

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Внутренние болезни»

Утверждено на заседании кафедры
«Внутренние болезни»
«28» января 2020г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 О.Н. Борисова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

«Госпитальная терапия»

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета**

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

со специализацией
Лечебное дело

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-20

Тула 2020 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик:

Борисова О.Н., заведующий кафедрой ВБ,
д.м.н., доцент


(подпись)

1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю). Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины (модуля), а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (модулю)

10 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6

1. Какова современная структура истории болезни?
2. Каково оформление титульного листа истории болезни?
3. Каково содержание записи дежурного врача при приеме больного?
4. Какова особенность записей дежурного врача?
5. Каково содержание записи лечащего врача при приеме больного?
6. Каково содержание раздела «анамнез жизни»?
7. Каково содержание раздела «Запись лечащего врача»?
8. Каково содержание раздела «План обследования больного»?
9. Каково содержание раздела «План лечения больного»?
10. Какова схема листа учета выполнения врачебных назначений?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

- 1) Наилучшие результаты лечения при лимфогранулематозе наблюдаются при:
 - 1) III-IV стадиях заболевания;
 - 2) лимфогистиоцитарном морфологическом варианте;
 - 3) лучевой монотерапии;
 - 4) полихимиотерапии с радикальной программой облучения.
- 2) Врачебная тактика при иммунном агранулоцитозе включает в себя:
 - 1) профилактику и лечение инфекционных осложнений;
 - 2) обязательное назначение глюкокортикоидов;
 - 3) переливание одногруппной крови.
- 3) При сублейкемическом миелозе, в отличие от хронического миелолейкоза, имеется:
 - 1) филадельфийская хромосома в опухолевых клетках;

- 2) раннее развитие миелофиброза;
- 3) тромбоцитоз в периферической крови;
- 4) гиперлейкоз.

4) Увеличение лимфатических узлов является характерным признаком:

- 1) лимфогранулематоза;
- 2) хронического миелолейкоза;
- 3) эритремии.

5) При лечении витамином В₁₂:

- 1) обязательным является сочетание его с фолиевой кислотой;
- 2) ретикулоцитарный криз наступает через 12—24 часа после начала лечения;
- 3) ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день после начала лечения;
- 4) всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии.

6) Укажите возрастные и половые отличия в заболеваемости СКВ:

- 1) чаще болеют женщины в возрасте 14-25 лет;
- 2) чаще болеют мужчины в возрасте 20-40 лет;
- 3) чаще болеют дети;
- 4) нет никакой зависимости заболеваемости от возраста, и пола.

7) Этиология СКВ неясна. Назовите предрасполагающие факторы развития СКВ:

- 1) РНК-содержащие вирусы;
- 2) генетические факторы;
- 3) гормональные сдвиги (повышение эстрогенной активности);
- 4) все правильно.

8) В патогенезе СКВ играют роль следующие факторы:

- 1) выработка ревматоидного фактора;
- 2) деструкция хряща и кости;
- 3) неконтролируемая продукция антител, образование иммунных комплексов;
- 4) усиленное коллагено- и фиброзообразования.

9) Укажите основные клинические синдромы системной красной волчанки:

- 1) поражение кожи и суставов;
- 2) поражение почек;
- 3) поражение центральной и периферической нервной системы;
- 4) все ответа правильны.

10) Назовите характерные проявления кожного синдрома при СКВ:

- 1) эритема в зоне «бабочки» дискоидные очаги;
- 2) узловатая эритема;
- 3) кольцевидная эритема;
- 4) приобретенный отек и эритема.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6

1) Внутриклеточный гемолиз характерен для:

- 1) наследственного сфероцитоза;
- 2) болезни Маркиафавы-Микелли;
- 3) болезни Жильбера.

2) Для наследственного сфероцитоза характерно:

- 1) бледность;
- 2) эозинофилия;
- 3) увеличение селезенки;
- 4) ночная гемоглобинурия.

3) Внутренний фактор Кастла:

- 1) образуется в фундальной части желудка;
- 2) образуется в двенадцатиперстной кишке.

4) Если у больного имеется гипохромная анемия, сывороточное железо — 2,3 г/л, железосвязывающая способность сыворотки - 30 мкм/л, десфераловая проба — 2,5 мг, то у него:

- 1) железодефицитная анемия;
- 2) сидероахрестическая анемия;
- 3) талассемия.

5) Сидеробласты — это:

- 1) эритроциты, содержащие уменьшенное количество гемоглобина;
- 2) красные клетки-предшественники, содержащие негемовое железо в виде гранул;
- 3) красные клетки-предшественники, не содержащие гемоглобин;

ретикулоциты.

6) Назовите характерные черты поражения суставов при СКВ:

- 1) асимметричные артриты мелких и крупных суставов;
- 2) отсутствие «утренней скованности»;
- 3) хороший эффект от применения кортикостероидов;
- 4) все правильно.

7) У 90 % больных СКВ поражаются серозные оболочки. Особенно часто поражаются плевра и перикард, реже – брюшина.

Подчеркните особенности плеврита и перикардита при СКВ:

- 1) чаще встречается сухой плеврит и перикардит;
- 2) могут быть выпотные формы с большим количеством экссудата;
- 3) тенденция к развитию слипчивых процессов (до облитерации серозных полостей);
- 4) все правильно.

8) Наиболее часто у больных СКВ поражаются почки.

Назовите наиболее неблагоприятный вариант люпус-нефрита:

- 1) быстро прогрессирующий (пролиферативный) волчаночный нефрит;
- 2) нефрит с нефротическим синдромом;
- 3) нефрит с выраженным мочевым синдромом;
- 4) нефрит с минимальным мочевым синдромом.

9) Назовите характерные признаки поражения ЦНС при СКВ:

- 1) эпилептиформные припадки;
- 2) очаговые двигательные или чувствительные нарушения (гемипарез, нейропатия, поперечный миелит);
- 3) мигрень;
- 4) все правильно.

10) Назовите характерные изменения со стороны сердца у больных СКВ:

- 1) эозинофильный эндокардит Леффлера;
- 2) бородавчатый эндокардит Либмана-Сакса;
- 3) дилатационная кардиомиопатия;
- 4) все ответы неверные.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-10

Клиническая задача 1

Больная 34 года, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на отечность, покраснение лица, общую слабость.

Из анамнеза: около 2 недель назад больная перенесла прерывание беременности (аборт), после чего в течение недели отмечались кровянистые выделения из половых путей, принимала кровоостанавливающие средства (отвар крапивы, настойка водяного перца). Около 3-х дней больная отмечает общую слабость, в утреннее время – отечность век, лица, появилась сыпь на коже лица (не зудящая, безболезненная).

При осмотре: состояние средней тяжести. Положение активное. Кожные покровы, слизистые – бледные, на коже переносицы, щек – эритема, лицо одутловато, веки отечны (фотография к клинической задаче № 5). Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 84 в мин, АД 200/100 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул ежедневно, оформлен. Диурез не более 500 мл в сутки (со слов больной), моча мутная.

В общем анализе крови: лейкоциты 4.4×10^9 /л, эритроциты 2.0×10^{12} /л, гемоглобин 90 г/л, тромбоциты 120×10^9 /л, СОЭ 55 мм/ч

В биохимическом анализе крови: креатинин 256 мкмоль/л, мочевины 12 ммоль/л, холестерин 6.8 ммоль/л, протромбиновый индекс 98%, фибриноген 7.4 г/л, СРБ++

Общий анализ мочи: удельный вес 1035, лейкоциты 4-5 в п/з, цилиндры гиалиновые 4-6 в п/з, белок 1.5 г/л, эритроциты 4-5 в п/з, эпителий 3-4 в п/з.

Суточная протеинурия 3,4 г/л.

Проба Реберга:

- скорость клубочковой фильтрации 54 мл/мин,
- реабсорбция 98%.

Задание:

1. На основании представленных данных определите имеющиеся почечные синдромы.
2. Чем обусловлена выявленная у больной анемия?
3. Сформулируйте предварительный диагноз

Клиническая задача 2

Пациент 42 года обратился в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе, приступы сердцебиения, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха.

