. - 367, [1] с.
7. Диагностика и лечение заболеваний внутренних органов с позиций медицины, основанной на доказательствах [Текст] : учеб. пособие для студентов IV-VI курсов леч. фак. / С. И. Давыдов [и др.]; ВолгГМУ ; под общ. ред. А. Р. Бабаевой. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 420 с. - Авт. указаны на обороте тит. л. - Библиогр. : с. 409-412.
8. Диагностика и лечение сахарного диабета [Текст] : учеб. пособие для врачей / И. В. Лекарева [и др.]; под общ. ред. А. Р. Бабаевой ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2015. – 63с.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальности 30.05.01 «Медицинская биохимия» (уровень специалитета)	УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Внутренние болезни»
---	---	--

9. Тарасов А. А. Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания с позиций медицины, основанной на доказательствах [Текст] : учеб. пособие / А. А. Тарасов; ВолгГМУ Минздрава РФ ; [под ред. А. Р. Бабаевой]. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2018. - 87, [1] с. : ил., табл.