

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)**

«Факультетская 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)

7 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) Усиление голосового дрожания типично для:
 1. гидроторакса
 2. абсцесса легкого в стадии полости
 3. закрытого пневмоторакса
 4. эмфиземы легких
 5. бронхиальной астмы
- 2) Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это
 1. максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение I мин
 2. объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха
 3. максимальный объем воздуха, выделяемого из легких после максимального вдоха
 4. максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха
- 3) К генетически детерминированным заболеваниям легких относится
 1. саркоидоз

2. муковисцидоз и дефицит α_1 -антитрипсина
 3. гамартома
- 4) Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов:
1. количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов
 2. количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов
 3. от всех перечисленных
- 5) При хроническом бронхите (обструктивном) лечение больного должно проводиться
1. непрерывно
 2. в период обострения заболевания
 3. в период обострения заболевания и в виде профилактических курсов весной и осенью
- 6) Основными клиническими синдромами при астматическом статусе являются:
1. прогрессирующая дыхательная недостаточность
 2. нарастающая легочная гипертензия
 3. тяжелый нейropsychический синдром
 4. все перечисленные
- 7) Какой из признаков не характерен для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки?
1. боли натощак
 2. боли через 30 минут после еды
 3. боли через 2,5 часа после еды
 4. боли справа в эпигастрии
 5. изжога, кислая отрыжка
- 8) Характеристика препарата ранитидин:
1. блокатор H_2 -гистаминорецепторов
 2. холинолитик общего действия
 3. холинолитик местного действия
 4. антацид
 5. миотоник
- 9) Характеристика препарата альмагель:
1. блокатор H_2 -гистаминовых рецепторов
 2. холинолитик общего действия
 3. холинолитик местного действия
 4. антацид
 5. миотоник
- 10) У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. Какие осложнения можно предположить?
1. стеноз привратника
 2. пенетрация
 3. малигнизация
 4. перфорация
 5. демпинг-синдром

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

- 1) Возбудителем пневмонии чаще всего является:
 1. пневмококк
 2. стрептококк
 3. стафилококк
 4. кишечная палочка
 5. клебсиелла
- 2) При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначить:
 1. эритромицин
 2. пенициллины
 3. левомицетин
 4. стрептомицин
 5. цепорин
- 3) Лечение больного с острым абсцессом легкого должно проводиться
 1. в амбулаторных условиях
 2. в терапевтическом отделении стационара
 3. в пульмонологическом отделении стационара
 4. в отделении торакальной хирургии
- 4) При обследовании больных с затяжным течением пневмонии следует:
 1. определить содержание кислот в сыворотке крови
 2. определить содержание фибриногена в сыворотке крови
 3. провести повторное цитологическое исследование мокроты для выявления опухолевых клеток и бронхоскопию
- 5) При генерализованной форме саркоидоза могут вовлекаться в процесс
 1. периферические лимфатические узлы, легкие, кожа, кости
 2. печень, почки, селезенка, сердце
 3. слюнные железы, глаза
 4. центральная и периферическая нервная система
 5. любые органы в различном сочетании
- 6) Туберкулезная этиология плеврита доказывается
 1. обнаружением микобактерий туберкулеза в плевральном экссудате и мокроте
 2. обнаружением клеток туберкулезной гранулемы в биоптате плевры
 3. обнаружением признаков туберкулеза легких, бронхов или внутригрудных лимфатических узлов
 4. всем перечисленным
- 7) При каком заболевании наблюдается снижение секреторно-кислото-образующей функции желудка?
 1. хронический антрум-гастрит
 2. хронический атрофический гастрит
 3. хронический гипертрофический гастрит
 4. синдром Золлингера-Эллисона
 5. при всех указанных формах
- 8) Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка?
 1. рентгенологический
 2. эндоскопический
 3. кал на скрытую кровь

4. желудочный сок с гнетами ном
5. эндоскопия с биопсией

9) У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение возникло у больного?

1. пенетрация
2. перфорация
3. кровотечение
4. стеноз привратника
5. малигнизация

10) Больной жалуется на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды и натощак. На наличие какой патологии предположительно указывает этот симптом?

1. хронический гастрит
2. язвенная болезнь желудка
3. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
4. холецистит
5. панкреатит

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-8

Клиническая задача 1

Больной К., 54 лет, поступил в пульмонологическое отделение в тяжелом состоянии с жалобами на общую резкую слабость, отсутствие аппетита, потерю массы тела до 20 кг за последние полгода, кашель с отделением небольшого количества мокроты с примесью крови, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в эпигастральной области, тошноту. За медицинской помощью обратился 2 недели назад.

Курит в течение 35 лет по 25 сигарет в день, периодически употребляет недоброкачественные спиртные напитки до 500 мл. В анамнезе - язва желудка (большая кривизна). Последняя ФГДС около 8 лет назад. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлено на фоне деформированного легочного рисунка и эмфиземы легких с обеих сторон наличие большого количества округлых образований около 0,5-1 см в диаметре, с четкими контурами, средней и высокой степени интенсивности. Справа в переднем и боковом синусах - небольшое количество жидкости.

В общем анализе крови: эр. - $2,9 \times 10^{12}$ л, Нв - 84 г/л, ц.п. - 0.74, лейкоциты - $15,6 \times 10^9$ л, п-5, с-75, л-15, м-5, СОЭ-61 мм/час. Плевральная жидкость: характер - серозно-геморрагическая, отн. плотность - 1020, реакц. Ривальта (+), эр. - более 5000 в 1 мл. УЗИ органов брюшной полости - очаговые тени в печени, диффузные изменения поджелудочной железы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования больного.
4. Методика проведения плевральной пункции.
5. Расскажите о дифференциальной диагностике при выпоте в плевральную полость применительно к вашему больному.
6. Назначьте лечение больному.
7. Расскажите о топографической анатомии легких.

8. Назовите наиболее частые локализации опухолей и пути их метастазирования.

Клиническая задача 2

Больная 32 лет, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с запахом, температуру тела до 39°C с ознобами, слабость, потливость, снижение аппетита, боль в правой половине грудной клетки. Курит около 10 лет, употребляет алкоголь.

Больна около 2-х недель, когда повысилась температура до 39°C, появилась боль в правой половине грудной клетки, слабость, неоднократные ознобы. Обратилась за медицинской помощью за 3 дня до госпитализации.

При рентгенологическом исследовании выявлено справа в верхних отделах неомогенное затемнение с участками просветления до 1 см в диаметре.

Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледные, небольшой акроцианоз. ЧДД - 26 в 1 мин. При перкуссии справа под ключицей укорочение перкуторного звука, там же выслушивается дыхание с бронхиальным оттенком, влажные разнокалиберные хрипы. На отдельных небольших участках - амфорическое. АД - 90/60 мм рт.ст. Пульс - 120 в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичные, небольшой акцент II тона на легочной артерии. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон.

Общий анализ крови: эр. 3,2 10¹² л, Нв - 98 г/л, ц.п. - 0,86, лейкоциты - 20,1x10⁹ л, ю-2, п-6, с-78, л-13, м-3, СОЭ - 65 мм/час. Общий анализ мочи: отн. плотн. - 1,014, белок - 0,126 г/л, гиалиновые цилиндры - един, в поле зрения. ЭКГ - Р - pulmonale в отведениях II, III, avf. Общий анализ мокроты: цвет - желтый, гнойная, лейкоциты покрывают все поле зрения, МБТ не обнаружены. Высеян Staph. aureus III-IV степени обсеменения. ФБС - слизистая гиперемирована, в просвете большое количество гнойного содержимого.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какие методы диагностики будете применять?
3. Определите степень тяжести данного заболевания согласно критериев классификации.
4. Показания к госпитализации. Критерии.
5. Классификация данного заболевания с учетом места его развития. Варианты возбудителей болезни.
6. Составьте план лечения с учетом требований формулярной системы.
7. Расскажите о фармакокинетике и фармакодинамике избранных Вами препаратов.
8. Каков прогноз для жизни и здоровья у этой больной?
9. Возможные осложнения данного заболевания.
10. Расскажите топографическую анатомию легких.

Клиническая задача 3

Больной М, 53 лет, поступил с жалобами на кашель с отделением мокроты желтого цвета с обильными прожилками крови, боль в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле, повышение температуры до 39,4 С, одышку смешанного характера, выраженную слабость, снижение аппетита. Курит с 10 лет по 15-20 сигарет в день, алкоголем злоупотребляет, не работает.

Заболел остро 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась боль в грудной клетке, кашель, слабость, потливость, одышка, поднялась температура. За медицинской помощью обратился на второй день и бригадой СМП доставлен в стационар.