Из анамнеза заболевания: Считает себя больным около 6 месяцев, когда снизилась толерантность к физическим нагрузкам, и появились эпизоды сердцебиения, которые купировались самостоятельно. Отметил связь этих приступов с приемом алкоголя. Настоящее ухудшение также возникло на фоне алкогольного эксцесса.

Из анамнеза жизни: больной около 10 лет злоупотребляет алкоголем, курит более 1 пачки в день. Из перенесенных заболеваний отмечает язвенную болезнь желудка, хронический панкреатит. Наследственный анамнез не отягощен.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, цианоз губ, гиперемия лица, зоны декольте, выявлена контрактура Дюпюитрена. Наблюдается атрофия мышц верхних и нижних конечностей. Пульсация на артериях нижних конечностей сохранена. Отеки голеней и стоп. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 2 см от средне-ключичной линии, вправо на 1 см от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС 144 в мин, пульс 104 в мин, АД 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 24 в мин. Живот мягкий б/б, печень + 5 см из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 18-15-10 см, при пальпации край плотный, болезненный. После проведенного лечения кордароном восстановился синусовый ритм.

В общем анализе крови: лейкоциты $8,4 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $2,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 100 г/л, СОЭ 15 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: холестерин 2,4 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л, ЛПНП 1,8 ммоль/л, ЛПВП 1,8 ммоль/л, АЛТ 98 ЕД/л, АСТ 65 ЕД/л, ЛДГ 875 ЕД/л, общий белок 61 г/л, железо 5 мкмоль/л.

При УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, гепатомегалия.

Проведено ЭКГ исследование.

Задание:

1. Проанализируйте данные лабораторного исследования.
2. Объясните генез анемии у данного пациента.
3. С чем связано повышение АЛТ, АСТ, ЛДГ?
4. Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и дополнительных методов исследования, сформулируйте развернутый диагноз.

Клиническая задача 3

Больная С., 47 лет, поступила с жалобами на снижение аппетита, ощущение тяжести в эпигастриальной области, жжение в языке, жидкий стул, одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке, головокружение, шум в ушах, онемение ног и рук, выраженную общую слабость.

Из анамнеза заболевания: больной себя считает в течение 3 лет, когда обратила внимание на слабость, повышенную утомляемость. К врачам не обращалась. Последние 2 месяца присоединились вышеуказанные жалобы.

Объективно: повышенного питания, кожа бледная, с лимонно-желтым оттенком, склеры субиктеричные. Язык ярко-красный с трещинами, сосочки сглажены. Слизистая оболочка полости рта бледная, явления афтозного стоматита. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1,5 см, систолический шум на верхушке. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 104 в мин. АД – 100/70 мм рт. ст. Печень увеличена (размеры по Курлову – 14×11×9 см), при пальпации мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется, перкуторно ее размеры: длинник 10 см, поперечник 8 см.

Анализ крови: Hb – 55 г/л, эр. $1,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 1,4, ретикулоциты – 0,1 %, тромбоциты – 100×10^9 /л, лейкоц. – $2,5 \times 10^9$ /л, п/я – 10 %, с/я – 46 %, лимф. – 40 %, мон. – 4 %, СОЭ – 10 мм/ч. В мазке крови резко выраженный макроанизоцитоз, эритроциты с ядерными дериватами (кольца Кебота, тельца Жолли) и базофильной пунктацией, полисегментированные нейтрофилы.

Миелограмма: пунктат костного мозга обильноклеточный, клетки эритроидного роста составляют 60 %, из них 55 % – мегалобласты, лейкоэритробластическое отношение 1:2.

Задание:

- 1) Поставьте диагноз больной.
- 2) Перечислите возможные причины развития данного заболевания.
- 3) Какой тип кроветворения наблюдается при данном заболевании, обнаруживается ли он у здорового человека?
- 4) Какие исследования необходимо назначить в плане дообследования?

Клиническая задача 4

Мужчина 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познабливание.

Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом.

Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец – страдает подагрой, подагрическим полиартритом.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 105 кг. ИМТ – 35,59 кг/м². Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемизированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 7 баллов.

В анализах: общий анализ крови: эритроциты – $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 280×10^9 /л, СОЭ – 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС – ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевая кислота – 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-ЕPI) – 92 мл/мин 1,73 м². Альбуминурия – 10 мг/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте алгоритм ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 7 дней на фоне назначенной терапии отмечается положительная динамика: боль, отёчность I плюсне-фалангового сустава правой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Клиническая задача 5

Мужчина 45 лет обратился к врачу с жалобами на боль в левом колене, которая началась накануне, ночью. Со слов пациента, боль появилась внезапно, когда он уже лег спать после обильного ужина. В течение примерно 3 часов боль была очень интенсивной, в связи с чем пациент принял парацетамол две таблетки по 500 мг, после чего боль несколько уменьшилась, но полностью не купировалась.

Пациент отрицает аналогичные приступы болей в колене ранее, однако несколько месяцев назад был эпизод интенсивной боли в первом плюснефаланговом суставе правой стопы после переохлаждения, сопровождавшийся покраснением сустава и невозможностью опираться на ногу. Тот эпизод прошел полностью самостоятельно без какого-либо лечения в течение 3 суток, наиболее интенсивной была боль в первые 3-4 часа.

Пациент отрицает факты травм, операций, гемотрансфузий. В течение 2 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой принимает гидрохлортиазид. Накануне вечером пациент употреблял большое количество красного вина и ел мясные отбивные, так как отмечал семейное событие. Курение, употребление наркотических препаратов отрицает.

При осмотре: рост 180 см, масса тела 109 кг, ИМТ 33,6 кг/м². Температура тела 37,1°C, ЧСС – 90 ударов в минуту, частота дыхания 22 в минуту, АД – 129/88 мм.рт.ст. Кожные покровы обычной окраски, имеется незначительная гиперемия воротниковой зоны. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, размеры печени и селезенки в пределах нормы. Левый коленный сустав увеличен в объёме за счёт экссудации, кожа над ним гиперемирована, локальная температура повышена. Пациент ограничивает активные движения в суставе из-за болей, придает колену полусогнутое положение. Пассивные движения ограничены в таком же объёме, при максимальном сгибании и разгибании боль усиливается. Пальпация сустава резко болезненна, определяется значительный выпот в коленном суставе, крепитация отсутствует. Другие суставы без патологических проявлений, объем движений в них полный. Увеличения паховых лимфатических узлов нет. В общем анализе крови имеется лейкоцитоз 9,1*10⁹/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ 28 мм/ч, в остальном – без отклонений.

Вопросы:

1. Опишите основные характеристики суставного синдрома у данного пациента.
2. Какой наиболее вероятный предположительный диагноз?
3. Какие диагностические исследования будут являться ключевыми для подтверждения диагноза?
4. Какие клинические признаки указывают на предполагаемый диагноз?
5. Каковы принципы медикаментозной терапии данного заболевания?

11 семестр**Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6**

1. Каково содержание температурного листа истории болезни?

2. Каково содержание раздела «Течение и результаты специальных исследований больного»?
3. Каково содержание раздела «Результаты дополнительных исследований»?
4. Каково содержание раздела «Выписной эпикриз»?
5. Каково содержание раздела «Посмертный эпикриз»?
6. Каков расспрос по системе органов дыхания?
7. Каков расспрос по системе органов кровообращения?
8. Каков расспрос по системе органов пищеварения?
9. Каков расспрос по системе органов мочеотделения?
10. Каково содержание раздела «Анамнез болезни»?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

- 1) Диагноз нестабильной стенокардии наиболее вероятно можно исключить при
 - А) болях в эпигастральной области до приема пищи
 - Б) учащении приступов стенокардии
 - В) появлении ночных приступов стенокардии
 - Г) выявлении стенокардии в течение 1 месяца
- 2) Проплапс митрального клапана следует расценивать, как порок митрального клапана в случае:
 - А) отрыва хордальных сухожилий
 - Б) дисфункции папиллярных мышц
 - В) миксоматозной дегенерации одной из створок
 - Г) дилатации атриовентрикулярного кольца
- 3) Показанием для хирургического протезирования митрального клапана является
 - А) остро возникшая митральная регургитация
 - Б) пролапс обеих створок
 - В) нарушение ритма сердца по типу экстрасистолии
 - Г) митральная регургитация, которая занимает половину систолы
- 4) Признаком свидетельствующим о неблагоприятном прогнозе при тесте с физической нагрузкой, является:
 - А) отсутствие подъема систолического АД выше 120 мм рт.ст.
 - Б) повышение АД и учащение ЧСС
 - В) учащение ЧСС
 - Г) регистрация одиночной наджелудочковой экстрасистолии
- 5) Фактором, который мешает электрокардиографической интерпретации результатов нагрузочных проб, является:
 - А) полная блокада левой ножки
 - Б) артериальная гипертензия
 - В) нарушение ритма сердца
 - Г) атриовентрикулярная блокада
- 6) Тяжесть течения хронической обструктивной болезни легких устанавливают на основании
 - А) ОФВ₁
 - Б) ЖЕЛ
 - В) МВЛ

