

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 2021г., 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

с направленностью (профилем) Лечебное дело

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-21

Тула 2021 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик(и):

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 и индикаторов их достижения 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 ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.1)

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-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.2)

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

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.3)

1. Каким днем должен быть закрыт листок нетрудоспособности?

2. Какой документ выдается пациенту при наличии у него показаний к санаторно-курортному лечению?
3. Какой документ выдается пациенту при наличии у него путевки на санаторно-курортное лечение?
4. Какие документы заполняет врач-терапевт поликлиники во время приема пациентов?
5. Когда врач имеет право на выдачу больничного листа?
6. В каких случаях больничный лист выдается безработному?
7. для проведения каких обследований может быть выдан больничный лист?
8. В каких случаях выдается листок нетрудоспособности по уходу за взрослым членом семьи?
9. В каких случаях выдается листок нетрудоспособности по уходу за здоровым ребенком?
10. Как заполнить направление на дополнительное обследование?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.1)

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-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.2)

- 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. цефопин
- 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-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.3)

- 1) Протеинурия Бенс-Джонса характерна для
 - а) множественной миеломы
 - б) хронического гломерулонефрита, нефротической формы
 - в) быстро прогрессирующего гломерулонефрита
 - г) гипернефромы
- 2) У 27-летнего армянина, страдающего в течение 15 лет приступами абдоминальных болей, появление 2 года назад протеинурии нефротического уровня, наличие аналогичных приступов у кузины свидетельствуют в пользу
 - а) периодической болезни, амилоидоза
 - б) наследственного нефрита
 - в) системной красной волчанки
 - г) хронического гломерулонефрита
- 3) Главной причиной смерти больных, находящихся на лечении гемодиализом, является
 - а) бактериальная пневмония
 - б) острый вирусный гепатит
 - в) сердечно-сосудистое заболевание
 - г) диализный амилоидоз
- 4) Что, кроме цирроза печени, наиболее часто присутствует в клинической картине у больных с врожденным дефицитом $\alpha 1$ - антитрипсина
 - а) остеомалация, патологические переломы
 - б) прогрессирующая энцефалопатия
 - в) нарушение фертильности
 - г) хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности
- 5) Синдром хронического панкреатита преимущественно с признаками экзокринной недостаточности часто развивается при
 - а) синдроме марфана
 - б) первичном амилоидозе
 - в) ни при одном из перечисленных заболеваний
 - г) муковисцидозе
- 6) Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома
 - а) гиперхолестеринемия
 - б) сывороточный альбумин ниже 30 г/л
 - в) суточная протеинурия более 3,5 г
 - г) отеки
- 7) Антибактериальную терапию при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) следует назначать
 - а) при усилении кашля
 - б) при нарастании одышки
 - в) при появлении кровохарканья

г) при гнойной мокроте

8) Ингаляционные глюкокортикостероиды у больных ХОБЛ назначаются при

- а) I-II степени тяжести и редких обострениях
- б) I-II степени тяжести и частых обострениях
- в) III-IV степени тяжести и частых обострениях
- г) III-IV степени тяжести и редких обострениях

9) Наиболее информативным методом обследования больного для верификации диагноза хронического бронхита является

- а) спирометрия
- б) бронхоскопия
- в) рентгенография легких
- г) исследование мокроты

10) Укажите самый достоверный признак эмфиземы легких

- а) коробочный оттенок перкуторного тона
- б) снижение диффузионной способности легких
- в) повышение прозрачности легочных полей при рентгенологическом исследовании
- г) увеличение ООЛ

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.1)

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 эпигастральном 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

коробочным 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: $Eg - 4,5 \times 10^{12}/л$, $Hb - 138 г/л$, 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 эпигастральной 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°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 Кренига — 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 эпигастриальной 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 мочеточниковых 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).

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.2)

Клиническая задача 1

Больная Р., 27 лет, госпитализирована с жалобами на боль и припухлость в коленных суставах, повышение температуры тела до 37,6, слабость, потливость, одышку при подъеме по лестнице на 3 этаж.

Больная сообщила, что за 2 недели до госпитализации перенесла ангину. В течение жизни многократно болела ангинами. Обращалась за врачебной помощью не всегда.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные, бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Коленные суставы деформированы за счет периапатрикулярного отека, пальпация их болезненна. Сгибание ограничено из-за боли. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, на верхушке тихий систолический шум, ЧСС 82 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Общ.ан.крови: Нв 126 г/л, Л – 7,2х10⁹/л, СОЭ 28 мм/ч.

АСЛ-О 568 Ед/л, СРБ 12 мг/л, фибриноген 5,4 г/л, креатинин 75 мкмоль/л.

ЭКГ: Нормальное положение ЭОС, А-В блокада 1 ст.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней нет, контуры сердца не изменены.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы, сформулируйте диагноз.
2. Требуется ли дополнительные исследования?
3. Опишите патогенез заболевания.
4. Какие осложнения могут развиваться?
5. Назначьте лечение.

Клиническая задача 2

Больной Д., 48 лет обратился на амбулаторный прием к терапевту с жалобами на тошноту, метеоризм, отрыжку воздухом, увеличение живота в объеме, слабость, утомляемость, раздражительность. Периодически отмечает кожный зуд. Подобные проявления стал замечать в течение последнего года.

При опросе выяснилось, что на протяжении 20 лет больной ежедневно употребляет крепкие алкогольные напитки в объеме 200-300 мл. Несколько лет назад был госпитализирован в хирургическое отделение с острой болью в животе, выписан на амбулаторное лечение по поводу последствий острого панкреатита.

При осмотре больного обращает внимание небольшая краснота кожных покровов и слизистых. Периферические лимфоузлы не увеличены. Гинекомастия. Двусторонние контрактуры Дюпюитрена. В области плечевого пояса – сосудистые звездочки. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, на верхушке – короткий тихий систолический шум. ЧСС 82 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень плотная, край выступает на 8 см из-под реберной дуги. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

В медицинской карте пациента имеются результаты следующих исследований:

Общий анализ крови: Нв 102 г/л, Эр – 3,6х10¹²/л, Л – 4,3х10⁹/л, тр. 140х10⁹/л, СОЭ 1 мм/ч. НВsAg – отр. HCV – отр. Общий белок 64 г/л, АСТ 88 Ед/л, АЛТ 92 Ед/л, ЩФ 186 Ед/л.

ЭГДС: варикозное расширение вен пищевода 1-2 ст.

УЗИ брюшной полости: гепатоспленомегалия, эхогенность печени диффузно неоднородна, вена porta - 1,2 см. Небольшой асцит. Поджелудочная железа в размере не увеличена, диффузно неоднородна.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, выделите ведущие синдромы.
2. Обозначьте вероятную причину заболевания.
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Предложите и обоснуйте терапевтические мероприятия.

Клиническая задача 3

Больная Н., 50 лет, обратилась с жалобами на одышку при небольшой нагрузке и в положении лежа, кашель с выделением слизистой мокроты, приступы сердцебиения, сопровождающиеся сильным головокружением, отеки.

Из анамнеза известно, что больная в детстве болела ангинами. В возрасте 23 лет перенесла тонзилэктомию. В детстве периодически после ОРВИ, переохлаждений возникали боли в коленных и плечевых суставах, в течение 2- 3 недель проходили, сопровождались лихорадкой. Ухудшение состояния стала отмечать после 45 лет, когда стала снижаться толерантность к физическим нагрузкам. Постепенно усиливалась одышка, появились отеки голеней. В течение 2-х лет возникают приступы сердцебиения.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. Отеки нижних конечностей до бедра. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 21 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних долях легких. Тоны сердца приглушены, на верхушке усиленный I тон, выслушивается тон открытия митрального клапана, диастолический шум. Акцент II тона на легочной артерии. Ритм неправильный. ЧСС 102 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень плотная, выступает на 5 см из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

В общем анализе крови и мочи патологических изменений нет. СРБ 1,2 мг/л, фибриноген 2,8 г/л, АСЛ-О 125 Ед/л, креатинин 86 мкмоль/л, общ.белок 62 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести? Какие результаты ожидаются?
3. Опишите гемодинамические нарушения, возникающие при данном пороке сердца.
4. Какое нарушение ритма типично для данной патологии?
5. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больной П., 63 года госпитализирован в стационар с жалобами на слабость, боль в правом подреберье, отеки ног, снижение массы тела, тошноту и рвоту после еды, желтушность кожных покровов и склер, кожный зуд, носовые кровотечения, кровоточивость десен, нарушения сна.

В приемном покое у пациента – рвота «кофейной гущей».

Из медицинской документации известно, что у больного выявлялся положительный HBs – антиген. По этому поводу не наблюдался, к врачам не обращался. Алкоголем не злоупотребляет. Переливания крови отрицает.