Пониженного питания, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки незначительно отстаёт в акте дыхания. При перкуссии: притупление перкуторного звука справа ниже угла лопатки, при аускультации - ослабление дыхания и небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов там же, над остальной поверхностью легких - легочный звук с коробоч-

ным оттенком и единичные сухие хрипы. АД 110/70 мм. рт. ст. ЧСС 96 в минуту. При аускультации - сердечные тоны ритмичные, приглушены, живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по Курлову: 11-10-9 см, выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край ровный, мягкий. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: Ег - $4,5 \times 10^{12}/л$, НЬ - 138 г/л, цв. показ. - 0,89, L - $17,5 \times 10\%$, э. - 1, п. - 13, с. - 74, л. - 9, м. - 3, СОЭ - 54 мм/ч. Общий анализ мокроты: кровянистая, вязкая, эритроциты покрывают все п/зрения, МВТ не обнаружены.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Расскажите о критериях определения степени тяжести данного заболевания?
3. Расскажите о предполагаемых возбудителях заболевания?
4. Классификация заболевания с учетом места его развития.
5. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?
6. Какие исследования необходимо предпринять для верификации диагноза?
7. Проведите дифференциальную диагностику.
8. Какие антибактериальные препараты Вы назначите в данном случае согласно требований формулярной системы?
9. Расскажите о фармакодинамике и фармакокинетике выбранных Вами препаратов.
10. Какая терапия, кроме антибактериальной, показана пациенту?
11. Как Вы будете оценивать эффективность проводимого лечения?

Клиническая задача 4

Больной А., 32 лет, обратился к врачу с жалобами на частые умеренные боли в эпигастриальной области, возникающие через 20—30 мин после приема пищи, а также на голодные боли, отрыжку кислым, изжогу, неприятный вкус во рту, плохой сон, запоры.

Считает себя больным около года. Ранее к врачу не обращался. При болях и изжоге принимает фосфалюгель или альмагель с положительным эффектом. Три дня назад вернулся из командировки, после которой самочувствие ухудшилось, усилились боли, отрыжка, изжога, в связи с чем обратился к врачу.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, пневмония, остеохондроз пояснично-грудного отдела позвоночника, ОРЗ. Профессиональный анамнез: больной работает шофером на междугородних перевозках, часто бывает в командировках, во время которых интервалы между приемами пищи длительные, еда всухомятку. Вредные привычки: курит 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет редко. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать здорова, у отца — язвенная болезнь желудка, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела — $36,5^{\circ}\text{C}$. Больной астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые, влажные. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 17 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. При топографической перкуссии верхняя граница легких спереди на 5 см выше ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка, ширина полей Крепнига — 8 см, нижняя граница легких справа — по окологрудной линии V межреберье, по среднеключичной линии VI ребро, по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка; слева — по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии $\pm 3,5$ см, по среднеключичной и лопаточной линиям справа

$\pm 2,5$ см. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне верхнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 115/70 мм рт. ст.

Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову—Стражеско—Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 9х8х7 см. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Общий анализ крови: НВ — 136 г/л, лейкоциты — $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 3%, сегментоядерные — 57%, эозинофилы — 2%, лимфоциты — 32%, моноциты — 6%, СОЭ — 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1019, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты — 1—2 в поле зрения.

ЭГДС: Преимущественно в антральной части желудка слизистая оболочка блестящая с налетом фибрина, отечная, гиперемированная, имеются единичные кровоизлияния в слизистую оболочку. Взята биопсия слизистой оболочки.

Данные биопсии: выявлен *Helicobacter pylori* — слабая обсеменность (до 20 микробных тел в поле зрения).

Вопросы к задаче

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Какие факторы способствуют развитию данного заболевания у больного?
3. Какие исследования позволяют оценить секреторную функцию желудка?
4. Перечислите не инвазивные методы обнаружения *H. pylori*.
5. Перечислите основные принципы лечения данного заболевания.

Клиническая задача 5

Больная М., 27 лет, поступила в клинику с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, поясницы, нижних конечностей, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, уменьшение выделения мочи.

Из анамнеза известно, что больная с детства болеет частыми ангинами. Три недели назад, после перенесенной ангины стала отмечать снижение работоспособности, отеки век преимущественно по утрам, кратковременные изменения цвета мочи (моча цвета мясных помоев). К врачам не обращалась. Неделью назад появились выраженные отеки лица, ног, поясницы, боли в поясничной области.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, частые ангины, ОРЗ, пневмония. Больная работает парикмахером, профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери 47 лет — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца 50 лет — гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела — 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отеки век, лица, лодыжек и поясницы. Грудная клетка конической

формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 20 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. При топографической перкуссии границы легких без патологии. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена. Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне нижнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 130/80 мм рт. ст. Живот обычной формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой методической пальпации по Образцову—Стражеско—Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 10 x 9 x 8 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Общий анализ крови: уровень НВ — 110 г/л, количество эритроцитов — $4,1 \times 10^{12}/л$, цветной показатель — 0,9, количество лейкоцитов — $6,8 \times 10^9/л$, сегментоядерные — 76%, палочкоядерные — 1%, эозинофилы — 2%, моноциты — 2%, лимфоциты — 15%, СОЭ — 25 мм/ч

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1,018, белок — 1,066 г/л, эритроциты — 10—12 в поле зрения, лейкоциты — 7—8 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты — 6000 в 1 мл, лейкоциты — 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено. Суточная протеинурия — 1,8 г.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, альбумины — 33 г/л, белки плазмы крови (электрофоретическое разделение): α_1 -глобулин — 8%; α_2 -глобулин — 13%; β -глобулин — 15%, γ -глобулин — 20%, креатинин — [130 мкмоль/л, мочевины сыворотки крови — 7,9 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л. Комплемент С3 — 70 мг%. Антистрептолизин-О — 525 ЕД.

Бактериологическое исследование мазка из зева — патологической микрофлоры не выявлено.

УЗИ почек: размеры правой и левой почек — 120 x 62 см, толщина паренхимы — 18 мм. Чашечно-лоханочная система не изменена.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие патогенетические процессы приводят к изменению цвета мочи при данном заболевании?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз выявленного патологического процесса?
4. Перечислите принципы терапии данного заболевания.
5. Тактика ведения больного после выписки из стационара (диспансерное наблюдение больных при описанной патологии).

8 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. Каково содержание расспроса по системе органов дыхания?
7. Каково содержание расспроса по системе органов кровообращения?
8. Каково содержание расспроса по системе органов пищеварения?
9. Каково содержание расспроса по системе органов мочеотделения?
10. Каково содержание раздела «Анамнез болезни»?

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

1) Какой из нижеперечисленных вариантов стенокардии является показанием к госпитализации?

- 1) стенокардия Принцметала
- 2) впервые возникшая стенокардия напряжения
- 3) быстро прогрессирующая стенокардия
- 4) частая стенокардия напряжения и покоя
- 5) все вышеперечисленное

2) У больной 52 лет приступы загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на третий этаж, проходящие в течение 5 мин. В покое или после приема нитроглицерина. На ЭКГ - снижение вольтажа зубцов Т в грудных отведениях. В течение последних 2 недель приступы участились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе. При холтеровском мониторировании в момент приступа зафиксированы синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия ST, достигающая 2 мм в отведениях V₄-V₆. На следующий день на ЭКГ в покое в этих же отведениях сохраняется стойкая депрессия ST, достигающая 1 мм. Предположительный диагноз?

- 1) стабильная стенокардия 2-го ФК
- 2) инфаркт миокарда
- 3) стабильная стенокардия 4-го ФК
- 4) стенокардия Принцметала
- 5) нестабильная стенокардия

3) Что является критерием положительной пробы с физической нагрузкой?

- 1) горизонтальная депрессия интервала ST более 1 мм
- 2) то же менее 0,5 мм
- 3) косонисходящая депрессия интервала ST менее 1 мм
- 4) увеличение зубца Q в V5-V6

4) Мужчина 50 лет поступил в БИТ с типичной клинической картиной и ЭКГ острого переднего трансмурального инфаркта миокарда левого желудочка, течение которого осложнилось развитием полной атриовентрикулярной блокады с частотой желудочкового ритма 40 в минуту. Наиболее эффективно в этой ситуации применение:

- 1) адреномиметиков
- 2) атропина
- 3) лазикса
- 4) эуфиллина
- 5) установление эндокардиального электрода и проведение временной кардиостимуляции

5) Какой из перечисленных препаратов является наиболее эффективным антиагрегантом?

