

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра внутренних болезней №5

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания
Центрального координационного
учебно-методического совета от
«05» 02 2021 г. № 3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

промежуточной аттестации (1 семестр)

к основной профессиональной образовательной программе высшего образования-
программы ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия,
утвержденной 26.02.2021 г.

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
От 03 02 2021 г. (протокол №10)

Заведующий кафедрой
проф. Н.М. Бурдули



г. Владикавказ 2021г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
6. Комплект оценочных средств
 - ситуационные задачи по практическим навыкам
 - эталоны тестовых заданий
 - вопросы к зачету/экзамену

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

**на фонд оценочных средств к рабочей программе дисциплины модуля «Терапия»
для клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре внутренних болезней №5 на основании рабочей программы учебной дисциплины модуля «терапия» и соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС) по специальности 31.08.49 Терапия.

Фонд оценочных средств включает в себя вопросы для оценки практических навыков, банк тестовых заданий, билеты на зачет (экзаменационные билеты).

Билеты для оценки практических навыков позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия и включают в себя 2 ситуационные задачи. Количество билетов составляет 27. Ситуационные задачи в билетах разнообразны и отражают весь объем практических навыков.

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: варианты тестовых заданий с ответами. Все задания соответствуют рабочей программе учебной дисциплины по специальности 31.08.49 терапия, и охватывает все ее разделы. Количество тестовых заданий составляет 1700.

Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов составляет 25, что достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 2 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы,

позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств рабочей программы учебной дисциплины модуля «терапия» для клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия, способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств для клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации ординаторов.

«__» _____ 20__ г.

4. Паспорт фонда оценочных средств
рабочей программы учебной дисциплины модуля «терапия» для
клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия

4.1. Модели контролируемых компетенций:

Индекс	Формулировка компетенции
УК-1	Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
УК - 2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК - 3	Готовность участвовать в работе российских и международных исследовательских коллективов по решению научных и научно-образовательных задач
ПК - 1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК - 2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК - 3	Способность и готовность к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности;
ПК- 4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК - 5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК - 6	Способность и готовность проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп;
ПК- 7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК - 8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК - 9	Способность и готовность к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных

	информационных технологий для решения профессиональных задач
ПК - 10	Способность и готовность применять современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно-обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья мужчин и женщин;
ПК - 11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ПК - 12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе, медицинской эвакуации

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1.

Беспокоит кашель с мокротой зеленого цвета, которая отделяется в течение всего дня. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. При перкуссии слева под ключицей от II до IV ребра по среднеключичной линии определяется тимпанический тон, дыхание в этой области амфорическое, влажные хрипы. Бронхофония и голосовое дрожание здесь же резко усилены.

1. О каком патологическом процессе Вы думаете?
2. Разновидностью какого дыхательного шума является амфорическое дыхание?
3. Дайте характеристику тимпанического перкуторного звука?
4. Какие данные Вы получите при исследовании мокроты?

ЗАДАЧА 2.

Через 2 недели от начала лечения у него появились боли в области сердца, они носили колющий характер, иногда были тупыми. Приступов сильных болей не было. Больной сказал об этом врачу.

Врач исследовал сердечно-сосудистую систему и обнаружил в области абсолютной тупости сердца шум трения перикарда. Границы сердца не изменены. В течение месяца сохраняется шум трения перикарда.

1. О каком поражении сердца следует прежде всего подумать врачу?
2. Какие исследования необходимо назначить?
3. Какова тактика ведения больного.

ЗАДАЧА 3.

У больного Е., 43 лет, доставленного в клинику, при осмотре выявлено следующее: левая половина грудной клетки несколько увеличена в размерах. Отмечается отставание ее в акте дыхания, сглаженность и небольшое выбухание межреберных промежутков.

ПРИЗНАКИ КАКОГО СИНДРОМА ИМЕЮТСЯ У БОЛЬНОГО?

- Жидкость или воздух в плевральной полости;
- Абтурационный ателектаз;
- Воспалительное уплотнение доли легкого.

ЗАДАЧА 4.

В отделение поступил больной Т., 50 лет, инженер. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, на тихий сухой кашель, на повышение температуры тела до 37,5⁰ С.