Объективно: состояние тяжелое. В месте, времени и собственной личности ориентирован. Кожные покровы, склеры и слизистые желтушной окраски. ИМТ 18. Вены передней поверхности грудной клетки и передней стенки живота расширены. На лице и груди – множественные телеангиэктазии. На теле – следы расчесов. Отеки нижних конечностей. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин, справа от угла лопатки

дыхание не проводится, здесь же - тупой перкуторный звук. Сердечные тоны приглушены, на верхушке – систолический шум, ЧСС 92 в мин. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень пропальпировать не удается, размеры печени по Курлову 16х13х13 см.

В приемном покое ан.крови: Нв 92 г/л, Л 3,3 х10х9/л, тр. 110х10х9/л, СОЭ 21 мм/ч. АСТ 164 Ед/л, АЛТ 181 Ед/л, билирубин общий 134 ммоль/л, креатинин 128 мкмоль/л, МНО 2,0

ВОПРОСЫ:

1. Выделите клинические и лабораторные синдромы. Сформулируйте диагноз
2. Какое осложнение развилось у больного в приемном покое?
3. Сформулируйте программу обследования и обоснуйте ее.
4. Назначьте лечение и определите прогноз

Клиническая задача 5

Больной С. 45 лет обратился к терапевту с жалобами на головокружение при физической нагрузке, слабость, низкое АД, периодические давящие боли за грудиной.

В детстве отмечал частые ангины с повышением температуры до 38-38,5. Во время службы в армии находился в госпитале в связи с заболеванием сердца, закончил службу раньше установленного срока.

При осмотре: кожные покровы бледные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 16 в мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Сердечные тоны приглушены. Во всех точках аускультации сердца, особенно во 2-м межреберье справа от грудины и в т. Боткина – грубый систолический шум. Шум проводится по сонным артериям. ЧСС 78 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней нет. Талия сердца подчеркнута. Контуры сердца напоминают «сидящую утку».

ЭКГ: горизонтальное положение ЭОС, амплитуда зубца S в V2 20 мм, R в V5 17 мм, амплитуда комплекса QRS в aVL 13 мм. Единичные желудочковые экстрасистолы.

ВОПРОСЫ:

1. Установите предварительный диагноз. О чем говорят изменения на ЭКГ?
2. Объясните причину загрудинных болей, неврологических симптомов.
3. Какие еще исследования необходимо провести?
4. Назначьте терапию, какие препараты могут быть противопоказаны при данном состоянии.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.3)

Клиническая задача 1

Больной М., 30 лет, обратился на амбулаторный прием с жалобами на боль в животе, тошноту и рвоту после еды. При уточнении характера болей выяснилось, что сразу после еды боль проходит, но возобновляется вновь через 2 ч после приема пищи и больше беспокоит в голодный период.

Работает водителем-дальнобойщиком. Питается в придорожных кафе, часто употребляет фаст-фуд. Курит много лет. Отец страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки. По поводу остеохондроза позвоночника регулярно принимает ибупрофен.

При объективном исследовании больной нормостеник, ИМТ 22. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны

звучные, шумов нет. ЧСС 68 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

В общ.ан.крови: Нв 124 г/л, Л 6,8х10х9/л, СОЭ 10 мм/ч. АСТ 32 Ед/л АЛТ 36 Ед/л. Билирубин 23 ммоль/л.

ЭГДС: признаки воспаления антрального отдела желудка. Язвенный дефект 4х6х3 мм по передней поверхности луковицы 12-перстной кишки.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите клинические синдромы. Сформулируйте диагноз
2. Какие факторы риска данного заболевания имеются у пациента
3. Составьте план обследования больного и предположите результаты.
4. Назначьте лечение

Клиническая задача 2

Больной П., 30 лет, госпитализирован в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение речи. Ранее периодически отмечал боли в прекардиальной области колющего и давящего характера, сердцебиение.

Несколько лет назад перенес инфекционный эндокардит, осложненный мезентериальным тромбозом. В течение длительного времени находился на стационарном лечении, от последующего направления на хирургическое лечение отказался.

Больной курит, ранее употреблял наркотики, сейчас отрицает.

При объективном осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, определяется пульсация зрачков, капиллярный пульс, симптом Мюссе. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок разлитой, смещен влево и вниз. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца ослаблены, диастолический шум убывающего характера во втором межреберье справа и в точке Боткина. ЧСС 96 в мин., АД 130/40 мм рт.ст. Выслушивается двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье над бедренной артерией. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Общ.ан.крови: Нв 116 г/л, Л 5,3 х10х9/л, тр 170х10х9/л, СОЭ 34 мм/ч.

Общ.ан.мочи: отн.плотность 1013, Белок– 0,1 г/л, Л 1-3 в п/зр, Эр 1-2 в п/зр.

ЭКГ: смещение ЭОС влево. Косонисходящая депрессия ST и отрицательный T в V5-V6. Преходящая А-В блокада 2 ст.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите клинические синдромы. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какое вероятное осложнение было причиной мезентериального тромбоза и стало причиной настоящих неврологических симптомов ?
3. Назначьте недостающие исследования и предположите их результаты.
4. Составьте план лечения.

Клиническая задача 3

Больной Г., 50 лет доставлен в приемный покой с места работы, где он почувствовал внезапную слабость, головокружение, потерял сознание.

В течение последнего месяца испытывал изжогу, боль в животе после еды, накануне боли уменьшились, двукратно был черный жидкий стул.

Пациент и ранее отмечал боли в животе, но к врачам не обращался. Страдает артритом плечевого сустава и регулярно принимает ибупрофен. Из вредных привычек

называет курение, выкуривает по 1,5 пачки сигарет в день. Отец больного умер от рака желудка.

При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы и слизистые бледные. На лбу холодный пот. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 20 в мин. Сердечные тоны приглушены, на верхушке систолический шум, ЧСС 98 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный.

Ан крови в приемном покое: Нв 72 г/л, Л 6,8х10⁹/л, СОЭ 18 мм/ч

ВОПРОСЫ:

1. Какое острое состояние развилось у пациента?
2. Какой диагноз вы можете предположить? Какие факторы риска данного заболевания есть у больного?
3. Разработайте план обследования.
4. Предложите лечение в зависимости от предполагаемых результатов обследования.

Клиническая задача 4

Больная М., 36 лет обратилась на амбулаторный прием с жалобами на одышку при физической нагрузке, кашель, повышенную утомляемость, сердцебиение.

В подростковом возрасте находилась на лечении в стационаре по поводу болей в суставах и повышенной температуры. Известно, что в это период был «шум в сердце». В дальнейшем в течение нескольких лет получала инъекции бициллина. Настоящее ухудшение в течение последнего года.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, в нижних отделах – влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 18 в мин. Граница относительной сердечной тупости смещена влево и вверх. Тоны сердца приглушены, на верхушке I тон ослаблен, выслушивается грубый систолический шум, проводящийся в подмышечную область. ЧСС 78 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, отеков нет.

Общий анализ крови и мочи без патологии.

Через несколько дней после посещения терапевта – приступ сердцебиения, сопровождающийся одышкой и страхом смерти. При осмотре выявлен симптом дефицита пульса.

Врачом скорой помощи проведена запись ЭКГ: зарегистрировано отсутствие зубца Р во всех отведениях, наличие волн f, различная величина интервалов R-R. ЧСС 108-125 в мин.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите гемодинамические нарушения, возникающие при данном пороке сердца.
3. Какое нарушение ритма развилось у больной?
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Предложите лечение.

Клиническая задача 5

Больная В., 48 лет обратилась к терапевту с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхних отделах живота, урчание в животе, вздутие живота, тошноту после еды, особенно жареной, копченой пищи, неоформленный стул до 3-5 раз в день. При ухудшении состояния принимает но-шпу, которая несколько облегчает ее состояние.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые сухие, субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС 72 в мин. АД 125/70 мм рт.ст. Живот болезненный в зоне Шоффара, положительные симптомы Дежардена, Мюсси, гиперестезия в зоне VIII-IX грудных позвонков. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

В общеклиническом и биохимическом анализе крови: Нв 1109 г/л, Л 14×10^9 /л, п/я 8 %, с/я 68 %, лимф 19 %, моноциты 5 %, СОЭ 37 мм/ч. АСТ 28 Ед/л, АЛТ 37 Ед/л, амилаза 285 МЕ/л, ЩФ 200 МЕ/л.

Ан.мочи – диастаза 256 МЕ/л.

Ан.кала: в большом кол-ве мышечные волокна, жиры.