- 1) сустак-форте
- 2) аспирин

- 3) фенилин
- 4) дихлотиазид
- 5) нифедипин

6) Больной 48 лет, доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального переднеперегородочного инфаркта миокарда. Появилась одышка, тахипноэ, снижение АД до 100/70 мм рт. ст., Тахикардия до 120 в минуту. В нижних отделах легких появились влажные хрипы. В 3-4 межреберье по левому краю грудины стал выслушиваться интенсивный систолический шум с ритмом галопа. Насыщение крови кислородом в правом желудочке увеличено. Наиболее вероятный диагноз?

- 1) разрыв наружной стенки желудочка
- 2) эмболия легочной артерии
- 3) разрыв межжелудочковой перегородки
- 4) тромбоэндокардит

7) Гемодинамические эффекты нитроглицерина включают все перечисленные, кроме одного:

- 1) снижение давления заклинивания в легочной артерии
- 2) повышение числа сердечных сокращений
- 3) снижение постнагрузки левого желудочка
- 4) снижение центрального венозного давления
- 5) повышение сократимости миокарда

8) Больным, перенесшим инфаркт миокарда, назначают длительно аспирин (ацетилсалициловую кислоту), потому что он:

- 1) снижает протромбиновый индекс
- 2) препятствует агрегации тромбоцитов
- 3) лизирует образовавшиеся тромбы
- 4) ингибирует внутренний механизм свертывания крови
- 5) механизм положительного действия аспирина неизвестен

9) У 22-летней женщины при диспансеризации замечена асимметрия пульса на руках. АД - 150/100 мм рт. ст. слева и 120/70 мм рт. ст. справа. СОЭ - 28 мм/час. Предположительный диагноз?

- 1) коарктация аорты
- 2) вегетососудистая дистония
- 3) открытый артериальный проток
- 4) аорто-артериит (болезнь Такаясу)
- 5) узелковый периартериит

10) Больной 46 лет, ночью стали возникать приступы загрудинных болей, во время которых на ЭКГ регистрировался переходящий подъем сегмента ST. Вероятный диагноз?

- 1) стенокардия Принцметала
- 2) повторный инфаркт миокарда
- 3) развитие постинфарктной аневризмы
- 4) приступы не имеют отношения к основному заболеванию

тромбоэмболия ветвей легочной артерии

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

1) Какой из перечисленных симптомов может наблюдаться при постинфарктном кардиосклерозе?

- 1) нарушение ритма
- 2) левожелудочковая недостаточность
- 3) правожелудочковая недостаточность

- 4) аневризма левого желудочка
- 5) *все вышеперечисленное

2) Осложнениями инфаркта миокарда в первые две недели являются все нижеперечисленные синдромы, кроме:

- 1) перикардита
- 2) кардиогенного шока
- 3) синдрома Дресслера
- 4) аритмий
- 5) парез желудка

3) У больного с острым инфарктом миокарда (1-е сутки) развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS уширен ($>0,12$ сек) и деформирован, число желудочковых сокращений 150 в мин. Ваш диагноз:

- 1) пароксизм мерцания предсердий
- 2) желудочковая пароксизмальная тахикардия
- 3) трепетание предсердий
- 4) синусовая тахикардия
- 5) наджелудочковая пароксизмальная тахикардия

4) Для заднедиафрагмальной локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее типично проявление изменений в следующих отведениях на ЭКГ:

- 1) 1-е, 2-е стандартные отведения, AVL
- 2) 2-е, 3-е стандартные отведения, AVF
- 3) 1-е стандартное отведение, V_5 - V_6
- 4) AVL, V_1 - V_4
- 5) только AVL

5) Наиболее характерный ЭКГ-признак трансмурального инфаркта миокарда:

- 1) горизонтальная депрессия ST
- 2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
- 3) подъем ST
- 4) глубокие зубцы Q
- 5) зубцы QS

6) При каком заболевании наблюдается артериальная гипертензия пароксизмального типа?

- 1) альдостерома
- 2) узелковый периартериит
- 3) феохромоцитома
- 4) синдром Иценко-Кушинга
- 5) акромегалия

7) Причиной мерцательной аритмии могут быть все нижеперечисленные заболевания, кроме:

- 1) нейроциркуляторная астенция
- 2) ревматизм
- 3) ИБС
- 4) тиреотоксикоз
- 5) дилатационная кардиомиопатия

8) При НЦД могут наблюдаться следующие нарушения сердечного ритма, кроме:

- 1) синусовой тахикардии
- 2) синусовой аритмии
- 3) экстрасистолы
- 4) мерцания предсердий

5) синусовой брадикардии

9) У больной 52 лет приступы загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на третий этаж, проходящие в течение 5 мин. в покое или после приема нитроглицерина. На ЭКГ - снижение вольтажа зубцов Т в грудных отведениях. В течение последних 2 недель приступы участились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе. При холтеровском мониторировании в момент приступа зафиксированы синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия ST, достигающая 2 мм в отведениях V4-V6. На следующий день на ЭКГ в покое в этих же отведениях сохраняется стойкая депрессия ST, достигающая 1 мм. Предположительный диагноз?

- 1) стабильная стенокардия 2-го ФК
- 2) инфаркт миокарда
- 3) стабильная стенокардия 4-го ФК
- 4) стенокардия Принцметала
- 5) нестабильная стенокардия

10) Патогенетические механизмы стенокардии следующие, кроме:

- 1) стеноз коронарных артерий
- 2) тромбоз коронарных артерий
- 3) спазм коронарных артерий
- 4) чрезмерное увеличение миокардиальной потребности в кислороде
- 5) недостаточность коллатерального кровообращения в миокарде

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-8

Клиническая задача 1

Больной Н., 40 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при ходьбе, не купирующиеся нитроглицерином, одышку при физической нагрузке, приступы сердцебиения, головокружения, обмороки, слабость. Из анамнеза: впервые шумы в сердце были выявлены в 6 лет, но обследование не проводилось. В 16 лет был поставлен на диспансерный учет к ревматологу и освобожден от службы в армии. Полгода назад появились обморочные состояния. Брат больного внезапно умер в молодом возрасте. Общее состояние больного средней тяжести. Частота дыхания - 18 в минуту. В лёгких - дыхание везикулярное. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по левой среднеключичной линии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание в проекции передней грудной стенки по левому краю грудины. Перкуторно - левая граница относительной тупости сердца соответствует локализации верхушечного толчка. Правая - по правому краю грудины. Аускультивно - тоны сердца приглушены, ритмичны. Над всей поверхностью сердца выслушивается систолический шум изгнания, грубый, громкий. Области звучания - верхушка сердца и точка Боткина. Громкость шума усиливается в положении "стоя" и уменьшается при сидении на корточках. Шум не проводится на сосуды шеи. АД - 130/90 мм рт.ст. Пульс - 80 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см.

Результаты проведенного обследования:

Общий анализ крови: Эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, Гемоглобин - 152 г/л. Цветной показатель - 0,9. Лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$. Эозинофилы - 1 %. Палочкоядерные - 3 %. Сегментоядерные - 67 %. Лимфоциты - 25 %. Моноциты - 4 %. СОЭ - 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок - 66 г/л. Альбумины - 37 г/л. Глобулины - 29 г/л

Общий анализ мочи : соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес 1020, белок - отриц., лейкоциты - 1-1-0 в п/зрения.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС-75 в минуту, $RI+SIII=28$ мм, $RV5, V6=26$ мм, $RV6>RV5>RV4$. Депрессия сегмента ST V5, V6 на 0,5 мм, зубец TV5-V6 - слабоотрицательный, зубец Р - дву-горбый и уширен в отведениях I, II, AVL.

Эхокардиография: диаметр аорты - 3,2 см, открытие аортального клапана - 1,8 см, толщина межжелудочковой перегородки - 2,4 см, толщина задней стенки левого желудочка - 1,3 см. Конечный диастолический размер левого желудочка - 4,0 см, конечный систолический размер левого желудочка - 3,2 см. Левое предсердие - 4,2 см, правый желудочек - 2,3 см. Фракция выброса - 46%. Передне-систолическое движение створок митрального клапана. Средне-систолическое прикрытие створок аортального клапана, митральная регургитация ++. Внутривентрикулярный градиент давления - более 25 мм рт.ст.

При фонокардиографическом исследовании регистрируется ромбовидный систолический шум у левого края грудины и в области верхушки сердца. 2 тон на аорте сохранен.

При суточном мониторировании ЭКГ регистрируются политопные желудочковые экстрасистолы.

При рентгенографии грудной клетки легочные поля прозрачные, выбухание левой границы сердца в передне-задней проекции.