Г) ОФВ 1/ФЖЕЛ

7) Дополнительный прием при аускультации легких –форсированный выдох используют для

- А) выявления скрытой бронхиальной обструкции
- Б) различения сухих хрипов от влажных хрипов
- В) различения хрипов от крепитации или шума трения плевры
- Г) лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания

8) Спирометрический показатель _____ достоверно свидетельствует о бронхиальной обструкции

- А) индекс Тиффно
- Б) остаточный объем легких
- В) ОФВ1
- Г) жизненная емкость легких

9) Сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких выслушиваются при

- А) нарушении бронхиальной проходимости
- Б) наличии жидкости в полости плевры
- В) повышении воздушности легких
- Г) уплотнении легочной ткани

10) Для бронхиальной обструкции наиболее характерным является

- А) наличие свистящих хрипов на выдохе, усиливающихся при форсированном дыхании
- Б) теплый цианоз
- В) ослабленное везикулярное дыхание
- Г) «лающий» кашель

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6

1) К одной из возможных причин легочной гипертензии относится

- А) стеноз митрального клапана
- Б) ишемическая болезнь сердца
- В) недостаточность аортального клапана
- Г) гипертоническая болезнь

2) К врожденным порокам сердца относится

- А) тетрада Фалло
- Б) открытое овальное окно
- В) аневризма межпредсердной перегородки
- Г) евстахиев клапан

3) Чаще всего вазоренальная артериальная гипертензия у мужчин развивается на фоне

- А) атеросклероза
- Б) фибромускулярной дисплазии
- В) опухоли почки

Г) травмы почки

4) Признаком злокачественного течения артериальной гипертонии является

- А) ретинопатия или нейроретинопатия
- Б) высокий показатель систолического АД выше 220 мм рт.ст.
- В) снижение скорости клубочковой фильтрации
- Г) протеинурия

5) Увеличение постнагрузки на сердце ведет к

- А) компенсаторной гипертрофии миокарда
- Б) дилатации камер сердца
- В) легочной гипертензии
- Г) снижению сократимости миокарда

6) Наиболее простым и достаточно информативным методом ранней диагностики центрального рака легкого является

- А) цитологическое исследование мокроты
- Б) флюорография органов грудной клетки
- В) бронхоскопия
- Г) спирометрия

7) Ведущее место в диагностике центрального рака легкого занимает

- А) бронхоскопия с биопсией
- Б) клинический анализ крови
- В) рентгенография легких
- Г) цитологическое исследование мокроты

8) Дополнительный прием при аускультации легких – покашливание используют с целью

- А) отличить хрипы от крепитации или шума трения плевры
- Б) отличить шум трения плевры от крепитации и хрипов
- В) выявить скрытую бронхиальную обструкцию
- Г) отличить сухие хрипы от влажных хрипов

9) Астма физического усилия возникает

- А) после физической нагрузки
- Б) во время физической нагрузки
- В) на фоне длительного приема НПВП
- Г) с сезонной периодичностью

10) Диагноз хронического бронхита устанавливается при наличии

- А) кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в году в течение 2 лет и более
- Б) кашля не более 1 месяца
- В) факторов риска: курения, поллютантов
- Г) не проходящего кашля в течение двух лет

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-10

Клиническая задача 1

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана.

При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.

В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г. Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт. Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров. 30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка. Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.
4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.
5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

Клиническая задача 2

Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение

трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались unsuccessful.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациентки.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Клиническая задача 3

Мужчина 68 лет 18.04.2016 обратился к врачу с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, (ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%), в связи с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием.

Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемизированы. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов и сроки их применения, которые должны быть рекомендованы на постоянный прием пациенту. Обоснуйте их применение
5. Через 2 месяца у пациента появились жалобы на сердцебиение, к врачам не обращался. В течение 5 дней данные жалобы сохранялись, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Клиническая задача 4

Мужчина 44 лет с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, кашель с небольшим количеством мокроты. Считал себя полностью здоровым до последней недели, когда появилась заложенность носа, насморк и небольшая боль в горле. К врачу не обращался, лечился самостоятельно противопростудными безрецептурными препаратами («Фервекс»). Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39°C, озноб, выраженную общую слабость и появился кашель, вначале сухой, затем – с небольшим количеством светлой мокроты, а также боли в правой половине грудной клетки. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в течение 15 лет, аллергические реакции отрицает.

Объективно: температура тела 37,8°C, кожные покровы чистые. Перкуторный звук укорочен справа в нижних отделах, дыхание справа ниже угла лопатки бронхиальное, мелкопузырчатые хрипы в конце вдоха в этой области, а также усиление голосового дрожания и бронхофонии, частота дыхания 22 в минуту, сатурация периферической крови кислородом 99%. Сердечно-сосудистая система без отклонений от нормы, ЧСС – 80 уд. в минуту, АД – 120/72 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?
3. Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.
4. Сформулируйте план лечения.
5. Опишите методы профилактики данного заболевания.

Клиническая задача 5

Больной Н. 48 лет в течение 3 лет страдает сахарным диабетом. В течение последних 6 месяцев беспокоят нарастающая слабость, быстрая утомляемость, кашель с мокротой. Периодически отмечает повышение температуры тела. К врачу не обращался, так как перечисленные жалобы связывает с заболеванием сахарным диабетом. При очередном профилактическом флюорографическом обследовании выявлены патологические изменения в лёгких.

Рентгенографически – в правом лёгком от верхушки до III ребра определяется неомогенное затемнение с просветлением в центре 2×3 см, контуры нечёткие. В окружающей ткани лёгкого – очаговые тени малой интенсивности.

В общем анализе крови: лейкоциты - 11,0×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, лимфоциты - 19%, моноциты - 11%, СОЭ – 18 мм/час.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – папула 11 мм. В связи с возникшим лёгочным кровотечением исследование мокроты на МБТ не произведено.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, о которых можно думать в данном случае.
2. Поставьте диагноз.
3. Дайте обоснование диагноза.
4. Объясните малую выраженность клинической симптоматики.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему ведению больного и обоснуйте их.

12 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6

1. Каково содержание раздела «Запись лечащего врача»?
2. Каково содержание раздела «План обследования больного»?
3. Каково содержание записи лечащего врача при приеме больного?
4. Каково содержание раздела «Анамнез жизни»?

5. Каково содержание листа основных показателей состояния больного?
6. Что включает в себя диагноз?
7. Какова современная структура истории болезни?
8. Каково оформление титульного листа истории болезни?
9. Каково содержание записи дежурного врача при приеме больного?
10. Какова особенность записей дежурного врача?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

- 1) Выявление эрозий в антральном отделе желудка при фиброгастродуоденоскопии характерно для
 - А) хеликобактерной инфекции
 - Б) аутоиммунного гастрита
 - В) гранулематозного гастрита
 - Г) болезни Менетрие
- 2) Методом диагностики, позволяющим верифицировать диагноз цирроза печени, является
 - А) биопсия
 - Б) УЗИ органов брюшной полости
 - В) биохимическое исследование крови
 - Г) компьютерная томография брюшной полости
- 3) Инфицирование слизистой оболочки желудка хеликобактерной инфекцией сопровождается
 - А) развитием антрального гастрита
 - Б) снижением секреции гастрина
 - В) ахлоргидрией
 - Г) недостаточностью кардии
- 4) Ведущим симптомом для диагностики неспецифического язвенного колита является
 - А) диарея
 - Б) запор
 - В) наличие крови и слизи в каловых массах
 - Г) метеоризм
- 5) Урчание при пальпации восходящей и поперечно-ободочной кишки свидетельствует, что
 - А) в толстом кишечнике имеется жидкое содержимое и скапливаются газы
 - Б) в брюшной полости имеется свободная жидкость
 - В) имеется стеноз привратника
 - Г) патологии нет
- 6) Стеноз почечной артерии диагностируется при помощи
 - А) дуплексной доплероультрасонографии почек
 - Б) КТ почек
 - В) МРТ почек
 - Г) ультразвукового исследования почек
- 7) Определяющим критерием для диагностики нефротического синдрома является
 - А) суточная протеинурия более 3,5 г