ЭГДС: в желудке слизь в большом количестве, слизистая 12-перстной кишки гиперемирована.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите клинические синдромы. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте план обследования.
3. Предложите медикаментозное лечение и дайте рекомендации по соблюдению диеты у данной пациентки.

8 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.1)

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-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.2)

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

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.3)

1. Каким днем должен быть закрыт листок нетрудоспособности?
2. Какой документ выдается пациенту при наличии у него показаний к санаторно-курортному лечению?
3. Какой документ выдается пациенту при наличии у него путевки на санаторно-курортное лечение?
4. Какие документы заполняет врач-терапевт поликлиники во время приема пациентов?
5. Когда врач имеет право на выдачу больничного листа?
6. В каких случаях больничный лист выдается безработному?
7. для проведения каких обследований может быть выдан больничный лист?
8. В каких случаях выдается листок нетрудоспособности по уходу за взрослым членом семьи?
9. В каких случаях выдается листок нетрудоспособности по уходу за здоровым ребенком?
10. Как заполнить направление на дополнительное обследование?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.1)

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-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.2)

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 астеня

- 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) экстрасистолии
- 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-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.3)

- 1) эхокардиографически при легочном сердце обнаруживают
 - а) дилатацию всех камер сердца
 - б) гипертрофию и дилатацию правых отделов сердца
 - в) гипертрофию и дилатацию левых отделов сердца
 - г) гипертрофию левого желудочка
- 2) Эозинофильные выпоты чаще всего обнаруживаются при
 - а) туберкулезе
 - б) травме
 - в) глистной инвазии
 - г) пневмонии
- 3) Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это
 - а) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе
 - б) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
 - в) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
 - г) объем, вдыхаемый за определенное время во время выполнения маневра форсированной емкости легких вдоха

- 5) Основным рентгенологическим признаком пневмонии является
- а) ателектаз
 - б) легочный инфильтрат
 - в) повышенная воздушность легких
 - г) ячеистость легочного рисунка
- 6) Заболеванием, при котором наблюдается кровохарканье, является
- а) бронхоэктатическая болезнь
 - б) эмфизема легких
 - в) бронхиальная астма
 - г) бронхит
- 7) Наличие какого признака обязательно для верификации диагноза пневмонии
- а) лейкоцитоз или лейкопения в общем клиническом анализе крови
 - б) фебрильная температура тела
 - в) аускультативное определение влажных мелкопузырчатых хрипов или крепитации
 - г) очагово-инфильтративные изменения по результатам рентгенологического исследования
- 8) 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) неопределенный, зависит от течения инфекционных легочных осложнений
 - г) в целом благоприятный, несмотря на периодические обострения заболевания и снижение трудоспособности пациентов
- 9) К препаратам базисной терапии бронхиальной астмы относят
- а) пролонгированные холинолитики
 - б) симпатомиметики короткого действия
 - в) ингаляционные глюкокортикостероиды
 - г) седативные препараты
- 10) У лиц молодого возраста лечение пневмонии в поликлинических условиях следует начинать с
- а) оральных цефалоспоринов II поколения
 - б) макролидов нового поколения
 - в) гентамицина
 - г) фторхинолонов

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.1)

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 легких - 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 9-8-7см.

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 R - двугорбый 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. Среднесистолическое 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 мониторингировании ЭКГ регистрируются полиморфные 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 $38^{\circ}C$, 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 мониторинге 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- $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$ Гемоглобин-152г/л Цветной показатель-0,9 Лейкоциты- $7,2 \times 10^9/\text{л}$ 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 снаружи от левой среднеключичной линии, правая- на 0,5 см снаружи 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- 4,0x10¹²/л Гемоглобин- 120 г/л Лейкоциты- 9,8x10⁹/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 легких - 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 селезенки.

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 - 72 г/л Альбумины - 42 г/л Глобулины - 30 г/л Аланинаминотрансфераза - 62 ед/л Аспартатаминотрансфераза - 24 ед/л Тимоловая проба - 8 ед., СРБ+++. НБТ- тест положительный

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

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, 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°C. На 30-й день возник приступ удушья с признаками отека легких. 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.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.2)

Клиническая задача 1

Больной Б. 65 лет жалуется на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, шею, слабость и страх смерти. Из анамнеза: Длительно страдает артериальной

гипертензией, максимальное АД до 180/110 мм рт.ст. Ранее болей в груди не было. Настоящее ухудшение 2 часа, появились боли за грудиной. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Курит много лет, алкоголь не употребляет. Наследственность: отец больного перенес инфаркт миокарда в 54 года. Больной страдает с молодых лет язвой желудка. Работал учителем, сейчас - пенсионер. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы видимые слизистые бледно-розовые, покрыты холодным потом. Отеков нет. ИМТ 28. Границы относительной сердечной тупости: правая по краю грудины справа в 4 межреберье, верхняя – окологрудная линия в 3 межреберье, левая - на 1 см снаружи от средне-ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 84 в мин, АД 90/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 19 в мин., сатурация O₂ 96%. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, б\б.

На ЭКГ: синусовый ритм, ЭОС горизонтальная, элевация сегмента ST в отведениях III, aVF, депрессия ST в отведениях I, V1-V3. Патологических зубцов Q не выявлено.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Перечислите факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, имеющиеся у данного пациента
3. Какие исследования необходимо назначить в ближайшие часы? Назовите 3 основных исследования.
4. Назначьте предварительное лечение. Какие методы реперфузии при остром коронарном синдроме вам известны, что предпочтительнее применить в данном случае?

Клиническая задача 2

Больной А., 23 лет, обратился к терапевту с жалобами на тяжесть в эпигастральной области, тошноту, изжогу после еды.

Пациент студент, питается нерегулярно, часто употребляет снеки и фаст-фуд. При усилении болей пациент самостоятельно принимает ранитидин с положительным эффектом.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Стойкий красный дермографизм. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны звучные, шумов нет, ЧСС 78 в мин., АД 120/70 мм рт.ст. Язык у корня обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

ЭКГ: Вертикальное положение ЭОС. ЧСС 74 в мин. Синусовая аритмия.

ЭГДС: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка. Подслизистые кровоизлияния, гиперплазия складок. Спазм привратника.

Уреазный дыхательный тест положителен

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие исследования на выявление *helicobacter pylori* вы знаете? Какое исследование является «золотым стандартом»?
3. Каковы факторы риска данного заболевания?

Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной Н. 65 лет жалуется на перебои в работе сердца, одышку при незначительной физической активности, отеки ног. Из анамнеза известно, что больной страдает артериальной гипертензией, максимальное АД 170/90 мм рт.ст. 4 года назад перенес инфаркт миокарда. С этого времени стал отмечать одышку при физических нагрузках, к вечеру иногда отекали голени. Принимает регулярно бисопролол, эналаприл и аспирин.

Настоящее ухудшение около 2 часов назад, когда почувствовал сердцебиение, перебои в работе сердца, стала нарастать одышка. Принимал корвалол, состояние не улучшилось. Вызвал бригаду СМП.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы розовые, конечности холодные, цианоз губ, пастозность голеней и стоп. ИМТ 28. Границы относительной сердечной тупости: правая по краю грудины справа в 4 межреберье, верхняя – окологрудинная линия в 2 межреберье, левая- на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС 124 в мин, пульс 102 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с двух сторон мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧДД 19 в мин., сатурация О₂ 92%. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, б/б. Печень +3 см из-под края реберной дуги.

На ЭКГ: зубцы Р не визуализируются, есть волны f, ритм неправильный, ЭОС влево, ЧСС от 100 до 150 в мин.

Вопросы:

1. формулируйте предварительный диагноз. С
2. какие исследования необходимо назначить пациенту? Обоснуйте каждое назначение Ка
3. Что показывает шкала CHA₂DS₂VASc? Показано ли данному пациенту назначение антикоагулянта? Какие пероральные антикоагулянты вы знаете?
4. Определите терапевтическую тактику ?

Клиническая задача 4

Больная Н., 55 лет, предъявляет жалобы на боли в верхних отделах живота, тяжесть после еды, тошноту, метеоризм, слабость, головокружение, одышку, жжение в языке, «ползание мурашек» по ногам, ломкость ногтей и волос.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, кожные покровы бледные, сухие, ангулярный стоматит. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 76 в мин. АД 130/80 мм рт ст. Язык «лакированный». Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Отеков нет.

Общ.ан.крови: Нв 92 г/л, цветовой пок-ль 1,2, Л 3,9х10⁹/л, тр. 150Х10х9/л, СОЭ 21 мм/ч.

ЭГДС: слизистая желудка истончена, бледная, сосуды инъецированы, стенки желудка гипотоничны, дуодено-гастральный рефлюкс.