ВОПРОСЫ

1. Ваша интерпретация электрокардиограммы.
2. Ваша интерпретация показателей эхокардиографии.
3. Предполагаемый диагноз.
4. Какие осложнения возможны при данной патологии?
5. Назначьте лечение данному больному

Клиническая задача 2

Больной А., 23 лет поступил в Институт клинической кардиологии с жалобами на приступы сердцебиения, сопровождающиеся слабостью.

Из анамнеза установлено: 6 месяцев назад перенес простудное заболевание, проявившееся кашлем, подъемом температуры тела до 38°C , слабостью. За медицинской помощью не обращался. Через две недели был доставлен в кардиологическое отделение с приступом сердцебиения, который был купирован внутривенным введением новокаина.

После обследования был поставлен диагноз очагового миокардита. Амбулаторно пациент продолжал принимать ортофен и делагил. Через 4 месяца после заболевания, вследствие физической перегрузки возникли приступы сердцебиения, слабость и больной был госпитализирован.

При обследовании: патологических изменений внутренних органов обнаружено не было.

Исследование общего и биохимического анализа крови, показателей гуморального иммунитета изменений не выявили.

На ЭКГ - нарушение процессов реполяризации в виде отрицательного зубца Т в отведениях II, III, AVF и V2 - V4.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки, эхокардиографии - патологии выявлено не было. При сцинтиграфии миокарда с ^{67}Ga зарегистрирована горячая зона в передне-верхушечной области миокарда. Результаты велоэргометрической пробы были отрицательны. При суточном мониторировании ЭКГ было зарегистрировано 380 одиночных желудочковых экстрасистол.

При проведении коронарографии: коронарные артерии не изменены.

При исследовании биоптата миокарда было обращено внимание на диффузный кардиосклероз, на фоне которого имелись фрагменты кардиомиоцитов.

При внутрисердечном электрофизиологическом исследовании было установлено, что функция синусового узла и предсердно-желудочковая проводимость у больного не нарушены. Электростимуляцией из области выносящего тракта правого желудочка был спровоцирован

устойчивый приступ тахикардии с частотой сердечных сокращений 235 в 1 минуту, расширенные желудочковые комплексы продолжительностью 0.14 с, зубцы Р не регистрировались. Подбор антиаритмической терапии проводили с помощью внутрисердечного электрофизиологического исследования. Последовательно в режиме быстрого насыщения препаратами назначали этацин, аллапинин, боннекор. Оценивали также действие кордарона после 5-дневного периода насыщения им.

В результате: только при назначении кордарона тахикардия не индуцировалась.

ВОПРОСЫ

1. Какой приступ тахикардии был зарегистрирован в процессе электрокардиостимуляции?
2. Какой синдром является ведущим в клинике данного заболевания?
3. Предполагаемый диагноз
4. Какие еще заболевания могут обуславливать возникновение подобных пароксизмальных тахикардий у лиц молодого возраста? Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какой антиаритмический препарат следует назначить больному с профилактической целью? Схема назначения.

Клиническая задача 3

Больной К., 54 лет поступил в кардиологическое отделение в экстренном порядке с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, усиливающееся при ходьбе, перебои в работе сердца, давящие боли в левой половине грудной клетки при ходьбе и в покое, без эффекта от приема нитроглицерина, отеки ног, увеличение живота, боли в правом подреберье.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3-х месяцев, когда появились и стали нарастать: одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на ногах. В течение последних 10 лет работал на заводе "Химпром" (контакт с бензолом). Последние 6 месяцев какими-либо простудными, инфекционными, аллергическими заболеваниями не болел.

Объективно: Состояние тяжелое, сознание ясное. Акроцианоз, положение - ортопное. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Перкуторно левая граница сердца - в 6 межреберье по переднеподмышечной линии, правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, аритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., частота сердечных сокращений - 100 в 1 минуту. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Отеки стоп, голеней, бедер.

Общий анализ крови:

Эритроциты- $4,5 \times 10^{12}/л$ Гемоглобин-152г/л Цветной показатель-0,9 Лейкоциты- $7,2 \times 10^9/л$ Палочкоядерные - 4% Сегментоядерные- 66% Лимфоциты- 25% Моноциты- 5% СОЭ- 9 мм/час

Биохимический анализ крови:

Общий белок- 68 г/л Альбумины- 37 г/л Глобулины- 31 г/л Аспартатаминотрансфераза-24 ед/л Креатинфосфокиназа -60 ед/л Лактатдегидрогеназа-130 ед/л

На электрокардиограмме - зубец Р отсутствует, волны ff, расстояния R-R - различны. Частота сокращений желудочков 100-120 ударов в минуту.

При эхокардиографии: аорта не изменена, диаметр аорты-3,1см, открытие аортального клапана - 1,8см, левое предсердие - 4,2см, правое предсердие - 4,5см, конечный диастолический размер (КДР) -6,7см, конечный систолический размер (КСР)-5,7см, толщина задней стенки левого желудочка 0,8см, фракция выброса 30%. Гипокинезия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка.

При рентгенографии: увеличение всех камер сердца, сердечная талия сглажена, определяется выпуклость и удлинение дуги левого желудочка.

С помощью радионуклидной вентрикулографии обнаружено снижение общей и регионарной сократимости левого желудочка.

ВОПРОСЫ

- 1.Ваша интерпретация электрокардиограммы.
- 2.Ваша интерпретация показателей эхокардиографии.
- 3.Какие синдромы являются ведущими в клинической картине заболевания?
- 4.Поставьте клинический диагноз.
- 5.Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

У больного А., 53 лет находившегося в течение 3-х недель на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда, появились болевые ощущения в левой половине грудной клетки. Боль интенсивная, постоянная, усиливается при вдохе. Больной также жалуется на слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,5*С.

При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Форма грудной клетки астеническая, эпигастральный угол меньше 90*. Тип дыхания - грудной. Частота дыхания - 20 в минуту. Грудная клетка при пальпации резистентна, безболезненна. Определяется болезненность в области левого плечелопаточного сустава, ограничение его подвижности. При перкуссии легких - ясный легочный звук. Аускультативно- дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая- на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации - тоны сердца приглушены, ритмичны. Определяется шум скребущего характера (напоминает хруст снега), который лучше выслушивается у левого края грудины в IV межреберье при надавливании фонендоскопом и не проводится в смежные области, не связан с актом дыхания.

В общем анализе крови: Эритроциты- 4,0х10¹²/л Гемоглобин- 120 г/л Лейкоциты- 9,8х10⁹/л Эозинофилы- 12% Палочкоядерные - 6% Сегментоядерные- 65% Лимфоциты- 12% Моноциты- 5% СОЭ- 22мм/час

На электрокардиограмме: Qr, I, AVL, V2-V4 конкордантный подъем сегмента S-T в стандартных и грудных отведениях с переходом в отрицательный зубец Т.

ВОПРОСЫ

- 1.Какой синдром является ведущим в клинике заболевания в настоящее время? Его патогенез?
- 2.Для какого периода инфаркта миокарда характерно развитие данного осложнения?
- 3.От каких заболеваний необходимо дифференцировать это состояние? Проведите дифференциальную диагностику?
- 4.Какие структурные образования вовлекаются в патологический процесс при этом осложнении?
- 5.Укажите группы препаратов для лечения данного осложнения.

Клиническая задача 5

Больная С., 28 лет, поступила по поводу инфицированного аборта. После проведенного выскабливания матки отмечено повышение температуры до 38,5 градусов с ознобом без очевидных изменений со стороны мочеполового тракта. Жалобы на слабость, ноющие постоянные боли в области сердца, ознобы. В прошлом ничем не болела.

Объективно: кожные покровы бледные. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. На предплечье - петехиальная геморрагическая сыпь. В лёгких -везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены. При аускультации выслушивается мягкий, убывающего характера диастолический шум на аорте и в т. Боткина. АД - 140/60 мм рт. ст. Пульс- 86 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Пальпируется край селезёнки.

ЭКГ - ритм синусовый, горизонтальное положение электрической оси сердца.

Рентгенограмма органов грудной клетки: без патологии.

Общий анализ крови: Эритроциты- $3,2 \times 10^{12}/л$ Гемоглобин- 90 г/л Цветной показатель - 0,84
 Лейкоциты- $9,2 \times 10^9/л$ Палочкоядерные - 6% Сегментоядерные- 67% Лимфоциты- 18% Моноциты- 6% Эозинофилы- 3% СОЭ- 40 мм/час Токсическая зернистость нейтрофилов
 Биохимический анализ крови: Общий белок- 72г/л Альбумины- 42г/л Глобулины- 30г/л Ала-
 нинаминотрансфераза- 62ед/л Аспартатаминотрансфераза- 24ед/л Тимоловая проба- 8 ед.,
 СРБ+++. НБТ- тест положительный

Посевы крови на стерильность (4 раза) - золотистый стафилококк.