- Б) сывороточный альбумин выше 90 г/л
- В) гиперхолестеринемия
- Г) отеки

8) К клиническим проявлениям *facies nefritica* относят

- А) отеки лица
- Б) акроцианоз
- В) геморрагическая сыпь на лице
- Г) набухание шейных вен

9) Методом ранней диагностики диабетической нефропатии является

- А) исследование суточной микроальбуминурии
- Б) изотопная рентгенография почек
- В) УЗИ почек
- Г) динамическая скintiграфия почек

10) Основным методом диагностики хронического пиелонефрита является выявление

- А) бактериурии
- Б) антител к базальной мембране клубочков
- В) гематурии
- Г) протеинурии

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6

1) Следует проводить дифференциальную диагностику между стенокардией и

- А) ГЭРБ
- Б) атрофическим гастритом
- В) язвенной болезнью желудка
- Г) хроническим колитом

2) Ранним симптомом рака желудка является

- А) немотивированная потеря аппетита
- Б) нарушение функции кишечника
- В) метеоризм
- Г) анемия

3) Наиболее информативным методом ранней диагностики дискинезии желчевыводящих путей является

- А) биохимическое исследование желчи
- Б) ультразвуковая диагностика
- В) внутривенная холецистография
- Г) лапароскопия

4) Для болевого синдрома при болезни крона является характерным

- А) локализация в правой подвздошной области
- Б) отсутствие закономерной его связи с приемом пищи
- В) локализация в левой подвздошной области
- Г) локализация в эпигастральной области

- 5) Антимитохондриальные антитела характерны для
А) первичного билиарного цирроза
Б) алкогольного цирроза
В) болезни Вильсона-Коновалова
Г) острого гепатита
- 6) Для больных гипертонической болезнью в общем анализе мочи является характерным
А) снижение удельного веса
Б) лейкоцитурия
В) микрогематурия
Г) повышение удельного веса
- 7) Главным признаком нефротического синдрома является
А) протеинурия
Б) лейкоцитурия
В) гематурия
Г) цилиндрурия
- 8) Для определения скорости клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите используют пробу
А) Реберга-Тареева
Б) по Нечипоренко
В) Зимницкого
Г) Аддиса-Каковского
- 9) Профилактику пиелонефрита следует начинать с
А) рождения ребенка
Б) 18 лет
В) подросткового возраста
Г) 7 летнего возраста
- 10) Наиболее быстрое прогрессирование гломерулонефрита наблюдается при
А) смешанном нефрите
Б) наличии макрогематурии
В) нефротическом синдроме
Г) артериальной гипертонии

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-10

Клиническая задача 1

Женщина 24 лет жалуется на боли в поясничной области и повышение температуры тела в течение последних двух дней. В течение последней недели отмечались боли при мочеиспускании, а выраженная боль и лихорадка появились вчера. Сегодня присоединилась тошнота, но рвоты не было. Боль преимущественно локализуется в правой части поясницы, она постоянная, тупая, без иррадиации. Вчера вечером пациентка приняла 400 мг ибупрофена, чтобы заснуть, но боль сохраняется, и утром она решила обратиться к врачу. Пациентка замужем, менструации регулярные, последние – 1 неделю назад. В качестве контрацепции использует внутриматочную спираль. Выделения из половых путей отрицает. Мочеиспускание 5-7 раз в сутки, моча выделяется в обычном количестве, в последние два дня мутная, пенистая.

Объективно: температура тела 38,3°C, ЧСС – 112 в минуту, АД – 120/70 мм.рт.ст., частота дыхания 15 в минуту. При пальпации правого рёберно-позвоночного угла имеется выраженная болезненность, поколачивание в области почек резко болезненно справа. Отёков нет. Физикальное обследование других отклонений от нормы не выявляет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?
3. Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза болей в поясничной области у молодой женщины?
4. Сформулируйте план лечения.
5. Сформулируйте прогноз.

Клиническая задача 2

Пациентка В. 52 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область, которые возникли после физической нагрузки (накануне работала в саду), учащенное мочеиспускание, потемнение мочи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Болея в течение 2-х дней, по поводу болей в поясничной области вызывала бригаду скорой медицинской помощи. После оказанной помощи интенсивность болевого синдрома уменьшилась, рекомендовано обратиться в поликлинику. Болевой синдром в поясничной области неоднократно рецидивировал, по поводу чего лечилась антибактериальными препаратами с хорошим эффектом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела - 37,4°C, кожные покровы влажные, обычного цвета. Грудная клетка нормостенической формы. ЧД - 20 в минуту. Перкуторный тон лёгочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях симметричный, удовлетворительных свойств, 84 удара в минуту. АД – 160/100 мм рт. ст. Во всех точках выслушивается два тона, громкие, акцент II тона на аорте. Ритм правильный, ЧСС – 84 в минуту. Язык влажный, у корня обложен светло-серым налётом. Живот мягкий, отмечается болезненность в правом фланке живота, в месте проекции правой почки. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания поясничной области положительный справа. Отёков нет. Мочеиспускание учащено, безболезненное.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,45 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 134 г/л; лейкоциты – $5,79 \times 10^9/л$; эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 38%, моноциты – 5%, СОЭ – 26 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012; сахар – отр, белок – 0,066 г/л, эритроциты – 100 в поле зрения; лейкоциты – 20 в поле зрения; соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: мочевины – 7,9 ммоль/л, креатинин – 105 мкмоль/л, мочевая кислота - 524 ммоль/л, холестерин – 5,6 ммоль/л, общий белок – 72 г/л.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, ведущий синдром, объясните механизм их возникновения.
2. Составьте план дифференциальной диагностики.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Составьте план лечения.

Клиническая задача 3

Больная П. 40 лет, медсестра, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически учащённое болезненное мочеиспускание, ноющие боли в поясничной области без иррадиации, головную боль, слабость. Считает себя больной в течение 8 лет. Боли в по-

ясничной области связывает с физическим перенапряжением. В течение последних 3 дней ощущает периодическое «познабливание».

Объективно: состояние удовлетворительное. Незначительная пастозность и бледность лица, температура тела - 37,3°C. При перкуссии над всеми лёгочными полями ясный лёгочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД - 155/95 мм рт. ст., ЧСС - 84 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезёнка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 107 г/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 38%, моноциты - 4%, СОЭ - 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,04%, лейкоциты - 12-16 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, бактериурия.

Моча по Нечипоренко: эритроциты - $1,2 \times 10^6/л$, лейкоциты – $8,0 \times 10^6/л$.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 86 в мин. ЭОС - расположена полувертикально. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: лёгочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, расширение границ сердца влево.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
2. Составьте план дифференциальной диагностики.
3. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте программу лечения.