Биоптат слизистой оболочки желудка: дистрофические изменения эпителия, отек стромы, атрофия желез. НР не выявлен.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз
 2. Объясните причины анемии.
 3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза
- Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больной С. 24 года доставлен бригадой СМП после обморока. Жалуется на слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что с детских лет определяли «шум в сердце», но обследований не назначали. В течение последнего года стал периодически отмечать боли за грудиной при физических нагрузках, головокружения, эти симптомы быстро проходили и за

помощью пациент не обращался. Сегодня после соревнований (бегал 100 метров), потерял сознание. Не курит, алкоголь не употребляет. Известно, что дядя пациента умер в 35 лет внезапно. Хронических заболеваний нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Цианоза, отеков нет. Границы относительной сердечной тупости: правая по краю грудины справа в 4 межреберье, верхняя – окологрудная линия в 3 межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичны, систолический шум на аорте и в точке Боткина, ЧСС 68 в мин, пульс 68 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин., сатурация O₂ 98%. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется.

При Рг-графии органов грудной клетки: в легких инфильтративных и очаговых теней не выявлено, сердце расширено за счет левых отделов (имеет форму «сидящей утки»).

На ЭКГ: синусовый ритм, ЭОС горизонтальная, ЧСС 64 в мин, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо назначить пациенту?
4. Назначьте лечение. Какие группы лекарственных препаратов показаны, при данной патологии? Какие хирургические методы могут быть применены?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.3)

Клиническая задача 1

Больной В., 42 года обратился с жалобами на боли в животе, неоформленный стул до 10 раз в сутки, тошноту, метеоризм, повышение температуры до 37,4, боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, появление горячих на ощупь образований багрово-синюшного цвета округлой формы на коже голеней, болезненных при надавливании.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37, 5 град, ИМТ 18, кожные покровы бледные, сухие, ангулярный стоматит, афты в полости рта. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны приглушены, на верхушке дующий систолический шум, ритм правильный, ЧСС 80 в мин. АД 110/80 мм рт ст. Язык обложен сероватым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной области и по ходу ободочной кишки. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицателен. На коже голеней проявления узловой эритемы.

Общ.ан. крови: Нв 98 г/л, Л 8,9х10⁹/л, СОЭ 50 мм/ч.

Осмотр проктолога: в анальной области имеется свищевой ход со скудным гнойным отделяемым.

Колоноскопия: отечность, утолщение, контактная коварчивость слизистой оболочки толстой кишки, щелевидные язвы-трещины, симптом «булыжной мостовой».

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями должна проводиться дифференциальная диагностика?
3. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
4. Назначьте лечение. Какая современная группа лекарственных препаратов может применяться? Какие могут быть осложнения от такой терапии?

Клиническая задача 2

Больной Н. 45 лет доставлен бригадой СМП с жалобами на одышку в покое, кашель, кровохарканье. Из анамнеза известно, что пациент 2 недели назад перенес флебэктомию по поводу варикозной болезни. В течение последних дней отметил отек правой голени. Сегодня, встав с кровати, почувствовал резкую слабость, одышку. В течение часа одышка нарастала, появился кашель, в том числе с кровью. Наследственность неотягощена. Больной курит много лет.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы нормальной окраски, влажные, конечности холодные. Цианоз губ. Голень правой конечности отека. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент 2 тона на легочной артерии ЧСС 112 в мин, АД 90/60 мм рт ст. Дыхание везикулярное, ослаблено справа в нижних отделах. ЧДД 22 в мин, сатурация O₂ 85%. Живот мягкий, б\б. Печень +2 см из-под края реберной дуги.

ЭКГ: синусовый ритм, ЭОС вертикальная, ЧСС 102 в мин, глубокие SI, aVL, V5-V6, QIII, отрицательный зубец Tв III, V1-V3

Д-димер 1500 пг/мл

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Назначьте консервативное лечение и определите вторичную профилактику заболевания
4. Какие современные пероральные антикоагулянты вы знаете?

Клиническая задача 3

Больной А. 68 лет доставлен после обморока, жалуется на слабость, одышку, головокружение. Из анамнеза известно, что 2 недели назад сильно болел живот в верхних отделах, терпел старался соблюдать диету, потом боль прошла и появились выше описанные симптомы, которые развивались постепенно. Сегодня внезапно потерял сознание. Ранее никакими хроническими заболеваниями не страдал, с бытовыми нагрузками справлялся удовлетворительно. Курит много лет, алкоголем не злоупотреблял. Отец больного страдал язвой желудка, мать - сердечной недостаточностью. Работал инженером на заводе, сейчас – пенсионер. Длительное время по поводу остеохондроза позвоночника принимает диклофенак. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы, видимые слизистые бледные. Отеков нет. ИМТ 24. Границы относительной сердечной тупости: правая по краю грудины справа в 4 межреберье, верхняя – окологрудинная линия в 3 межреберье, левая - на 1 см кнутри от средне-ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичны, дующий нежный систолический шум на верхушке, ЧСС 84 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин., сатурация O₂ 96%. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии. Стул со слов больного ежедневный неоформленный, черного цвета.

В общем анализе крови: Эр 2,6 *10¹²/л, Нв 64 г/л, Л 7,6*10⁹/л

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какие факторы риска данной патологии имеются у пациента?
3. Какие исследования необходимо назначить пациенту? Обоснуйте каждое назначение
4. Назначьте лечение

Клиническая задача 4

Пациент А. 25 лет обратился к терапевту с жалобами на лихорадку до 39 град с ознобами, одышку при ходьбе, потливость, повышенную утомляемость. Из анамнеза известно, что пациент наркоман, лечился в наркологическом диспансере, однако покинул его самовольно и вновь употреблял наркотики в/в. Через 3 дня отметил повышение температуры тела и выше перечисленные симптомы. Ранее выявляли пролабс митрального клапана. Хронические заболевания отрицает. Наследственность неотягощена, родители живы, здоровы.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, с иктеричным оттенком, на плечах - множественные петехии, на ладонях болезненные узелки. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке ЧСС 96 в мин, АД 110\70 мм рт ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин, сатурация O₂ 95%. Живот мягкий, б\б, печень +3 см из-под края реберной дуги.

При ЭХО-КГ: сократительная функция миокарда сохранена, расширена полость левого предсердия, недостаточность митрального клапана 2 ст, умеренная легочная гипертензия, выпота в полости перикарда нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз с обоснованием
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза? Какие 3 исследования наиболее важны?
3. Назначьте предварительное лечение: назовите препараты, дозы, пути введения. Как изменится терапия при отсутствии эффекта в течение 3 дней?
4. Показания для хирургического лечения данного заболевания?

Клиническая задача 5

Больной М., 45 лет, жалуется на постоянные боли в верхних отделах живота, усиливающиеся после еды, отрыжку воздухом, неприятный вкус во рту по утрам, снижение аппетита, ощущение урчания и переливания в животе, метеоризм, поносы, раздражительность, неустойчивое настроение.

Анамнез заболевания. Считает себя больным четыре года. В последние два месяца на фоне стресса самочувствие ухудшилось, появились боли в эпигастриальной области непосредственно после еды, которые сохраняются в течение часа. Питается нерегулярно, всухомятку. Вредные привычки: курит, употреблял алкоголь. Семейный анамнез: у матери и брата – язвенная болезнь желудка

Объективно. 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 болезненна. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя отрицательны. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко 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 – 9х8х7 см. Селезенка не увеличена.

Показатели лабораторного исследования:

Общий анализ крови: НЬ – 100 г/л, эритроциты $1,2 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,8 \cdot 10^9/л$, 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.

Helicobacter pylori не выявлен.

Показатели инструментального исследования:

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.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы?
3. Какую терапию необходимо назначить данному больному?