Общий анализ мочи: соломенно-жёлтая, уд. вес 1005, белок, лейкоциты 2-3 в поле зрения.

Другие исследования без особенностей.

Было назначено лечение пенициллином по 10 млн. ед/сут.

На 5-й день внезапно появились боли в правой поясничной области. Общий анализ мочи: цвета мясных помоев; эритроциты - сплошь. Эти признаки исчезли через 3 дня. Начато лечение антикоагулянтами. На 10-й день болезни температура снизилась до $37,5^{\circ}C$. На 30-й день возник приступ удушья с признаками отёка лёгких. При аускультации ослаблен 1 тон, диастолический шум стал грубым, интенсивным. Появилась усиленная пульсация сонных артерий, скорый и высокий, большой пульс, АД - 140/40 мм рт. ст.

На ЭКГ: ритм синусовый $R1+SIII=28$ мм; $Rv5,v6=26$ мм; $Rv6>Rv5>Rv4$.

При рентгенографии: увеличение размеров левого желудочка.

При эхокардиографическом исследовании: на аортальном клапане определяются "нитчатые" вегетации в виде дополнительных эхо-теней, связанных со створками клапанов. Вечером у больной появились клонические судороги, ригидность затылочных мышц, кома с летальным исходом.

ВОПРОСЫ

- 1.Выделите ведущие синдромы.
- 2.Проведите дифференциальную диагностику.
- 3.Какое осложнение возникло на 30-й день?
- 4.Сформулируйте полный диагноз.
- 5.Дайте оценку проводимой терапии.

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

7 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 раздела «Посмертный эпикриз»?
10. Какова особенность записей дежурного врача?

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

- 1) Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является
 1. аллергическая реакция немедленного типа
 2. аллергическая реакция замедленного типа
 3. аллергическая реакция немедленного и замедленного типа
 4. аутоиммунный механизм

- 2) К химическим веществам, вызывающим поражение органов дыхания, относятся: 1) аммиак; 2) двуокись азота; 3) сероуглерод; 4) толуол; 5) хлор
 1. верно 1, 2, 3
 2. верно 2, 3, 4
 3. верно 3, 4, 5
 4. верно 1, 2, 5
 5. верно 1, 3, 5

- 3) Емкость вдоха (РОВд.) – это:
 1. максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин
 2. объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха
 3. максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
 4. максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха

- 4) Для муковисцидоза характерны все перечисленные клинико-лабораторные признаки, кроме:
 1. упорного кашля с трудноотделяемой мокротой
 2. увеличение периферических и внутригрудных лимфоузлов
 3. повышенной вязкости мокроты
 4. нейтрального жира в кале
 5. пальцев рук, имеющих форму барабанных палочек, с ногтями в виде часовых стекол

- 5) Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи
 1. количества
 2. эластичности
 3. вязкости
 4. от всего перечисленного

- 6) При проведении фармакотеста для определения обратимого компонента бронхообструкции, ОФВ₁ определяют до применения сальбутамола и после его приема:
 1. через 1 час
 2. через 5 мин
 3. через 15 мин

- 7) Наиболее достоверным признаком, отличающим I стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является:
 1. рефрактерность к β_2 -агонистам
 2. тяжесть экспираторного удушья
 3. выраженность цианоза
 4. неэффективность внутривенного введения эуфиллина

- 8) У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является:
 1. пневмококк

2. клебсиелла
3. пневмоциста
4. микоплазма
5. кишечная палочка

9) При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме:

1. трансфузии свежзамороженной плазмы
2. парентерального введения глюкокортикоидных гормонов
3. внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов
4. инфузий гепарина
5. плазмафереза

10) При абсцессе легкого фиброзная капсула формируется:

1. через 2-4 недели
2. через 2 месяца
3. через 4-6 месяцев

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

1) Ведущее место в диагностике центрального рака легкого занимает:

1. клинико-лабораторное обследование
2. бронхоскопия с биопсией
3. рентгенография легких

2) Кожная чувствительность к туберкулину у больных саркоидозом чаще:

1. повышена
2. нормальная
3. снижена
4. отрицательная

3) Перкуторно плевральный экссудат определяется при его объеме не менее:

1. 50 мл
2. 100мл
3. 200 мл
4. 500мл

4) Микобактерии туберкулеза в мокроте при общем милиарном туберкулезе обнаруживаются:

1. всегда
2. не всегда

5) Отек легких могут вызвать: 1)бензол; 2)мышьяк; 3)окислы азота; 4) свинец; 5) фосген

1. верно 1, 2
2. верно 2, 3
3. верно 3, 4
4. верно 4, 5
5. верно 3, 5

6) Пневмокониозы от вдыхания пыли, содержащей асбест, тальк, цемент, относятся к группе:

1. силикозов
2. силикатозов

3. карбокониозов
4. маталлокониозов

7) При анафилактическом шоке показано:

1. внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов
2. подкожное введение аминазина
3. внутримышечное введение кофеина-бензоата натрия и кордиамина
4. интубация трахеи для снятия бронхоспазма
5. дегидратационная терапия

8) Показания к диагностической плановой фибробронхоскопии: 1) профузное легочное кровотечение; 2) астматическое состояние; 3) центральные и периферические опухоли легкого; 4) стеноз гортани; 5) нагноительные заболевания легких

1. верно 1, 2
2. верно 3, 4
3. верно 2, 3
4. верно 4, 5
5. верно 3, 5

9) Функциональная остаточная емкость (ФОЕ) легких – это:

1. максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин
2. объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха
3. максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
4. максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха

10) Достоверным диагностическим признаком муковисцидоза является:

1. воспалительно-измененная гемограмма
2. повышенное содержание ионов натрия и хлора в потовой жидкости
3. повышенное содержание сахара в крови
4. иммунодефицит

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-8

Клиническая задача 1

Мужчина, 40 лет, поступил на стационарное лечение в тяжелом состоянии с жалобами на резко выраженную экспираторную одышку при малейшей физической нагрузке, кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты до 20-30 мл в сутки, тахикардию, общую слабость, снижение аппетита, боль в правом подреберье, значительные отеки на нижних конечностях. Кашель отмечает многие годы, связывает с курением, одышка - последние 3-5 лет. Ухудшение состояния около двух недель, стала нарастать одышка, появилась субфебрильная температура до 37,5 С. Курит с детства (с 12 лет), в последние годы до 1,5 пачки сигарет в день. Злоупотребляет алкоголем. Не работает.

Объективно: пониженного питания. Диффузный цианоз. Положение в постели вынужденное - сидит с опущенными на пол ногами. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс - 108 в 1 мин, ритмичный. При аускультации тоны приглушены, ритмичные, акцент II на легочной артерии. ЧДД - 28 в 1 мин. При перкуссии - над легкими коробочный звук, при аускультации - резко ослабленное везикулярное дыхание, сухие рассеянные базовые хрипы. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен, болезненный. Массивные периферические отеки.

Общий анализ мокроты: зеленая, вязкая, лейкоциты покрывают все п/зрения, МБТ не обнаружены. ФВД: ЖЕЛ 2,1 л (66 % от N), ОФВ₁ 1,8 л (30 % от N). Газы крови: рО₂ - 58 мм рт.ст.; рСО₂ - 56 мм рт.ст., рН - 7,33. Общий анализ крови: Ег - $5,5 \times 10^{12}/л$, НЬ - 162 г/л, цв. П. - 0,89, L - $8,5 \times 10^9/л$, э. - 0, п. - 2, с. - 79, л. - 19, м. - 3, СОЭ - 22 мм/ч, Тг - 240000, ретикул. -

11 %. На ЭКГ - электрическая ось сердца отклонена вправо, увеличение амплитуды зубца S в грудных отведениях. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, инфильтрация не выявляется.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику. Какие методы будете использовать.
3. Расскажите о методах верификации обратимого компонента обструкции.
4. Перечислите факторы риска и расскажите патогенез основного заболевания.
5. Расскажите классификацию данного заболевания.
6. Опишите гистологическую картину слизистой бронхов в зоне поражения.
7. Какие лечебные мероприятия показаны Вашему больному?
8. Какие препараты Вы будете использовать для лечения больного и почему? Выпишите рецепты на назначенные препараты.
9. Фармакодинамика и фармакокинетика назначенных лекарственных средств.

Клиническая задача 2

Больной Т., 58 лет, доставлен в стационар в тяжелом состоянии: сознание спутанное, лихорадка до 40,5° С, адинамичен, боль в левой половине грудной клетки, ЧДД до 36 в 1 мин, кашель с отделением кровянистой мокроты до 100 мл в сутки.