Клиническая задача 4

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извиты. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Клиническая задача 5

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъем на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приема нитроглицерина, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления черного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенес инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, тромбоасс и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил прием крестора.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 11х9х8 см и 6.4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты 3,11.10¹²/л, Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC– 300 g/l, лейкоциты 5,6.10⁹/л. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; RI> RII> RIII, в I, aVL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

3. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

10 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6

1. Каково содержание раздела «Запись лечащего врача»?
2. Каково содержание раздела «План обследования больного»?
3. Каково содержание записи лечащего врача при приеме больного?
4. Каково содержание раздела «Анамнез жизни»?
5. Каково содержание листа основных показателей состояния больного?
6. Что включает в себя диагноз?
7. Каково современная структура истории болезни?
8. Каково оформление титульного листа истории болезни?
9. Каково содержание записи дежурного врача при приеме больного?
10. Какова особенность записей дежурного врача?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

- 1) Главным отличием симптоматического эритроцитоза от эритремии является:
 - 1) степень увеличения гемоглобина
 - 2) выраженность плеторического синдрома
 - 3) снижение pO_2 крови
 - 4) повышение вязкости крови
 - 5) все перечисленное
- 2) 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?
 - 1) тромбоцитопатия
 - 2) тромбоцитопения
 - 3) гемофилия
 - 4) тромбоваскулит
- 3) 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 никогда не лечилась. Ваша тактика?
 - 1) воздержаться от лечения, динамическое амбулаторное наблюдение
 - 2) преднизолон
 - 3) спленэктомия
 - 4) цитостатики
 - 5) плазмаферез
- 4) Снижение осмотической стойкости эритроцитов характерно:
 - 1) для аутоиммунной гемолитической анемии
 - 2) для наследственного сфероцитоза

- 3) для талассемии
 - 4) для пароксизмальной ночной гемоглобинурии
 - 5) для сидероахрестической анемии
- 5) Проявлениями сидеропенического синдрома являются все признаки, кроме:
- 1) ангулярный стоматит
 - 2) глоссит
 - 3) сухость и выпадение волос
 - 4) эзофагит
 - 5) секреторная недостаточность желудка
- 6) Назовите наиболее достоверные изменения лабораторных показателей при СКВ:
- 1) повышение СОЭ;
 - 2) обнаружение ревматоидного фактора;
 - 3) обнаружение антител к нативной (т.е. целой молекуле) ДНК;
 - 4) увеличение содержания фибриногена.
- 7) Укажите иммунологические нарушения, имеющие прямое диагностическое значение при постановке диагноза СКВ:
- 1) ЗЕ-клетки в большом титре (1-2: 1000 лейкоцитов и больше);
 - 2) антинуклеарный фактор;
 - 3) антитела к нативной (т.е. целой молекуле) ДНК;
 - 4) все правильно.
- 8) Укажите какие изменения периферической крови выявляются при СКВ:
- 1) лейкоцитоз (до $10-12 \times 10^9 /л$);
 - 2) лейкопения (до $1-1,2 \times 10^9 /л$);
 - 3) лимфоцитоз;
 - 4) тромбоцитоз.
- 9) Назовите признаки, характерные для острого течения СКВ:
- 1) постепенное начало болезни, с одного синдрома;
 - 2) внезапное начало заболевания, полисиндромность;
 - 3) развернутая картина формируется в течение 2-3 лет;
 - 4) развернутая картина болезни формируется в течение 5-6 лет.
- 10) У больной СКВ заболевание протекает с высокой лихорадкой (до $39-40^{\circ}C$), «бабочкой», полиартритом, экссудативным перикардитом, нефритом с нефротическим синдромом. В анализе крови отмечается: СОЭ – 60 мм/ч, фибриноген 7 г/л, обнаружены ЗЕ-клетки 10:1000 лейкоцитов, АНФ 1:320. Определите степень активности процесса:
- 1) I степень;
 - 2) II степень;
 - 3) III степень;
 - 4) IV степень.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6

1) Если у больного появляется черная моча, то можно думать:

- 1) об анемии Маркиафавы-Микелли;
- 2) о синдроме Имерслунд-Гресбека;
- 3) об апластической анемии;
- 4) о наследственном сфероцитозе.

2) Для какого заболевания особенно характерны тромботические осложнения?

- 1) наследственный сфероцитоз;
- 2) талассемия;
- 3) серповидноклеточная анемия;
- 4) дефицит Г-6-ФД.

3) 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?

- 1) произвести спленэктомия
- 2) отменить преднизолон
- 3) увеличить дозу преднизолона
- 4) присоединить цитостатики
- 5) произвести трансфузию донорских тромбоцитов

4) 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, лейкоц. - 17,6 тыс/мл, из них 60% лимфоцитов. Вероятный диагноз?

- 1) лимфогранулематоз
- 2) острый лимфолейкоз
- 3) хронический лимфолейкоз
- 4) лимфосаркома
- 5) инфекционный мононуклеоз

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

- 1) лейкопеническая форма острого лейкоза
- 2) пароксизмальная ночная гемоглобинурия
- 3) В₁₂-дефицитная анемия
- 4) гиперспленизм
- 5) аутоиммунная гемолитическая анемия

6) Назовите характерные признаки минимальной (I степень) активности СКВ:

- 1) лихорадка до 40 °С;
- 2) гемоглобин ниже 100 г/л;
- 3) СОЭ – 16-20 мм/ч;
- 4) высокие титры анти-ДНК.

7) При дифференциальной диагностике СКВ с ревматизмом необходимо основываться на:

- 1) наличии порока сердца (митральный стеноз, аортальный стеноз);

- 2) картину периферической крови;
 - 3) связь с перенесенной инфекцией;
 - 4) длительность болезни.
- 8) При дифференциальной диагностике СКВ и инфекционного эндокардита необходимо основываться на:
- 1) картине периферической крови;
 - 2) обнаружение возбудителя в крови;
 - 3) характер суставного синдрома;
 - 4) особенности поражения почек.
- 9) Основным препаратом для лечения СКВ является:
- 1) аиндометацин;
 - 2) вольтарен;
 - 3) преднизолон;
 - 4) гидрокортизон.
- 10) Назовите основной препарат для лечения СКВ хронического течения с преимущественным поражением кожи:
- 1) делагил (или плаквенил);
 - 2) индометацин;
 - 3) азатиоприн;
 - 4) хлорбутин

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-10

Клиническая задача 1

Больной К., 50 лет, поступил с жалобами на увеличение лимфатических узлов шеи.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пальпируются увеличенные шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы величиной от 2 до 3 см в диаметре, тестовато-эластичной консистенции, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Печень не увеличена. Отчетливо пальпируется нижний полюс селезенки (длинник 16 см).

Анализ крови: Hb – 133 г/л., эр. $4,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,9, лейкоц. – $51,0 \times 10^9$ /л., э. – 0,5 %, п. – 1 %, с. – 24,5 %, мон. – 2 %, лимф. – 72 %, тромбоциты – $210,0 \times 10^9$ /л., СОЭ – 17 мм/ч. Среди лимфоцитов периферической крови преобладают малые узкоцитоплазматические формы (почти голые ядра), обнаруживаются в значительном количестве тельца Гумпрехта. Пролимфоциты составляют 1,5 %.

Миелограмма: костный мозг богат клеточными элементами. Недифференцированных бластных клеток – 2,4 %, гранулоцитов – 36,5 %, эритронормобластов – 7,4 %, лимф. – 53,8 % (лимфобласты – 2,5 %, пролимфоциты – 4,2 %, остальные – зрелые формы), мегакарициты в достаточном количестве, многие с нормальной отшнуровкой.

Задание:

- 1) Какое заболевание имеется у пациента?
- 2) Что является субстратом опухоли при данном заболевании?
- 3) Какие клинические синдромы встречаются при данном заболевании?
- 4) Назовите диагностические критерии данного заболевания.
- 5) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

- 6) Какие осложнения характерны для данного заболевания?
7) Что входит в понятие «лимфопролиферативный синдром»?

Назовите показания для проведения химиотерапевтического лечения. Нуждается ли больной в проведении химиотерапии?

Клиническая задача 2

Больная Н, 49 лет, жалуется на схваткообразные, режущие боли в животе, частый жидкий стул до 14 раз в сутки с примесью крови, слизи, повышение t , боли в крупных суставах, похудание, слабость, головокружение.

Анамнез заболевания: больна в течение 8 лет. По поводу данного заболевания ежедневно принимала: преднизолон 5 мг, сульфасалазин 4 г. Отмечает обострение заболевания 3-4 раза/год. Настоящее ухудшение в течение 1 недели, связывает с погрешностями в диете.

Объективно: состояние при поступлении тяжелое. $T - 38^{\circ}\text{C}$. Пониженного питания, вес 55 кг при росте 165 см. Отмечается бледность кожи и слизистых. На передней поверхности голеней имеется крупные с красно-фиолетовым оттенком высыпания, выступающие над поверхностью кожи, резко болезненные. Костно-суставная система без патологии, объем движений в суставах в полном объеме. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Пульс 105 в мин. АД 95/55 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, густо обложен желтоватым налетом. При пальпации живота отмечается выраженная болезненность в левой подвздошной и околопупочной областях. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень не выступает из-под края реберной дуги, пальпация слегка болезненная. Сигмовидная кишка резко спазмирована, урчащая. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Дизурических расстройств нет. Стул желто-коричневого цвета, окрашен кровью, примесь слизи.