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 ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.1)

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-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.2)

1. Какую информацию заполняет врач, при осмотре пациента в приемном отделении?
2. Куда заносит информацию лечащий (дежурный) врач при поступлении пациента в отделение?
3. В какие документы и в какие сроки заносится клинический диагноз пациента при поступлении в стационар?
4. Структура посмертного эпикриза.
5. Назовите особенности ведения медицинской карты стационарного больного в реанимационном отделении и палате интенсивной терапии?
6. Назовите отличительные особенности медицинской карты стационарного больного в отделениях хирургического профиля?
7. Назовите перечень диагностических и лечебных исследований (процедур, манипуляций), для проведения которых необходимо письменное информативное согласие пациента?
8. Что отражается в разделе «Особые отметки» медицинской карты?
9. Какие сведения содержит выписка из медицинской карты, которая выдается на руки пациенту?
10. Заполнение «Учетной карты онкоосмотра»

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.3)

1. В каких медицинских организациях ведется первичная медицинская документация?
2. Какие учетные документы в стационаре являются основными?
3. Какие учетные документы в поликлинике являются основными?
4. Какой учетной форме должно соответствовать медицинское свидетельство о смерти?
5. Перечислите требования к написанию диагноза
6. Какой учетной форме должно соответствовать медицинское свидетельство о перинатальной смерти?
7. Какие документы входят в статистическую отчетность?
8. Перечислите требования к оформлению медицинской карты в приемном отделении
9. Какая документация оформляется на пациента, поступившего на скорой помощи?
10. Какую информацию заполняет врач, при осмотре пациента в приемном отделении?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.1)

- 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 вливания 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 свежезамороженной 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-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.2)

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. матаalloкониозов
- 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-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.3)

- 1) прогноз при обструктивном хроническом бронхите
 - а) благоприятный, на продолжительность жизни заболевание существенно не влияет
 - б) неблагоприятный из-за прогрессирующего, несмотря на лечение, течения заболевания
 - в) в целом благоприятный, несмотря на периодические обострения заболевания и снижение трудоспособности пациентов
 - г) неопределенный, зависит от течения инфекционных легочных осложнений
- 2) при подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначить

- а) эритромицин
- б) стрептомицин
- в) пенициллины
- г) левомицетин

3) у лиц молодого возраста лечение пневмонии в поликлинических условиях следует начинать с

- а) гентамицина
- б) оральных цефалоспоринов II поколения
- в) макролидов нового поколения
- г) фторхинолонов

4) абсолютным противопоказанием применения пропранолола является

- а) инфаркт миокарда
- б) бронхиальная астма
- в) хроническая сердечная недостаточность I фк
- г) глаукома

5) при использовании ингаляционных глюкокортикоидов в обычных дозах возможно развитие

- а) частых инфекций носоглотки, синдрома Кушинга
- б) язвы желудочно-кишечного тракта, стероидного диабета
- в) кандидоза ротоглотки, язвы желудочно-кишечного тракта
- г) кандидоза ротоглотки, дисфонии

6) к препаратам базисной терапии бронхиальной астмы относят

- а) седативные препараты
- б) симпатомиметики короткого действия
- в) ингаляционные глюкокортикостероиды
- г) пролонгированные холинолитики

7) больному с легкой интермиттирующей формой бронхиальной астмы следует назначить

- а) эуфиллин
- б) бета-агонисты ежедневно
- в) бета-агонисты по потребности
- г) беклометазон

8) в качестве базисного препарата для больного со средне-тяжелым течением хобл необходимо назначить

- а) преднизолон
- б) беклометазон
- в) беротек
- г) тиатропиум бромид

9) эффективность антибактериального лечения при острой пневмонии следует клинически оценивать через

- а) 12 часов
- б) 2-3 дня
- в) 1 сутки
- г) 5 дней

10) при бронхиальной астме противопоказаны

- а) метилксантины
- б) антибиотики
- в) β - адреноблокаторы
- г) симпатомиметики

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.1)

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, адинамчен, 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., рН - 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-гнойной 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 негетмогенное 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 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 $\pm 3,0$ 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 средне-ключичной 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 — 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 — 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. Неделю 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 мочеточниковых 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, мочевины 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, гиперемизованная, 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 x 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.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.2)

Клиническая задача 1

Больной К., 70 лет, жалобы на кашель с небольшим количеством светлой мокроты, одышку в покое, которая уменьшается после отделения мокроты, приемы бронхолитиков, сердцебиение, чувство тяжести в правом подреберье, отеки ног.

Болеет в течение 20 лет. Беспокоил кашель с умеренным количеством мокроты, периодически повышалась температура тела. Ухудшение состояния отмечает зимой и осенью, связывает это с переохлаждением. В течение последних лет кашель стал постоянным, появилась одышка при физической нагрузке, выходе на улицу в прохладную погоду; в течение трех месяцев отметил появление отеков на ногах.

Объективно: отмечается диффузный теплый цианоз, набухание шейных вен. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии звук коробочный. Аускультативно дыхание жесткое, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД-22 в 1 минуту.

Верхушечный толчок не пальпируется, отмечается эпигастральная пульсация. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя – 3 межреберье. Аускультативно первый тон ослаблен, расщеплен; второй тон над легочной артерией усилен, слабый систолический шум над трехстворчатым клапаном, ЧСС – 110 уд в минуту. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в правом подреберье: печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Отеки голеней. ЭКГ - ритм синусовый с ЧСС 110 уд. в мин., зубец Р в II отведении амплитудой 4 мм, Комплекс QRS уширен и деформирован. Ширина его 0,12 с. В отведении V1 QRS расщеплен имеет М-образный вид. В отведениях V1V2 депрессия сегмента ST и отрицательный зубец Т

Рентгенограмма грудной клетки — Положение больного правильное, ключицы находятся на одном уровне. Межреберные промежутки расширены Легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок обеднен. Низкое стояние куполов диафрагмы. Расширены правые отделы сердца.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования. Опишите ожидаемые результаты, возможные изменения ФВД.
3. Составьте план лечения больного..

Клиническая задача 2

Больная В., 28 лет, обратилась к терапевту с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,6, тянущие боли в поясничной области.

Со слов больной известно, что в возрасте 23 лет во время беременности получала лечение в урологическом отделении по поводу изменений в анализах мочи. Медицинской документации не имеет.

При осмотре обращает внимание отечность нижних век, бледность кожных покровов. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны звучные, на верхушке – короткий систолический шум. ЧСС 82 в мин. АД 140/100 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон. Никтурия до 2-3 раз за ночь.

При дополнительном обследовании выявлены следующие изменения:

Общ.ан.крови: Нв 110 г/л, Л – 11.6x10⁹/л, СОЭ 38 мм/ч.

Креатинин 114 мкмоль/л, мочевины 5,6 ммоль/л, общ.белок 65 г/л, АСТ 36 Ед/л, АЛТ 34 Ед/л.

Общ.ан.мочи: отн.плотность 1002, желт., Л 18-23 в п/зр., Эр 1-2 в п/зр, эпителий 16-18 в п/зр., бактерии +++.

УЗИ почек: Форма и расположение почек соответствуют норме. Размеры 60x102 мм и 78x104 мм. Толщина паренхимы 18 и 20 мм. Эхогенность паренхимы повышена. ЧЛС уплотнена, деформирована. Конкременты не определяются.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы, установите предварительный диагноз.
 2. Какие дополнительные исследования требуются?
- Сформулируйте план лечения, обоснуйте.

Клиническая задача 3

Больной Б., 64 года, пенсионер.

Жалобы на тяжесть в правой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке, надсадный кашель с выделением малого количества слизистой мокроты, иногда с прожилками крови.

Выяснено, что в течение многих лет отмечался небольшой кашель с мокротой по утрам. Последние полгода он стал беспокоить и по ночам, приобрел надсадный характер, появилось кровохарканье. Одышка возникла за месяц до госпитализации. Курит около 40 лет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, температура тела 36,4°C, повышенного питания. В правой надключичной области пальпируется плотный, безболезненный лимфоузел диаметром около 2 см. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно определяется тупость ниже VI ребра в правой половине грудной клетки. Там же дыхательные шумы не выслушиваются. Слева легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно - жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/60 мм рт. ст., пульс – 90 в 1 мин. Общий анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, гем. - 130 г/л, цв. п. - 0,94; лейкоц. - $6,0 \times 10^9/л$, э. - 1, п. - 4, сегм. - 60, лимф. - 30, мои. - 5, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки — Положение больного правильное, ключицы находятся на одном уровне. Межреберные промежутки расширены Легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок обеднен. Справа от 6 ребра отмечается затемнение с косой верхней границей. Купол диафрагмы не дифференцируется

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. Тактика лечения больного.

Клиническая задача 4

Больной К., 42 лет, обратился к терапевту с жалобами на боли в правой поясничной области, правых отделах живота, отдающие в паховую область, частое мочеиспускание малыми порциями, повышение температуры тела до 37,5.

Ранее переносил неоднократно приступы острых болей в поясничной области, проходящие при приеме но-шпы и баралгина.

Объективно: состояние средней тяжести, больной беспокоен, раздражителен. Питание повышенное. Температура 37,3. Отечность нижних век. Кожные покровы и слизистые розовые чистые, сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ЧСС 78 в мин. АД 160/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный справа.

После обследования выявлено:

Общ.ан.крови: Нв 121 г/л, Л - $10,8 \times 10^9/л$, п/я – 8 %, с/я – 62 %, лимф – 26 %, моноциты – 4 %, СОЭ 28 мм/ч

Мочевая кислота 568 мкмоль/л, креатинин 132 мкмоль/л, АСТ 32 Ед/л, АЛТ 26 Ед/л, ГГТ – 96 Ед/л.