Заболел остро неделю назад. До заболевания находился в запое около месяца. За медицинской помощью не обращался. Пациент не работает, курит более 40 лет.

Данные общеклинических физических методов исследования: акроцианоз, слева над проекцией верхней доли укорочение перкуторного звука, крепитация. Над проекцией нижней доли и справа сухие рассеянные хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС до 130 в мин; АД- 90/50 мм рт.ст.

В общем анализе крови: эр. - $3,5 \times 10^{12}$ л, Нв - 111 г/л, ц.п. - 0,86, лейкоциты - $25,2 \times 10^9$ л, ю-4, п-12, с-72, л-10, м-4, СОЭ-60 мм/час. В мокроте большое количество нейтрофилов, эритроцитов и грам (-) палочек. Общий анализ мокроты: зеленая, вязкая, лейкоциты покрывают все п/зрения, МВТ не обнаружены. Газы крови: pO_2 - 63 мм рт.ст.; $pCCb$ -31 мм рт.ст., pH - 7,23. В амбулаторной карте есть данные ФВД, выполненное за год до госпитализации: ЖЕЛ 4,1 л (86 % от N), ОФВ₁ 2,8 л (69% от N). На ЭКГ - электрическая ось сердца отклонена вправо, увеличение амплитуды зубца S в грудных отведениях. При рентгенологическом исследовании выявляется неоднородная инфильтрация от верхушки до уровня 4 ребра левого легкого.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой этиологический агент у данного пациента вы подозреваете?
3. Микробиологические особенности предполагаемых возбудителей заболевания.
4. Критерии определения степени тяжести при данном заболевании.
5. Проведите дифференциальную диагностику с синдромно схожими заболеваниями ?
6. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?
7. Назначьте рациональную эмпирическую терапию согласно требованию формулярной системы.
8. Возможные исходы заболевания. Каков прогноз для жизни и здоровья у данного пациента?
9. Расскажите о возможных патофизиологических механизмах кровохарканья.
10. Расскажите о топографической анатомии легких.

Клиническая задача 3

Больная П., 72 лет, на 5-е сутки пребывания в травматологическом отделении по поводу перелома шейки бедра (оперирована: металоостеосинтез) почувствовала повторяющиеся ознобы, температура тела повысилась до 38,5,-появился кашель с отделением незначительного количества слизисто-гноной мокроты, боль в правой половине грудной клетки.

Пациентка страдает артериальной гипертензией до 200/120 при отсутствии приема гипотензивных препаратов. Последнее время принимает атенолол 100 мг в сутки. Периодически возникают боли в области сердца сжимающего характера, купируются нитроглицерином.

Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 160/90 мм рт.ст. Пульс - 62 в 1 мин. При аускультации дыхание справа ниже угла лопатки ослабленное везикулярное, разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД - 28 в 1 мин. Живот несколько вздут.

Общий анализ крови: эр. - $3,2 \times 10^{12}$ л, Нв - 90 г/л, ц.п. - 0,85; лейкоциты - $15,3 \times 10^9$, п-6, с-76, л-15, м-3, СОЭ-35 мм/час. Анализ мокроты: слизисто гнойная, лейкоциты 18 в поле зрения, выделен *Proteus mirabilis* при посеве. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлено интенсивное негетогенное затемнение в нижней доле справа, наличие небольшого количества жидкости в области переднего синуса. Легочный рисунок деформирован, умеренно выражена эмфизема легких, пневмосклероз, развернута дуга аорты. На ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС 60 в минуту, а-в блокада 2 ст, признаки ишемии в области задней стенки левого желудочка.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте варианты этиологических факторов данного заболевания.
3. Диагностические критерии данного заболевания. Назовите критерии степени тяжести.
4. Расскажите о классификации данного заболевания.
5. Назначьте план обследования больного.
6. Проведите дифференциальную диагностику у данного пациента.
7. Назначьте лечение в соответствии с требованием формулярной системы.
8. Каков прогноз для жизни и здоровья у этой больной?
9. Расскажите о микробиологических особенностях предполагаемых возбудителей заболевания.
10. Расскажите о топографической анатомии легких.

Клиническая задача 4

Больной В., 42 лет, жалуется на боли ноющего характера, возникающие независимо от приема пищи, и чувство тяжести после еды в эпигастральной области, отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту по утрам, снижение аппетита, ощущение урчания и переливания в животе, метеоризм, поносы, раздражительность, легкую возбудимость, неустойчивое настроение.

Считает себя больным три года. В последние два месяца самочувствие ухудшилось, появились боли в эпигастральной области непосредственно после еды, которые сохраняются в течение часа. Ранее с указанными жалобами к врачам не обращался. Перенесенные заболевания: корь, коклюш, аппендэктомия в детском возрасте. Профессиональный анамнез: больной работает конструктором. После окончания школы работал и одновременно учился в институте. Рабочий день был не нормированный, питался нерегулярно, часто всухомятку, в пищу употреблял много консервов. В последние годы режим питания правильный. Вредные привычки: курит с 18 лет по 1 пачке сигарет в день, несколько лет употреблял алкоголь в больших количествах. Семейный анамнез: у матери и брата — хронический гастрит, у отца — гипертоническая болезнь, два сына здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 °С. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, кожа сухая. В углах рта мацерации и поперечные трещины. Волосы легко ломаются и выпадают. Грудная клетка конической формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 18 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный, с коробочным оттенком звук. При топографической перкуссии верхняя граница легких спереди на 7 см выше ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка, ширина полей Кренига — 11 см, нижняя граница легких справа — по окологрудной линии V межреберье, по среднеключичной линии VI ребро, по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмыш-

печной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка; слева — по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии $\pm 3,0$ см, по среднеключичной и лопаточной линиям справа $\pm 2,5$ см. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне верхнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 66 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, на краях языка отмечаются отпечатки зубов, сосочки сглажены. Десны легко кровоточат. Живот нормальной конфигурации, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, пальпация в подложечной области и слева от пупка вызывает разлитую болезненность. Симптомы Щеткина—Блюмберга, Менделя отрицательны. При глубокой методической пальпации по Образцову—Стражеско—Василенко восходящая поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. При пальпации сигмовидная и слепая кишки слегка болезненны. Отмечается урчание и плеск при пальпации слепой и ободочной кишки. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Общий анализ крови: НВ — 100 г/л, лейкоциты — $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 57%, эозинофилы — 1%, лимфоциты — 30%, моноциты — 8%, СОЭ — 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1020, белок, эритроциты и цилиндры отсутствуют, лейкоциты — 1—2 в поле зрения.

ЭГДС: Эндообразований в пищеводе, желудке и осмотренных отделах двенадцатиперстной кишки не выявлено. Слизистая оболочка истончена, бледно-серого цвета с просвечивающимися кровеносными сосудами, рельеф сглажен. Широкие участки незначительно истонченной слизистой оболочки чередуются с зонами атрофии белесоватого цвета различной формы небольших размеров. *Helicobacter pylori* не выявлен.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие показатели желудочной секреции вы предполагаете получить при обследовании больного?
4. Какую терапию необходимо назначить данному больному?

Клиническая задача 5

Больной П., 70 лет, поступил в клинику с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, отеки век, лица, поясницы, нижних конечностей, уменьшение выделения мочи, появление мочи цвета мясных помоев, а также потерю аппетита, похудение на 15 кг за последние 4 месяца, запоры, в течение месяца ноющие продолжительные боли в левой подвздошной области.

Считает себя больным около 4—5 месяцев, когда стали беспокоить запоры, ноющие боли в левой подвздошной области, появилась слабость, отметил снижение аппетита, резко

похудел. К врачу не обращался, не обследовался. Неделью назад появились отеки лица, ног, моча цвета мясных помоев, уменьшение объема выделяемой мочи.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, очаговая пневмония в 50 лет. Больной на пенсии, работал инженером, профессиональных вредностей не имел. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, умерла в 80 лет — ОНМК, у отца — гипертоническая болезнь, умер в 75 лет от острого инфаркта миокарда. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела — 36,8°C. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, сухие. Выраженные отеки век, лица, лодыжек и поясницы. Грудная клетка конической формы, при пальпации безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания — 20 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный, легочный звук. При топографической перкуссии границы легких без патологии. При аускультации легких: дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне нижнего края III ребра. При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс — 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 180/100 мм рт. ст. ;

Живот округлой формы, не вздут. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. При глубокой методической пальпации по Образцову—Стражеско—Василенко слепая кишка, восходящая, поперечная части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные, нисходящая — болезненная, плотная, урчит, на уровне сигмовидной кишки определяется плотное бугристое образование, смещается при пальпации. Размеры печени по Курлову — 10 x 9 x 8 см. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Селезенка не увеличена.

Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется, болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Общий анализ крови: уровень НВ — 111 г/л, количество эритроцитов — $4,1 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель — 0,87, количество лейкоцитов — $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы — 1%, сегментоядерные нейтрофилы — 76%, эозинофилы — 2%, моноциты — 2%, лимфоциты — 15%, СОЭ — 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1021, белок — 1,079 г/л, эритроциты — 12—17 в поле зрения, лейкоциты — 5—7 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты — 7000 в 1 мл, лейкоциты — 2500 в 1 мл, цилиндров не обнаружено.

Суточная протеинурия — 2,3 г.

Биохимический анализ крови: общий белок — 62 г/л, альбумины — 31 г/л, белки плазмы крови (электрофоретическое разделение): α_1 -глобулин — 7%; α_2 -глобулин — 14%; β -глобулин — 13%, γ -глобулин — 21%, креатинин — 135 мкмоль/л, мочевина сыворотки крови — 8,1 ммоль/л, калий — 4 ммоль/л.

Комплемент С3 — 73 мг%. Антистрептолизин-О — 522 ЕД (норма < 200).

Колоноскопия: прямая кишка без особенностей, исследование прекращено на уровне сигмовидной кишки: просвет сигмовидной кишки сужен за счет опухолевого образования, слизистая неоднородная, гиперемированная, контактно кровоточит. Взят материал для гистологического исследования (результаты в работе).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима диффузно неоднородная, очаговых изменений нет. Желчный пузырь не увеличен, стенки не утолщены, содержимое прозрачно. Общий желчный проток и воротная вена без особенностей. Селезенка не

увеличена, однородная. Размеры правой и левой почек — 118 х 60 см, толщина паренхимы — 17 мм. Чашечно-лоханочная система не изменена.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В рамках какого процесса развилось поражение почек у данного пациента?
3. Назовите нефрологический синдром, выявляемый у пациента, и перечислите симптомы, необходимые для его постановки.
4. Расскажите тактику ведения больного.

8 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 раздела «Посмертный эпикриз»?
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) Наиболее точным ЭКГ-диагностическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:

- 1) негативный зубец Т
- 2) нарушение ритма и проводимости
- 3) наличие комплекса QS
- 4) смещение сегмента ST ниже изолинии
- 5) снижение амплитуды зубца R

2) Что не относится к осложнениям острого инфаркта миокарда в остром периоде?

- 1) разрыв сердца
- 2) кардиогенный шок
- 3) синдром Дресслера
- 4) нарушение ритма сердца
- 5) нарушение проводимости

3) В каких отведениях ЭКГ выявляется инфаркт заднебоковой локализации?

- 1) AVL, V5-V6
- 2) 2, 3 стандартные, AVF
- 3) V₁-V₃
- 4) *2, 3 стандартные, AVF, V₅-V₆
- 5) V₃-V₆

4) Наиболее характерный ЭКГ-признак крупноочагового инфаркта миокарда:

- 1) горизонтальная депрессия ST
- 2) депрессия ST выпуклостью вверх и несимметричный зубец Т
- 3) подъем ST

- 4) глубокие зубцы Q
- 5) зубцы QS

5) Возникновение артериальной гипертензии после 55 лет, выслушивание систолического шума в околопупочной области указывает на возможности:

- 1) первичного альдостеронизма
- 2) феохромоцитомы
- 3) реноваскулярной гипертензии
- 4) коарктации аорты
- 5) всего вышеперечисленного

6) Для полной А-V блокады характерны все признаки, кроме одного:

- 1) частота пульса - 36 в минуту
- 2) правильный ритм
- 3) учащение пульса при физической нагрузке
- 4) увеличение систолического артериального давления
- 5) меняющаяся интенсивность тонов сердца

7) При НЦД отмечается следующее, кроме:

- 1) у части больных отмечается пролапс митрального клапана
- 2) на основании сердца часто выслушивается систолический шум в сочетании с ослаблением 2-го тона
- 3) б-блокаторы часто бывают эффективны
- 4) экзофтальм является частым симптомом

8) Какое поражение миокарда сочетается с признаками, похожими на аортальный стеноз?

- 1) гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия
- 2) дилатационная кардиомиопатия
- 3) рестриктивная кардиомиопатия
- 4) идиопатический миокардит Абрамова - Фидлера
- 5) тиреотоксическое сердце

9) Какой из перечисленных признаков характерен для митрального стеноза?

- 1) систолический шум на верхушке сердца
- 2) ослабленный 1-й тон на верхушке
- 3) протодиастолический шум во 2-м межреберье справа
- 4) пресистолический шум на верхушке
- 5) ослабленный 2-й тон во 2-м межреберье справа

10) У больного 41 года с митральным стенозом возник пароксизм мерцательной аритмии с ЧСС 190 в минуту, сопровождающийся появлением начальных признаков застоя в легких. С чего целесообразно начать лечение?

- 1) дигоксин
- 2) кордарон
- 3) обзидан
- 4) лидокаин
- 5) электрическая дефибрилляция

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

1. ИБС. Методы диагностики: лабораторные, инструментальные, пробы с физической нагрузкой нагрузочные визуализирующие исследования..
2. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Особенности течения. Общие принципы терапии. Прогноз.
3. Анафилактический шок. Диагностика и неотложная помощь.

4. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов: монтелукаст. Показания, противопоказания. Побочные эффекты
5. Артериальная гипертензия. Немедикаментозное лечение. Выбор фармакотерапии. Комбинированные лекарственные средства. Оптимальные сочетания препаратов разных фармакологических групп.
6. Желчнокаменная болезнь. Этиология и патогенез. Предрасполагающие факторы. Клиника. Особенности диагностики. Осложнения. Лечение. Прогноз.
7. Кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Диагностика и неотложная помощь.
8. Антагонисты кальция: амлодипин. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
9. ИБС. Вазоспастическая стенокардия, критерии диагноза и терапия. Синдром Х, диагностика, терапия. Показания к коронароангиографии.
10. Крупозная пневмония. Этиология. Симптоматология в различные периоды болезни с учетом клинико-морфологической характеристики. Основные синдромы. Диагностика. Лечение. Прогноз

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-8

Клиническая задача 1

Больной С., 42-х лет был госпитализирован в кардиологическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 37,5*С с ознобами, слабость, одышку, загрудинные боли, головокружения при ходьбе. Считает себя больным в течении 1-го месяца после перенесённой ангины. В возрасте 12-и лет лечился по поводу острого полиартрита, был диагностирован ревматизм.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. На ладонях и стопах определяются болезненные плотные узелки красноватого цвета. Определяется выраженная пульсация сонных артерий. Положительный симптом Мюссе. В задне-нижних отделах лёгких выслушиваются влажные, незвонкие, мелкопузырчатые хрипы. Верхушечный толчок в 5-6 межреберьях, разлитой, высокий, резистентный. 1 тон ослаблен на верхушке, II тон ослаблен на аорте. При аускультации - диастолический шум убывающего характера во 2-м межреберье справа, распространяющийся вниз по левому краю грудины, а также грубый систолический шум с иррадиацией в шею. АД - 150/40 мм рт. ст. Пульс - 86 в минуту, ритмичный, высокий, скорый. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Размеры селезёнки: 12 x 16 см .

Общий анализ крови: Эритроциты- 3,5x10¹²/л Гемоглобин- 102г/л Лейкоциты- 10,2x10⁹/л Палочкоядерные- 6% Сегментоядерные- 68% Лимфоциты- 18% Моноциты- 5% Эозинофилы- 3% СОЭ- 40 мм/час Токсическая зернистость нейтрофилов

Посев крови: Зелёный стрептококк с чувствительностью к пенициллину, стрептомицину.

Биохимический анализ крови: РФ+ Общий белок- 58 г/л СРБ+++ Альбумины- 28 г/л ЦИК- 350 ЕД Глобулины:- ?1-5,2%, ?2-10,4%, ?-13,6%, ?-22,8% Аспартатаминотрансфераза- 64ед/л Аланинаминотрансфераза- 33ед/л Тимоловая проба- 8ед.

На двухмерной эхокардиографии: створки аортального клапана спаяны по комиссурам, определяются дополнительные эхо-тени, тесно связанные со створками аортального клапана - вегетации.

Осмотр ЛОР-врачом: заключение - хронический тонзиллит, стадия декомпенсации.

Осмотр окулистом: заключение - на глазном дне - петехиальная сыпь и пятна Рота.

ЭКГ- R-R=0,65 сек.; Rv4

ВОПРОСЫ

1. Оцените данные лабораторных и инструментальных методов исследования.
2. Назовите ведущие синдромы заболевания.