Общий анализ крови: $\text{Hb} - 80 \text{ г/л}$, эритроциты $- 2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП $- 0,9$, лейкоциты $- 8,7 \times 10^9$
палочкоядерные $- 4 \%$, сегментоядерные $- 61 \%$, моноциты $- 10 \%$, лимфоциты $- 25 \%$. СОЭ $- 46 \text{ мм/ч}$. Тромбоциты $- 440 \text{ тыс. в 1 мкл}$.

Биохимия крови: общий белок $- 57 \text{ г/л}$, альбумины $- 45 \%$, глюкоза $- 3,8 \text{ ммоль/л}$; билирубин $- 15,56 \text{ мкмоль/л}$; фибриноген $- 7,5 \text{ г/л}$; мочевины $6,6 \text{ ммоль/л}$, АСТ $- 0,36$; ПТИ $- 100 \%$. Железо сыворотки крови $- 10 \text{ мкмоль/л}$. Серомукоид $0,65 \text{ ЕД}$; α -амилаза 25 МЕ/л ; тимоловая проба $4,5 \text{ ЕД}$.

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ кала: на шигеллы, сальмонеллы, йерсинии $-$ отрицательны.

Копрологическое исследование: красновато-коричневого цвета, непереваренные мышечные волокна, внеклеточный крахмал $-$ большое количество. Нейтральный жир $-$ небольшое количество. Эритроциты $-$ большое количество. Скопление лейкоцитов в слизи.

Ректороманоскопия: тубус введен на 16 см от анального отверстия. На этом расстоянии отмечается выраженное сужение прямой кишки (до 1 см). Слизистая гиперемирована, отечна, на стенках многочисленные язвы, некоторые покрыты фибрином, на стенках гной, контактная кровоточивость. Выявляются 2 кровоточащих полипа в прямой кишке, взята биопсия.

ФГС: без патологии.

Задание:

- 1) Сформулируйте диагноз заболевания.
- 2) Перечислите характерные признаки данного заболевания.
- 3) Какие внекишечные проявления характерны для данного заболевания?
- 4) Какие осложнения возможны при данном заболевании?
- 5) Перечислите мероприятия консервативной терапии данного заболевания?

б) Какие рекомендации Вы дадите больной после выписки из стационара?

Клиническая задача 3

Женщина 59 лет обратилась на приём с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах (больше справа), которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП.

Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Ранее за медицинской помощью пациентка не обращалась, по совету знакомых использовала эластичный наколенник при ходьбе, обезболивающие препараты – 1-2 раза в неделю. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приема обезболивающих средств. В настоящее время, находясь на пенсии, продолжает работать продавцом в магазине. Пять лет назад была диагностирована язвенная болезнь ДПК. Больная получила соответствующее лечение и в настоящее время жалобы характерные для этой патологии отсутствуют.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 35 кг/м². Окружность талии – 104 см, окружность бедер – 110 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп – вальгусная деформация 1 плюснефаланговых суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в 1 плюснефаланговых суставах с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования Вы бы назначили данному пациенту?
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов и профилактических мероприятий.
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 5 лет. За это время отмечает прогрессирование суставного синдрома, ежедневную потребность в приёме НПВ, недостаточный эффект от приёма обезболивающих. На рентгенограмме коленных суставов – значительное сужение суставной щели, справа – до контакта костных поверхностей, крупные остеофиты. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Клиническая задача 4

Женщина 42 лет, менеджер, обратилась на приём с жалобами на боль и припухание в области II-IV проксимальных межфаланговых суставов, II-III пьстно-фаланговых суставов, лучезапястных, коленных суставах; утреннюю скованность в указанных суставах до середины дня; снижение веса на 4 кг за последние 2 месяца, слабость. При дополнительном расспросе отмечает, что стала хуже переносить физическую нагрузку: при подъёме на 3-4 этаж появляется одышка, сердцебиение. Указывает, что из-за болей и скованности в суставах стала хуже справляться с профессиональными обязанностями.

Больной себя считает в течение полугода, когда впервые появились и постепенно прогрессировали указанные симптомы. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала аналгин, без существенного эффекта. Ухудшение состояния отмечает в последние два месяца, когда значительно усилились боли в суставах, появилась скованность, похудание, затем - слабость и сердцебиение. По совету соседки принимала аспирин, диклофенак (в последние 1,5 месяца – ежедневно), с незначительным положительным эффектом.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, температура – 36,4°C. Кожные покровы бледные, сухие. Рост – 168 см., вес – 54 кг, ИМТ – 19,1 кг/м². При осмотре костно-мышечной системы II-IV проксимальные межфаланговые, II-III пястно-фаланговые суставы, лучезапястные, коленные суставы отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Определяется баллотирование надколенников, западение межкостных промежутков на обеих кистях. Число болезненных суставов (ЧБС) - 12, число припухших суставов (ЧПС) - 10. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 104 в минуту. АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот обычных размеров и формы, участвует в дыхании, безболезненный при пальпации. Печень - 9(0)×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 95 г/л, МСН – 24 пг, MCV – 75 фл, лейкоциты - $7,9 \times 10^9/л$, базофилы – 0%, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 18%, моноциты - 11%, тромбоциты – $392 \times 10^9/л$, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1010, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 4-6 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты, бактерии – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль /л, СКФ – 68 мл/мин, билирубин – 14,5 мкмоль/л, АСТ – 24 МЕ/л, АЛТ – 30 МЕ/л, мочевиная кислота – 224 мкмоль/л, СРП – 30,5 мг/л.

РФ – 120 МЕ/л, антинуклеарный фактор — отрицательный.

Общая самооценка здоровья пациентом – 56 мм по шкале ВАШ.

Рентгенография кистей и стоп: околосуставной остеопороз, преимущественно в II-IV проксимальных межфаланговых, II-III пястно-фаланговых суставах.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Какие препараты симптоматического действия Вы бы назначили пациентке в течение 5-7 дней до получения результатов дообследования (с указанием дозы и кратности приёма)? Обоснуйте свой выбор.
5. Пациентка дообследована: железо сыворотки – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 58 мкмоль/л, ферритин – 115 нг/мл, витамин В12 – 450 нг/мл, фолиевая кислота – 45 нг/мл, проба Зимницкого – без патологии, суточная протеинурия – отрицательная, на ФГДС – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I степени, хронический гастрит; на флюорографии лёгких без патологии; осмотр гинеколога – без патологии. Определите дальнейшую тактику ведения данной пациентки. Обоснуйте свой выбор.

Клиническая задача 5

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала

на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

11 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6

1. Какова современная структура истории болезни?
2. Каково оформление титульного листа истории болезни?
3. Каково содержание записи дежурного врача при приеме больного?
4. Какова особенность записей дежурного врача?
5. Каково содержание записи лечащего врача при приеме больного?
6. Каково содержание раздела «Анамнез жизни»?
7. Каково содержание раздела «Запись лечащего врача»?
8. Каково содержание раздела «План обследования больного»?
9. Каково содержание раздела «План лечения больного»?
10. Какова схема листа учета выполнения врачебных назначений?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