Общ.ан.мочи: отн.плотность 1016, мутн., Б – 0,25, Л 16-18 в п/зр., Эр 6-8 в п/зр, бактерии +++, ураты ++.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы, установите предварительный диагноз.
2. Каких исследований не хватает? Предположите результат.
3. Назовите вероятные причины заболевания и перечислите основные факторы риска.

Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

В поликлинику к терапевту обратился пациент 57 лет с жалобами на периодически возникающие давящие боли за грудиной на фоне нервно-эмоциональной нагрузки и при выполнении интенсивных физических нагрузок (подъем тяжести, ходьба по лестнице выше 3 этажа), проходящих в покое. Из анамнеза известно, что пациент страдает артериальной гипертензией около 5 лет, максимально до 170/110 мм, регулярной гипотензивной терапии не получает. Страдает хроническим гастритом. Родители больного умерли от инсульта. Курит много лет, алкоголь не употребляет. Работает руководителем отдела программирования. Выше описанные симптомы имеются в течение 2-3 месяцев.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Отеков нет. ИМТ 31. Объем талии 110 см. Границы относительной сердечной тупости: правая по краю грудины справа в 4 межреберье, верхняя – окологрудинная линия в 2 межреберье, левая - на 1 см кнаружи от средне-ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 72 в мин, АД 140/100 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Живот мягкий. б\б.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний имеются у больного?
3. Какие исследования необходимо провести? обоснуйте каждое назначение.
4. Назначьте лечение и сформулируйте алгоритм диспансерного наблюдения

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.3)

Клиническая задача 1

Больной Л., 28 лет, поступил в реанимационное отделение с жалобами на затянувшийся приступ удушья, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, резкую слабость, сердцебиение.

При расспросе выяснено, что страдает приступами удушья около 10 лет. Обострения заболевания наблюдаются в осенне-зимний период. За последний год 5 раз лечился стационарно. Постоянно принимает поддерживающую дозу глюкокортикоидов (10 мг в сутки). В межприступный период беспокоит кашель со слизисто-гнойной мокротой, экспираторная одышка при незначительной физической нагрузке. Последнее обострение связывает с перенесенным ОРЗ, когда участились приступы удушья, усилилась одышка, перестала отходить мокрота. За сутки до госпитализации более 15 раз пользовался ингалятором. Парентеральное введение эуфиллина «Скорой помощью» также оказалось неэффективным.

Объективно: общее состояние тяжелое, больной возбужден, отмечается общий гипергидроз и диффузный цианоз кожных покровов. Положение тела вынужденное - сидя с фиксированным плечевым поясом. Дыхание шумное, 40 в 1 мин., дистанционные хрипы, резко затруднен выдох. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха. Перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы. Тоны сердца глухие, тахикардия 110 уд в 1 мин. АД - 110/60 мм.рт.ст. Со стороны желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено. Через 1 час при аускультации легких - количество сухих хрипов резко уменьшилось, дыхательные шумы почти не выслушиваются.

На РЕНТГЕНОГРАММЕ: Положение больного правильное, ключицы находятся на одном уровне. Межреберные промежутки расширены Легочные поля повышенной

прозрачности. Купол диафрагмы уплощен, опущен. Контуры сердца прослеживаются нечетко, несколько расширены правые отделы сердца.

На ЭКГ. Ритм синусовый с ЧСС 110 уд. в мин. Зубец Р во II стандартном отведении амплитудой 6 мм. Комплекс QRS уширен и деформирован. Ширина его 0,12 с. В отведении V1 QRS расщеплен имеет М-образный вид. В отведениях V1 V2 депрессия сегмента ST и отрицательный зубец Т

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования с указанием ожидаемых результатов исследований,
3. Тактика лечения.

Клиническая задача 2

Больная Ш., 35 лет обратилась на амбулаторный прием с жалобами на одышку при физической нагрузке, утомляемость, сердцебиение.

В подростковом возрасте находилась на лечении в стационаре по поводу болей в суставах и повышенной температуры. Известно, что в это период был «шум в сердце». В дальнейшем в течение нескольких лет получала инъекции бициллина. Медицинская документация не сохранилась. Долгое время чувствовала себя хорошо, к врачам не обращалась. Появление жалоб в течение последнего года.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Граница относительной сердечной тупости смещена влево. Тоны сердца приглушены, на верхушке тон ослаблен, выслушивается грубый систолический шум, проводящийся в подмышечную область. ЧСС 78 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, отеков нет.

Общий анализ крови и мочи без патологии.

Через несколько дней после посещения терапевта – приступ сердцебиения, сопровождающийся одышкой и страхом смерти. При осмотре выявлен симптом дефицита пульса.

Врачом скорой помощи проведена запись ЭКГ: зарегистрировано отсутствие зубца Р во всех отведениях, наличие волн f, различная величина интервалов R-R. ЧСС 89-112/мин.

ВОПРОСЫ:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Опишите гемодинамику.
3. Какое осложнение развилось у больной?
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Предложите лечение.

Клиническая задача 3

Больной Т., 18 лет, после контакта с кошкой впервые ощутил затрудненное дыхание на выдохе, появление малопродуктивного кашля, чувство заложенности в груди.

Ранее отмечал заложенность носа и слезотечение в период цветения трав.

Бабушка страдала от приступов удушья.

При объективном осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы: следы расчесов на разгибательной поверхности предплечий. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, выявлены свистящие дискантовые хрипы при форсированном выдохе. ЧДД 18 в мин. Живот при пальпации

мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен. Отеков нет.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Составьте план обследования для подтверждения диагноза, предположите результаты.
3. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больной В., 36 лет, госпитализирован в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение памяти, боли в прекардиальной области колющего и давящего характера, сердцебиение.

Несколько лет назад – длительная фебрильная лихорадка с ознобами, миалгии, артралгии, геморрагическая сыпь, похудание на 10 кг, гепатоспленомегалия, мезентериальный тромбоз. В течение длительного времени находился на стационарном лечении.

При объективном осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, определяется пульсация зрачков, капиллярный пульс, симптом Мюссе. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок разлитой, смещен влево и вниз. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца ослаблены, диастолический шум убывающего характера во втором межреберье справа и в 3-4 межреберье по левому краю грудины. ЧСС 92 в мин., АД 130/40 мм рт.ст. Выслушивается двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье над бедренной артерией. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Общ.ан.крови: Нв 116 г/л, Л 5,3 x10⁹/л, тр 170x10⁹/л, СОЭ 14 мм/ч.

Общ.ан.мочи: отн.плотность 1013, Б – 0,1, Л 1-3 в п/зр, Эр 1-2 в п/зр.

ЭКГ: смещение ЭОС влево. Косонисходящая депрессия STи отрицательный Т в V5-V6. Преходящая А-В блокада 2 ст.

ВОПРОСЫ:

5. Обоснуйте диагноз.
6. Какое заболевание стало причиной настоящего состояния больного?
7. Назначьте недостающие исследования и предположите их результаты.
8. Составьте план лечения.

Клиническая задача 5

Больной Р., 48 лет, на высоте приступа бронхиальной астмы внезапно почувствовал острую боль в грудной клетке, с иррадиацией в шею и руки, усиление одышки.

Доставлен с приемное отделение машиной скорой помощи.

При осмотре: больной беспокоен, состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Дыхание учащенное, поверхностное, ЧДД 26 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. Межреберные промежутки справа сглажены, над правым легким определяется тимпанический перкуторный звук. Сердечные тоны приглушены, аритмичны, ЧСС 102 в мин., АД 95/60 мм рт.ст.

Рентгенограмма легких: справа ниже угла лопатки легочный рисунок отсутствует.