3. Сформулируйте диагноз.

4. Ваша тактика лечения?

5. Критерии эффективности лечения? Контроль проводимой терапии.

Клиническая задача 2

Больной Г., 24 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на интенсивные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией в обе руки и спину. Из амбулаторной карты: страдает коарктацией аорты. Цифры АД на обеих руках 200/100 мм рт.ст.

При обследовании: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, обильный пот, частота дыхания - 36 в минуту. Температура тела - 37,2°C. В легких - дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Систолический шум на аорте и паравертебрально. АД на руках: справа - 150/100 мм рт.ст., слева - 100/70 мм рт.ст. Пульс - 110 в минуту, различный, ритмичный, слева малый, пустой, мягкий, справа - большой, полный, твердый. АД на ногах: справа 120/80 мм рт.ст., слева 80/60 мм рт.ст., пульсовая волна запаздывает. Живот мягкий, безболезнен. Печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$ Гемоглобин - 95 г/л Цветной показатель - 0,8 Лейкоциты - $10,5 \times 10^9/л$ Палочкоядерные - 3% Сегментоядерные - 72% Лимфоциты - 20% Моноциты - 5% СОЭ - 18 мм/час

Общий анализ мочи - без патологии.

Офтальмоскопически выявлена гипертоническая ангиопатия сетчатки.

Электрокардиограмма: левограмма, высокая амплитуда зубца R в I, AVL, V4-6, ассиметричные отрицательные зубцы T в тех же отведениях. Депрессия RS-T в V5V6,

Рентгенография грудной клетки - расширение тени аорты. Узуры на нижнем крае ребер.

При проведении аортографии выявлен двойной контур аорты.

На следующий день отмечено прогрессивное снижение АД до 70/30 мм рт.ст., появился диастолический шум на аорте. В последующем развилась правосторонняя гемиплегия, появилась жидкость в левой плевральной области, шок, смерть.

ВОПРОСЫ

1. Как объяснить различие пульса и АД на руках?

2. Ваша интерпретация электрокардиограммы.

3. Какие заболевания имеют похожую клиническую картину? Проведите дифференциальную диагностику.

4. Сформулируйте диагноз

5. Какое лечение необходимо было провести до появления осложнений?

Клиническая задача 3

Больной К., 35 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на тупые боли в области сердца, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и поворотах тела, одышку при ходьбе на 20-30 м, сухой кашель. Заболел остро, 2 дня назад, после переохлаждения.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное - сидит, наклонившись вперед. Лицо одутловатое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Температура тела 38,0°C. Верхушечный толчок не определяется. Перкуторно: левая граница относительной тупости сердца на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины. Аускультативно: тоны сердца ослаблены. В области III межреберного промежутка слева от грудины выслушивается систоло-диастолический шум поверхностного характера, усиливающийся при надавливании фонендоскопом и при наклоне вперед, в коленно-локтевом положении. Пульс 93 в минуту, частый, малый. При глубоком вдохе наполнение пульса резко уменьшается (<парадоксальный пульс>). АД 110/85 мм рт.ст. Частота дыханий 24 в минуту. Размеры печени по Курлову 11 x 10 x 9 см.

При рентгеноскопии: размеры сердца увеличены в обе стороны. Пульсация ослаблена.

На электрокардиограмме определяется снижение вольтажа зубцов, конкордантный подъем RS-T и отрицательные зубцы Т в стандартных и левых грудных отведениях.

На 3-ий день состояние больного резко ухудшилось: появилась одышка в покое, боли в правом подреберье. Отмечен цианоз кожных покровов, набухание шейных вен. АД 100/90 мм рт.ст. Пульс 120 в минуту, мягкий, малый, значительное увеличение печени. Периферические отеки отсутствуют.

Общий анализ крови: Эритроциты- $4,2 \times 10^{12}/л$ Гемоглобин-115г/л Лейкоциты- $15,0 \times 10^9/л$ Палочкоядерные-12% Эозинофилы-8% Базофилы-2% Сегментоядерные-57% Лимфоциты-18% Моноциты-3% СОЭ-42 мм/час

Биохимический анализ крови: Фибриноген-6г/л Общий белок-82г/л Альбумин-30г/л ?-глобулины-17 г/л ?1-глобулин-12 г/л ?-глобулин-8 г/л СРБ+++ Аспаратаминотрансфераза-43 ед/л Креатинфосфокиназа-110ед/л Лактатдегидрогеназа-450ед/л

ВОПРОСЫ

- 1.Какое информативное обследование можно провести больному?
- 2.Выделите ведущие синдромы заболевания.
- 3.Какие заболевания имеют сходную клиническую картину? Проведите дифференциальную диагностику.
- 4.Сформулируйте диагноз
- 5.Назначьте лечение. Что следует предпринять при ухудшении состояния на 3-ий день?

Клиническая задача 4

Больной 48 лет поступил с жалобами на одышку в покое, нарастающую общую слабость. 7 лет назад был диагностирован лимфогранулематоз с поражением лимфоузлов периферических и средостения. В течении 6 лет состояние больного удовлетворительное. В течение года получил повторные курсы рентгенотерапии (4000 рад) на область средостения и полихимиотерапию. Одышка появилась 2 месяца назад.

Объективно: Состояние средней тяжести, акроцианоз, отечность лица и шеи, набухание шейных вен. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Верхушечный толчок не определяется. Границы относительной тупости сердца: слева - по левой среднеключичной линии, справа - по правому краю грудины. Тоны сердца глухие, ритмичные. Выслушивается трехчленный ритм, лучше над верхушкой сердца и мечевидным отростком. АД 110/80 мм рт.ст. Пульс 90 в минуту малый, определяется парадоксальный пульс. Живот увеличен за счет свободной жидкости, мягкий. Край печени плотный, болезненный. Размеры печени по Курлову: 11x10x9 см. При надавливании на область увеличенной печени набухание шейных вен усиливается.

Температура тела 37,3 С.

Анализ крови, мочи - без патологии.

Электрокардиограмма: снижен вольтаж зубцов. Зубец Т отрицательный во всех отведениях, расширенный высокий зубец Р. Размеры и конфигурация сердца - в пределах нормы.

При фонокардиографии: через 0,09-0,18 с после II тона регистрируется громкий тон броска, который не меняется в зависимости от формы дыхания.

При катетеризации сердца высокое и одинаковое диастолическое давление в правом предсердии.

ВОПРОСЫ

- 1.Выделите триаду признаков, характерную для данного заболевания.
- 2.О каком заболевании сердца можно думать? Проведите дифференциальную диагностику.
- 3.Какие исследования могут подтвердить диагноз?
- 4.Какова причина заболевания?
- 5.Лечебная тактика.

Клиническая задача 5

Больной 42 лет, был доставлен в кардиологическое отделение с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес острую респираторную вирусную инфекцию. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной умеренной интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и после приема анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, постозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1,5 литров мочи. Состояние ухудшилось, при попытке встать - кратковременная потеря сознания.

Вызвана бригада скорой медицинской помощи.

При осмотре: Состояние средней тяжести, в сознании. Вынужденное коленно-локтевое положение. Кожные покровы бледные с выраженным цианозом губ, носа, ушей. Лицо и шея отечны. Набухание шейных вен преимущественно на вдохе. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 32 в минуту. Верхушечный толчок не определяется. Перкуторно - левая граница сердца - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца глухие. Пульс 128 в минуту, малый, ритмичный, наполнение пульса снижается при вдохе. АД 110/90 мм рт.ст. На вдохе систолическое АД снижается на 20 мм рт.ст. Печень выступает из под края реберной дуги на 4 см, болезненная при пальпации.

В общем анализе крови: Эритроциты- $2,0 \times 10^{12}/л$ Гемоглобин-57г/л Лейкоциты- $12,0 \times 10^9/л$ Палочкоядерные-5% Сегментоядерные-64% Лимфоциты-22% Моноциты-8% СОЭ-36мм/час
Биохимический анализ крови: СРБ+++ Фибриноген-7,2г/л

Анализ мочи без патологии.

Электрокардиограмма: ритм синусовый. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена, зубец в грудных отведениях сглажен.

При эхокардиографии: Выпот в полости перикарда. Объем жидкости в полости перикарда более 500 мл. Признаки диастолического коллапса желудочков, сдавления правого предсердия, смещения межжелудочковой перегородки влево во время вдоха.

ВОПРОСЫ

1. Определите ведущие синдромы заболевания.
2. Как оценить снижение наполнения пульса на вдохе?
3. Какова причина этих нарушений?
4. Какие заболевания имеют сходную клиническую симптоматику? Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какой метод лечения показан больному?