- 1) Ослабление верхушечного толчка можно наблюдать при
 - А) эмфиземе легких
 - Б) артериальной гипертензии
 - В) недостаточности митрального клапана
 - Г) стенозе аортального клапана
- 2) Усиление верхушечного толчка можно наблюдать при
 - А) стенозе устья аорты
 - Б) эмфиземе легких
 - В) ожирении
 - Г) аневризме аорты
- 3) Точка боткина-эрба, располагающаяся в IV межреберье слева от грудины, служит для дополнительного выслушивания _____ клапана
 - А) аортального
 - Б) митрального
 - В) трикуспидального клапана
 - Г) легочной артерии
- 4) Дефицит артериального пульса характерен для больных с
 - А) фибрилляцией предсердий
 - Б) артериальной гипертензией
 - В) полной блокадой левой ножки пучка Гиса
 - Г) недостаточностью аортального клапана
- 5) Несоответствие коронарного кровотока метаболическим нуждам миокарда характерно для
 - А) ишемической болезни сердца
 - Б) гипертонической болезни
 - В) дилатационной кардиомиопатии
 - Г) метаболического синдрома
- 6) Для бронхоэктатической болезни характерны
 - А) симптом «барабанных палочек», кашель с гнойной мокротой, кровохарканье
 - Б) кашель с гнойной мокротой, сухой кашель, кровохарканье
 - В) кашель с гнойной мокротой, кровохарканье
 - Г) артралгии, кашель с гнойной мокротой, кровохарканье
- 7) Прогноз при обструктивном хроническом бронхите
 - А) неблагоприятный из-за прогрессирующего, несмотря на лечение, течения заболевания
 - Б) благоприятный, на продолжительность жизни заболевание существенно не влияет
 - В) в целом благоприятный, несмотря на периодические обострения заболевания и снижение трудоспособности пациентов
 - Г) неопределенный, зависит от течения инфекционных легочных осложнений
- 8) При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначить
 - А) пенициллины
 - Б) стрептомицин

- В) эритромицин
- Г) левомицетин

9) У лиц молодого возраста лечение пневмонии в поликлинических условиях следует начинать с

- А) макролидов нового поколения
- Б) оральных цефалоспоринов II поколения
- В) гентамицина
- Г) фторхинолонов

10) Абсолютным противопоказанием применения пропранолола является

- А) бронхиальная астма
- Б) инфаркт миокарда
- В) хроническая сердечная недостаточность I ФК
- Г) глаукома

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6

1) Целевым уровнем АД у больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом является < _____ мм рт.ст.

- А) 130/80
- Б) 140/90
- В) 140/80
- Г) 120/80

2) К смешанным вазодилататорам относят

- А) ингибиторы АПФ
- Б) карведилол
- В) моксонидин
- Г) метилдопа

3) Наибольший гиполипидемический эффект может быть достигнут при приеме в одинаковых дозах

- А) розувастатина
- Б) симвастатина
- В) аторвастатина
- Г) правастатина

4) Для клинической картины недостаточности митрального клапана характерны

- А) сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область
- Б) перебои в работе сердца, трехчленный ритм на верхушке, синкопальные состояния
- В) кровохарканье, усиленный I тон на верхушке, диастолический шум на верхушке
- Г) сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум в точке Боткина–Эрба

5) К типичным жалобам больных с аортальным стенозом относят

- А) синкопальные состояния
- Б) тяжесть в правом подреберье
- В) опоясывающие боли в животе

Г) боли за грудиной постоянного характера

6) При использовании ингаляционных глюкокортикоидов в обычных дозах возможно развитие

А) кандидоза ротоглотки, дисфонии

Б) язвы желудочно-кишечного тракта, стероидного диабета

В) кандидоза ротоглотки, язвы желудочно-кишечного тракта

Г) частых инфекций носоглотки, синдрома Кушинга

7) К препаратам базисной терапии бронхиальной астмы относят

А) ингаляционные глюкокортикостероиды

Б) симпатомиметики короткого действия

В) седативные препараты

Г) пролонгированные холинолитики

8) Больному с легкой интермиттирующей формой бронхиальной астмы следует назначить

А) бета-агонисты по потребности

Б) бета-агонисты ежедневно

В) эуфиллин

Г) беклометазон

9) В качестве базисного препарата для больного со средне-тяжелым течением хобл необходимо назначить

А) тиатропиум бромид

Б) беклометазон

В) беротек

Г) преднизолон

10) Эффективность антибактериального лечения при острой пневмонии следует клинически оценивать через

А) 2-3 дня

Б) 12 часов

В) 1 сутки

Г) 5 дней

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-10

Клиническая задача 1

Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом «межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает.

Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет.

Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью лёгких ясный лёгочный звук. ЧДД – 17 в мин. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 170/100 мм рт.ст. ЧСС – 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 88 уд/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

Клиническая задача 2

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

Клиническая задача 3

На повторном приеме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к Вам и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм.рт.ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он не осведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний.

При осмотре: рост 177 см, масса тела 84 кг, окружность талии 103 см, температура тела 36,7°C. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева – на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа – по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 78 в минуту. АД – на левой руке 156/96 мм.рт.ст., на правой руке – 152/98 мм.рт.ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Клиническая задача 4

Больной С. 50 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой.

Анамнез: заболел остро, 3 дня назад повысилась температура до 38°C, отмечал общее недомогание, слабость, озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель со скудной светлой мокротой.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=100 ударов в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Назначьте обследование, обоснуйте.

3. Пациенту проведена рентгенограмма лёгких в прямой и боковой проекции – выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого лёгкого. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначьте лечение.
4. Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зелёной, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный приём к врачу поликлиники. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,91, ретикулоциты - 1,0%. тромбоциты – $220 \times 10^9/л$, лейкоциты - $0,9 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 8%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 4%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 30 мм/ч. Установите окончательный диагноз, обоснуйте
5. Дальнейшая тактика лечения пациента.

Клиническая задача 5

Больной М. 33 лет переведён в стационар противотуберкулёзного диспансера из инфекционной больницы в тяжёлом состоянии. В течение 10 лет наблюдается в центре СПИД, в настоящее время – с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия 4В вторичных заболеваний, АРВТ фаза прогрессирования». Заболел остро неделю назад – поднялась температура до 38°C , появились выраженная слабость, потливость, одышка в покое, приступообразный кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты.

При осмотре – кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Аскультативно – над всей поверхностью лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД - 36 в минуту. Тоны сердца – ритмичные, ясные, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧСС - 122 в минуту.

Рентгенологически – в обоих лёгких от верхушек до диафрагмы визуализируются множественные мелкие (до 2 мм в диаметре) однотипные очаговые тени средней интенсивности, с нечёткими размытыми контурами. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная. В общем анализе крови: лейкоциты - $15,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 10, сегментоядерные нейтрофилы - 76, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ - 46 мм/час. В мокроте методом люминесцентной микроскопии 3-х-кратно МБТ не обнаружены.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Объясните, почему у больного отрицательная проба Манту.
3. С какими неспецифическими болезнями лёгких следует дифференцировать данное заболевание?
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания с пневмоцистной пневмонией.
5. Какова тактика дальнейшего ведения больного? Ответ обоснуйте.

12 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ОПК-6

1. Какова современная структура истории болезни?
2. Каково оформление титульного листа истории болезни?
3. Каково содержание записи дежурного врача при приеме больного?
4. Какова особенность записей дежурного врача?
5. Каково содержание записи лечащего врача при приеме больного?
6. Каково содержание раздела «Анамнез жизни»?
7. Каково содержание раздела «Запись лечащего врача»?
8. Каково содержание раздела «План обследования больного»?
9. Каково содержание раздела «План лечения больного»?
10. Какова схема листа учета выполнения врачебных назначений?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-5

- 1) Острый катаральный эзофагит может осложниться
 - А) микрокровоотечением (диапедезным)
 - Б) острым кровоотечением
 - В) перфорацией
 - Г) стенозами

- 2) Лабораторным признаком снижения синтетической функции печени является
 - А) гипопротромбинемия
 - Б) гипертриглицеридемия
 - В) гаптоглобулинемия
 - Г) гипоферментемия

- 3) Лабораторный симптом «креаторея» характеризует
 - А) повышенное содержание в кале мышечных волокон
 - Б) повышенное содержание в кале нейтрального жира
 - В) повышение содержания в кале липазы
 - Г) остатки непереваренной пищи в кале

- 4) К признакам хронического атрофического гастрита относят
 - А) наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови
 - Б) выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время
 - В) изжогу, рвоту кислым содержимым
 - Г) появление прожилок крови в кале

- 5) Поздние, «голодные», ночные боли, локализующиеся в эпигастральной области, характерны для
 - А) язвенной болезни 12-перстной кишки
 - Б) хронического гастрита
 - В) язвенной болезни желудка
 - Г) цирроза печени

- 6) Для нефротического синдрома наиболее характерно сочетание
 - А) отека, протеинурии, диспротеинемии
 - Б) артериальной гипертензии, отека, гематурии
 - В) лихорадочного синдрома, диспротеинемии, лейкоцитурии
 - Г) артериальной гипертензии, протеинурии, лейкоцитурии