ВОПРОСЫ:

1. Чем обусловлена тяжесть состояния больного?
2. Назначьте лечение.
3. Какие осложнения возможны в дальнейшем?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.1)

1. Какой форме должна соответствовать статистическая карта, выбывшего из стационара?
2. Основной закон о ведении медицинской документации в установленном порядке...
3. Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях должен соответствовать учетной форме №...
4. Первичная медицинская документация являетсядокументом
5. В каких медицинских организациях ведется первичная медицинская документация?
6. Какие учетные документы в стационаре являются основными?
7. Какие учетные документы в поликлинике являются основными?
8. Какой учетной форме должно соответствовать медицинское свидетельство о смерти?
9. Перечислите требования к написанию диагноза
10. Какой учетной форме должно соответствовать медицинское свидетельство о перинатальной смерти?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.2)

1. Какие документы входят в статистическую отчетность?
2. Перечислите требования к оформлению медицинской карты в приемном отделении
3. Какая документация оформляется на пациента, поступившего на скорой помощи?
4. Какую информацию заполняет врач, при осмотре пациента в приемном отделении?
5. Куда заносит информацию лечащий (дежурный) врач при поступлении пациента в отделение?
6. В какие документы и в какие сроки заносится клинический диагноз пациента при поступлении в стационар?
7. Структура посмертного эпикриза.
8. Назовите особенности ведения медицинской карты стационарного больного в реанимационном отделении и палате интенсивной терапии?
9. Назовите отличительные особенности медицинской карты стационарного больного в отделениях хирургического профиля?
10. Назовите перечень диагностических и лечебных исследований

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-6 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-6.3)

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-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.1)

- 1) Наиболее точным ЭКГ-диагностическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:

- 1) негативный зубец T
 - 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 кверху и несимметричный зубец T
 - 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-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.2)

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-1 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-1.3)

- 1) наиболее частым возбудителем пневмонии, который приводит к деструкции легочной ткани, является
 - а) пневмококк
 - б) гемофильная палочка
 - в) синегнойная палочка
 - г) стафилококк
- 2) самым информативным методом диагностики у 60-ти летнего больного с ателектазом верхней доли правого легкого, одышкой и непродуктивным кашлем является
 - а) перфузионная сцинтиграфия легких

- б) спирометрическое исследование
 - в) определение титра антител к днк
 - г) бронхоскопия
- 3) у больных идиопатическим легочным фиброзом при спирометрии выявляют
- а) рестриктивные нарушения
 - б) обструктивные нарушения
 - в) смешанные изменения
 - г) изменения только индекса тиффно
- 4) в клинической картине идиопатического фиброзирующего альвеолита преобладает
- а) прогрессирующая одышка
 - б) гнойная мокрота в большом количестве
 - в) длительная и рецидивирующая лихорадка
 - г) бледно-розовая сыпь в области суставов
- 5) для идиопатического легочного фиброза при компьютерной томографии органов грудной клетки типичны
- а) диссеминированные инфильтративные изменения
 - б) изменения по типу «матового стекла»
 - в) инфильтративные изменения в одном легком
 - г) множественные полости в обоих легких
- 6) наиболее неблагоприятный прогноз характерен для
- а) лимфоцитарной интерстициальной пневмонии
 - б) неспецифической интерстициальной пневмонии
 - в) острой интерстициальной пневмонии
 - г) криптогенной organizing пневмонии
- 7) при пневмонии, вызванной микоплазмой, следует назначать
- а) тетрациклины
 - б) пенициллины
 - в) цефалоспорины
 - г) макролиды
- 8) критерием госпитализации больного с пневмонией является
- а) верхнедолевая локализация поражения
 - б) выявленный лейкоцитоз более $10 \cdot 10^9/\text{л}$
 - в) нестабильная гемодинамика
 - г) фебрильная лихорадка в течение 3 дней
- 9) антибактериальную терапию при хронической обструктивной болезни легких (хобл) следует назначать
- а) при усилении кашля
 - б) при гнойной мокроте
 - в) при появлении кровохарканья
 - г) при нарастании одышки
- 10) выявление эрозий в антральном отделе желудка при фиброгастродуоденоскопии характерно для
- а) аутоиммунного гастрита
 - б) хеликобактерной инфекции

- в) гранулематозного гастрита
- г) болезни Менетрие

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.1)

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. I 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- 3,5х10¹²/л Гемоглобин- 102г/л Лейкоциты- 10,2х10⁹/л Палочкоядерные- 6% Сегментоядерные- 68% Лимфоциты- 18% Моноциты- 5% Эозинофилы- 3% СОЭ- 40 мм/час Токсическая зернистость нейтрофилов

Посев крови: Зеленеющий 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% Аспаратаминотрансфераза- 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*С. 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. Узурь 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 T 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-115 г/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-6 г/л Общий белок-82 г/л Альбумин-30 г/л ?2-глобулины-17 г/л ?1-глобулин-12 г/л ?-глобулин-8 г/л СРБ+++ Аспартатаминотрансфераза-43 ед/л Креатинфосфокиназа-110 ед/л Лактатдегидрогеназа-450 ед/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 течение 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?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.2)

Клиническая задача 1

Больной 46 лет обратился к терапевту с жалобами на головокружение при физической нагрузке, слабость, периодические давящие боли за грудиной.

Ранее отмечал частые обострения хронического тонзиллита с повышением температуры до 38-38,5. Во время службы в армии находился в госпитале в связи с заболеванием сердца, закончил службу раньше установленного срока.

При осмотре: кожные покровы бледные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 16 в мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. Сердечные тоны приглушены. На верхушке сердца, во 2-м межреберье справа от грудины и в т. Боткина – систолический шум. Шум проводится по сонным артериям. ЧСС 78 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней нет. Талия сердца подчеркнута. Контуры сердца напоминают «сидящую утку».

ЭКГ: горизонтальное положение ЭОС. Неполная блокада левой ножки п. Гиса. Единичные желудочковые экстрасистолы.

ВОПРОСЫ:

1. Установите предварительный диагноз
2. С чем связано развитие заболевания?
3. Объясните причину загрудинных болей.
4. Какие еще исследования необходимо провести?

5. Назначьте терапию, обоснуйте назначения.

Клиническая задача 2

Больной Л., 58 лет, обратился на амбулаторный прием с жалобами на кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, наиболее интенсивный по утрам, затруднение выдоха, одышку при физической нагрузке.

В течение 42 лет курит сигареты по 5 пачки в день. Кашель беспокоит более 20 лет. Одышка более 5 лет. Аллергические заболевания, бытовую и пищевую аллергию отрицает.

Объективно: телосложение нормостеническое, грудная клетка цилиндрической формы, межреберные промежутки расширены. ЧДД 19 в мин. При перкуссии нижняя граница легких опущена на 1 ребро. При аускультации легких дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, на выдохе сухие жужжащие хрипы, выдох удлинен. Сердечные тоны приглушены, акцент второго тона во втором межреберье слева. ЧСС 78 в мин. АД 140/90 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Общ.ан. крови Нв 160 г/л, Л 7,4х10⁹/л, СОЭ22 мм/ч.

Рентгенография легких: прозрачность легочной ткани повышена, корни малоструктурны, очаговых и инфильтративных теней нет.

ВОПРОСЫ:

1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы? Предположите их результаты.
3. Назначьте медикаментозную и немедикаментозную терапию.

Клиническая задача 3

Больная Н., 56 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку при незначительной нагрузке, приступы удушья в положении лежа, периодический кашель с выделением слизистой мокроты с примесью крови, приступы сердцебиения, сопровождающиеся сильным головокружением.

Из анамнеза известно, что больная в детстве и юности многократно переносила тяжелые ангины. В возрасте 23 лет перенесла тонзиллэктомию. Дважды самостоятельно рожала в 24 и 26 лет, без осложнений. Периодически в течение жизни отмечала летучие боли в коленных и плечевых суставах, эпизоды лихорадки, которые расценивала как «простуду». Прогрессирующее ухудшение состояния стала отмечать после 40 лет. Со временем усиливалась одышка, периодически замечала отеки голеней. В течение 2-х лет – приступы сердцебиения. Лечилась по месту жительства в фельдшерском пункте.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. Отеки нижних конечностей до бедра. В легких дыхание жесткое, свистящие хрипы, ЧДД 20 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних долях легких. Тоны сердца приглушены, на верхушке усиленный I тон, II тон и тон открытия митрального клапана, диастолический шум. Акцент II тона на легочной артерии. Ритм правильный. ЧСС 82 в мин, АД 120/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень плотная, выступает на 5 см из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

В общем анализе крови и мочи патологических изменений нет. СРБ 3,2 мг/л, фибриноген 3,8 г/л, АСЛ-О 256 Ед/л, креатинин 86 мкмоль/л, общ.белок 62 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести? Какие результаты ожидаются?
3. Опишите гемодинамические нарушения у данной больной.

4. Объясните с чем связана аускультативная картина в легких?
5. Какое нарушение ритма типично для данной патологии?
6. Назначьте лечение.

Клиническая задача 4

Больной Ш., 48 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на слабость, боль в грудной клетке, кашель с мокротой желтого цвета с примесью крови.

Пациент страдает сахарным диабетом с инсулинпотребностью.

Заболел остро, после возвращения из командировки из арабской страны. Внезапно повысилась температура до 40, появился понос, боль в животе, слабость, головные и мышечные боли, затем появился кашель с мокротой желтоватого оттенка, боль в грудной клетке, одышка при нагрузке.

При обследовании по месту жительства выявлены в общ.ан. крови – лейкоцитоз до $18 \times 10^9/\text{л}$, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, повышение СОЭ до 56 мм/ч, увеличение АСТ 96 Ед/л, АЛТ 102 Ед/л, СРБ 68 г/мг/л, появление лейкоцитурии и микрогематурии в ан. мочи.