- 7) Лекарственный нефрит характеризуется преимущественным поражением
 - А) интерстициальной ткани
 - Б) канальцевого аппарата
 - В) клубочкового аппарата
 - Г) мезангиальной ткани

- 8) Возбудителем пиелонефрита чаще всего является
 - А) энтеробактерия
 - Б) золотистый стафилококк

- В) синегнойная палочка
- Г) смешанная флора

9) Основным этиологическим фактором развития острого гломерулонефрита считается

- А) стрептококк
- Б) стафилококк
- В) клебсиелла
- Г) синегнойная палочка

10) Ранним лабораторным признаком амилоидоза является

- А) протеинурия
- Б) бактериурия
- В) лейкоцитурия
- Г) цилиндрурия

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6

1) При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести

- А) УЗИ органов брюшной полости
- Б) дуоденальное зондирование
- В) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- Г) ЭГДС

2) В дифференциальной диагностике между язвенной болезнью и раком желудка наиболее важным является

- А) эндоскопическое исследование с биопсией
- Б) рентгенологическое исследование
- В) исследование желудочной секреции с гистамином
- Г) исследование кала на скрытую кровь

3) Основным отличием симптоматических язв от язвенной болезни является

- А) отсутствие хронического рецидивирующего течения
- Б) локализация язвы
- В) величина язвы
- Г) кровотечение

4) Основным методом диагностики хронического эзофагита является

- А) эзофагоскопия
- Б) рН-метрия
- В) рентгенография
- Г) цитология

5) Самым достоверным признаком хронической болезни почек является

- А) азотемия
- Б) артериальная гипертензия
- В) большая протеинурия
- Г) нефротический синдром

б) Наиболее характерным для острого гломерулонефрита считается появление в анализах мочи

- А) протеинурии
- Б) лейкоцитурии
- В) гипостенурии
- Г) бактериурии

7) Для нефротического синдрома характерны

- А) гипопротеинемия и гиперлипидемия
- Б) гиперлипидемия и гипербилирубинемия
- В) гиперпротеинемия и диспротеинемия
- Г) гиперфибриногенемия и гиперферментемия

8) Появление в моче белка бенс-джонса считается диагностически информативным для

- А) миеломной нефропатии
- Б) анальгетической нефропатии
- В) хронического гломерулонефрита
- Г) хронического пиелонефрита

9) При пиелонефрите в осадке мочи чаще встречаются

- А) гиалиновые цилиндры
- Б) эпителиальные цилиндры
- В) восковидные цилиндры
- Г) жироперерожденные цилиндры

10) Печеночно–клеточная функция при циррозе печени оценивается по шкале

- А) Чайлд–Пью
- Б) Уилсона–Коновалова
- В) Бадда–Киари
- Г) Шерешевского – Тернера

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-10

Клиническая задача 1

Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение.

В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°C, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты $8,9 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м².

Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

Клиническая задача 2

Мужчина 37 лет, шахтёр, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз.

Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический пиелонефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отеки век по утрам, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность не отягощена.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчёсов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В анализах.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевины - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, К⁺ - 6,2 ммоль/л, Na⁺ - 138 ммоль/л, Р - 1,9 ммоль/л, Са - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.

В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок – 1,3 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008.

УЗИ почек: правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объёмные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей. Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз заболевания.

Клиническая задача 3

Больная И. 34 лет, оператор машинного доения, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, перебои в области сердца, тошноту, сухость во рту, зуд кожных покровов.

Считает себя больной около 15 лет, когда появились отёки под глазами, при амбулаторном обследовании было выявлено наличие белка и эритроцитов в моче, по поводу чего в дальнейшем несколько лет находилась под наблюдением терапевта, диагноз не помнит. После переезда в сельскую местность (5 лет назад) в поликлинику не обращалась. В течение последнего года стала замечать головные боли, головокружение, которые больная связывала с повышением АД до 180/110 мм рт. ст. (измеряла самостоятельно; адаптирована к 140-160/90 мм рт. ст.). По совету фельдшера при повышении АД принимала Эналаприл по 20 мг/сут. с удовлетворительным эффектом; постоянной гипотензивной терапии не получала. В течение последних 6 месяцев отмечает отсутствие эффекта от приема Эналаприла, АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт. ст., эпизодически - 240/140 мм рт. ст., неоднократно вызывала бригаду скорой помощи, от госпитализации отказывалась по семейным обстоятельствам. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад присоединился зуд кожных покровов.

При осмотре: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчёсов, в подмышечных областях как бы припудрены белой пудрой. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, голосовое дрожание проводится с обеих сторон. При перкуссии над всеми отделами лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (5-7 экстрасистол в минуту), I тон ослаблен над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; слева от грудины в V межреберье выслушивается шум трения перикарда. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Катетером получено 150 мл мочи.

В анализах.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, НЬ - 72 г/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $5,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ - 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, рН нейтральная, удельный вес - 1005, белок - 3,8 г/л, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 10-12, цилиндры зернистые - 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 96 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы, гипертрофия и систолическая перегрузка миокарда левого желудочка.

УЗИ почек: правая почка - 80×36 мм, подвижна, контуры ровные, нечёткие, толщина паренхимы - 11 мм; левая почка - 84×44 мм, контуры ровные, нечёткие, толщина паренхимы - 9 мм. Паренхима обеих почек «неоднородна», с гиперэхогенными включениями.

Конкременты, объёмные образования не выявлены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему лечению.

Клиническая задача 4

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раза в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах.

Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Клиническая задача 5

Больной К. 27 лет, военнослужащий, жалуется на боли в правой подвздошной области постоянного характера (ночью нередко просыпается от болей). На этом фоне периодически возникают приступы болей по типу колики. Беспокоит выраженная слабость, снижение массы тела, диарея - стул 3-4 раза в сутки в виде жидкой кашицы, без патологических примесей, обильный. Отмечает повышение температуры до 37,6°C ежедневно, особенно к вечеру.

Анамнез заболевания: заболел 1 год назад, когда внезапно, среди полного здоровья появились интенсивные боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38,0°C. Доставлен в приёмное отделение, где осмотрен хирургом, диагностирован острый аппендицит. При исследовании крови выявлен лейкоцитоз, пациент взят на операцию. При ревизии обнаружены утолщенная подвздошная кишка с отёчной рыхлой стенкой, увеличенные брыжеечные лимфоузлы. Червеобразный отросток не изменён. Произведена аппендектомия. В послеоперационном периоде появилась гипертермия до 38,5°C, на фоне введения антибиотиков температура снизилась до субфебрильных цифр, однако полностью не исчезла. Боли в правой подвздошной области сохранялись, стали носить тупой постоянный характер. Пациент стал отмечать учащение стула, вначале до 2-х раз в сутки, затем 3-4, каловые массы вначале имели характер густой каши («коровий кал»), затем стали жидкими. В испражнениях периодически появлялись слизь и кровь в небольшом количестве. Постепенно нарастала слабость, за год болезни пациент потерял 6 кг массы тела.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько суховата, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Лёгкие и сердце без патологических изменений. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании, обычной конфигурации. При пальпации отмечает болезненность в правом нижнем квадранте, здесь же пальпируется уплотненная болезненная слепая кишка и несколько выше раздутые урчащие петли тонкой кишки. На остальном протяжении патологических изменений не выявлено. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, СОЭ - 34 мм/час, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $12,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 3,7%, альфа2 - 10,0%, бета - 11,0%, гамма - 20,3%. Общий билирубин - 16,4 (прямой - 3,1; свободный - 13,3) ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л., холестерин - 3,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, ЩФ - 310 U/L (норма до 306).

RRS: в перианальной области определяются рубцы, в одном из них свищ со скудным отделяемым. Между рубцами имеются единичные трещины. Осмотрены прямая кишка и сигмовидная, слизистая на всем протяжении без патологических изменений.

Ирригоскопия: бариевая взвесь ретроградно заполняет все отделы толстой кишки и подвздошную на протяжении 15-20 см. Имеется неравномерные сужения дистального отдела подвздошной кишки и неровные контуры, отсутствие гаустр в слепой и восходящей кишках.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для патогенетической терапии Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз при данном заболевании?