На рентгенограмме легких – множественные инфильтраты в обоих легких.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 39,3. Лицо гиперемировано. Кожные покровы сухие. В легких – дыхание жесткое, влажные хрипы, шум трения плевры в нижних отделах справа, ЧДД 22 в мин. Сердечные тоны звучные, на верхушке – систолический шум, ЧСС 96 в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги, эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Отеков нет.

ВОПРОСЫ:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Какой возбудитель вызвал данную пневмонию?
3. Требуется ли дополнительное обследование?
4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Больная Н., 56 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку при незначительной нагрузке, приступы удушья в положении лежа, периодический кашель с выделением слизистой мокроты с примесью крови, приступы сердцебиения, сопровождающиеся сильным головокружением.

Из анамнеза известно, что больная в детстве и юности многократно переносила тяжелые ангины. В возрасте 23 лет перенесла тонзиллэктомию. Дважды самостоятельно рожала в 24 и 26 лет, без осложнений. Периодически в течение жизни отмечала летучие боли в коленных и плечевых суставах, эпизоды лихорадки, которые расценивала как «простуду». Прогрессирующее ухудшение состояния стала отмечать после 40 лет. Со временем усиливалась одышка, периодически замечала отеки голеней. В течение 2-х лет – приступы сердцебиения. Лечилась по месту жительства в фельдшерском пункте.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. Отеки нижних конечностей до бедра. В легких дыхание жесткое, свистящие хрипы, ЧДД 20 в мин. Приглушение перкуторного звука в нижних долях легких. Тоны сердца приглушены, на верхушке усиленный I тон, II тон и тон открытия митрального клапана, диастолический шум. Акцент II тона на легочной артерии. Ритм правильный. ЧСС 82 в мин, АД 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень плотная, выступает на 5 см из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

В общем анализе крови и мочи патологических изменений нет. СРБ 3,2 мг/л, фибриноген 3,8 г/л, АСЛ-О 256 Ед/л, креатинин 86 мкмоль/л, общ.белок 62 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие инструментальные исследования необходимо провести? Какие результаты ожидаются?
3. Опишите гемодинамические нарушения у данной больной.
4. Объясните с чем связана аускультативная картина в легких?
5. Какое нарушение ритма типично для данной патологии?
6. Назначьте лечение.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2 (контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-2.3)

Клиническая задача 1

Больная Т., 49 лет, доставлена в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 37,4, упорный мучительный кашель со скудной мокротой, одышку при физической нагрузке, боли в мышцах, слабость.

Заболела 2 недели назад, появилась боль в горле, слезотечение, насморк, температура до 37,3. Лечилась с диагнозом ОРВИ. Через 8 дней от начала заболевания появился сухой мучительный кашель. Проведена рентгенография легких, выявлены усиление и деформация легочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. По месту жительства назначена моксиклав, который больная принимала в течение 7 дней без видимого эффекта. Сохранялся мучительный кашель. Появились боли в прекардиальной области, перебои в работе сердца. Проведены ЭКГ, ЭХО-КГ, по результатам которых установлен диагноз – миокардит.

В связи с продолжающимся кашлем, миалгиями, одышкой при физической нагрузке проведено КТ легких. Выявлена правосторонняя сегментарная пневмония.

В общ.ан. крови: Нв 118 г/л, Л 3,9х10⁹/л, п/я 4 %, с/я 62 %, лимф- 25 %, эоз 4 %, моноц – 5 %, СОЭ 22 мм/ч

ВОПРОСЫ:

1. Почему оказались неэффективны а/б пенициллинового ряда?
2. Как идентифицировать возбудителя пневмонии?
3. Назовите возбудителя пневмонии.
4. Какая терапия должна быть назначена?

Клиническая задача 2

Больной В., поступил в стационар с жалобами на боли в животе, неоформленный стул 6-8 раз в сутки, тошноту, вздутие живота, повышение температуры до 37,4, боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, появление горячих на ощупь образований багрово-синюшного цвета округлой формы на коже голеней, болезненных при надавливании.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,8, пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, ангулярный стоматит, афты в полости рта. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны приглушены, на верхушке короткий тихий систолический шум, ритм правильный, ЧСС 78 в мин. АД 110/80 мм рт ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицателен. На коже голеней проявления узловой эритемы.

Общ.ан. крови: Нв 100 г/л, Л 8,9х10х9/л, СОЭ 52 мм/ч.

Осмотр проктолога: в анальной области имеется свищевой ход со скудным гнойным отделяемым.

Колоноскопия: отечность, утолщение, контактная коვоточивость слизистой оболочки толстой кишки, щелевидные язвы-трещины, симптом «булыжной мостовой».

ВОПРОСЫ:

1. Установите и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями должна проводиться дифференциальная диагностика?
3. Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях?
4. Какие осложнения возникли и могут развиваться у больного?
5. Назначьте лечение.

Клиническая задача 3

Больной К., 48 лет, инженер. Жалобы на отеки лица, нижних конечностей, слабость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке, головокружение, жажду, периодические поносы.

Выяснено, около трех месяцев назад стал отмечать отечность лица по утрам, затем появилась слабость, снижение работоспособности. За последние 3 недели после перенесенного ОРЗ появились отеки голеней, стоп, жажда, головокружение, одышка при физической нагрузке.

Открытый перелом бедра слева 10 лет назад. Неоднократно госпитализировался в хирургический стационар по поводу посттравматического остеомиелита, перенес три операции на левом бедре.

Объективно: общее состояние средней тяжести, адинамичен, кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Рыхлые отеки нижних конечностей, пастозность лица. Левая нога на три см короче правой, в передней трети бедра - послеоперационные рубцы. Отмечается притупление легочного звука в задненижних отделах легких с уровня VII ребра с обеих сторон. Дыхание везикулярное, в области притупления — ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление 110/60 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, несколько увеличен в размерах. Определяется притупление в отлогих местах с обеих сторон от срединной линии. Общий анализ крови: эритроциты $-3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин-100 г/л, ЦП-0,95, лейкоциты- $5,0 \times 10^9/л$, э-1, п-4, сегм.-61, лимф.-2, мон.-5, СОЭ- 60 мм/час. Общий анализ мочи: количество 100,0, цвет - светло-желтый, реакция - кислая, плотность -1020, сахар - нет, белок - 3 г/л, эпителиальные клетки - 2-3 в поле зрения, эритроциты -0, гиалиновые цилиндры - 3-4 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. О каком заболевании почек можно думать?.
2. Какие обследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Укажите ожидаемые результаты исследований.
4. Какое лечение требуется?

Клиническая задача 4

Больная М., 58 лет, на амбулаторном приеме предъявляет жалобы на боли в верхних отделах живота, чувство переполнения желудка после еды, подташнивание, метеоризм, неустойчивый стул со склонностью к поносам, слабость, головокружение, одышку, жжение в языке, «ползание мурашек» в зоне «носов», ломкость ногтей.

При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, кожные покровы бледные, сухие, ангулярный стоматит. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 85 в мин. АД 140/85 мм рт.ст. Язык «лакированный». Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и мезогастррии. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Отеков нет.

Общ.ан.крови: Нв 100 г/л цв.пок-ль 1,01 Л 3,9х10х9/л, тр. 150Х10х9/л, СОЭ 21 мм/ч.

ЭГДС: слизистая желудка истонченная, бледная, сосуды инъецированы, стенки желудка гипотоничны, дуодено-гастральный рефлюкс.

Биоптат слизистой оболочки желудка: дистрофические изменения эпителия, отек стромы, атрофия желез. НР (-).

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдромы, установите диагноз.
2. Какому варианту заболевания соответствует описание биоптата?
3. Объясните причины анемии.
4. Назначьте лечение.

Клиническая задача 5

Бальная Н., 48 лет. Доставлена бригадой «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела до 38°C. частое, болезненное мочеиспускание, тупые ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость, периодическое познбливание.

20 лет назад, на сроке 30-36 недель беременности, наблюдались изменения в моче, исчезнувшие после родов. Около 12 лет назад выявлено повышение АД до 180/100-200/120 мм.рт.ст.

При осмотре больной патологических изменений не обнаружено. При перкуссии сердца - расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1 см, повышение АД до 190/120 мм.рт.ст., положительный симптом Пастернацкого справа.

Общий анализ мочи: количество - 150 мл, плотность - 1007, белок - 0,099 г/л, эпителий - большое количество, лейкоциты - 40-60 в п/зр., эритроциты - 3-4 п п/зр., цилиндры (гиалиновые) - 2 в п/зр.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования, включая консультации специалистов.
3. Укажите ожидаемые результаты обследования и заключения специалистов.
4. Назначьте лечение.