Положение вынужденное - больной лежит на правом боку, прижимая рукой правую половину грудной клетки.

КАКОВЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ХАРАКТЕР ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ?

- Поражение плевры;
- Хронический воспалительный процесс в бронхах;

- Гнойный воспалительный процесс в бронхах (бронхоэктазы) или в легком (абсцесс);
- Изолированное поражение альвеол;
- Воспалительное поражение альвеол и бронхов (бронхопневмония).

ЗАДАЧА 5.

Больная К., 38 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на кашель (сухой), повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – травма грудной клетки.

При осмотре: бледность кожных покровов, отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии отклонений от нормы не выявлено. При аускультации ослабленное дыхание и шум трения плевры справа в нижних отделах сзади.

Рентгенологическое исследование – без патологии.

Анализ крови: лейкоцитоз, незначительное повышение СОЭ.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Почему возникла боль в грудной клетке?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 6.

Больная М., 28 лет, медицинская сестра, поступила в терапевтическое отделение больницы с жалобами на высокую температуру тела (до 39°C), выраженный сухой кашель, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки, одышку при ходьбе, общую слабость.

Заболела 5 дней назад после переохлаждения. Повысилась температура тела до $37,3^{\circ}$, появились сухой кашель, сильная боль в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле. Лечилась амбулаторно аскорбиновой кислотой и аспирином. Эффекта не было. Температура тела повысилась до 39°C , стала беспокоить одышка.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, акроцианоз, одышка (частота дыхания - 24 в минуту). При осмотре определяются отставание и некоторое выбухание правой половины грудной клетки, здесь же ослабление голосового дрожания. При перкуссии грудной клетки имеет место притупление звука с наивысшей точкой в подмышечной области, сзади от нижнего угла лопатки до диафрагмы, спереди - от 4-го ребра до легочно-печеночной тупости. При аускультации в месте укорочения перкуторного звука дыхание и бронхофония резко ослаблены, хрипов нет. Пульс - 116 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Сердце - тоны глуховатые, ритм сердца правильный. Со стороны других органов и систем патология не выявлена.

Перенесенные заболевания: в детстве отмечает частые ОРВИ и грипп. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Все лекарственные препараты переносит хорошо. **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее информативные дополнительные методы исследования, позволяющие уточнить диагноз. Наметьте план лечения.

ЗАДАЧА 7.

Больная К., 38 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на кашель (сухой), повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – травма грудной клетки.

При осмотре: бледность кожных покровов, отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии отклонений от нормы не выявлено. При аускультации ослабленное дыхание и шум трения плевры справа в нижних отделах сзади.

Рентгенологическое исследование – без патологии.

Анализ крови: лейкоцитоз, незначительное повышение СОЭ.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?

2. Почему возникла боль в грудной клетке?

3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА №8.

Больной А., 36 лет, жалуется на повышение температуры до 38⁰С, сухой кашель, боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании, кашле; одышку, потливость. Заболел остро после переохлаждения.

При осмотре: легкий цианоз губ, щек, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания. ЧД 26 в 1 мин.

При перкуссии укорочение перкуторного звука слева ниже лопатки.

При аускультации там же шум трения плевры, влажные мелкопузырчатые хрипы.

Анализ крови: л. 15· 10⁹/л с нейтрофильным сдвигом влево, э. 5%, СОЭ 24 мм/ч.

Результаты рентгенологического исследования: уменьшение экскурсии левого легкого, более высокое стояние диафрагмы слева.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие заболевания следует исключить?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 9.

Больной Н., 27 лет, предъявляет жалобы на кашель с небольшим количеством мокроты, температура, до 37,8⁰С. Болен 4 дня.

ОСМОТР: гиперемия лица, дыхательная подвижность грудной клетки не нарушена.

ПАЛЬПАЦИЯ: голосовое дрожание не изменено.

ПЕРКУССИЯ: над легкими ясный легочный звук.

АУСКУЛЬТАЦИЯ: справа сзади ниже угла лопатки ослабленное везикулярное дыхание, звучные влажные хрипы; с обеих сторон рассеянные сухие хрипы.

ЧТО У БОЛЬНОГО?

1. Поражение плевры.
2. Воспалительный процесс бронхов.

Воспалительный процесс бронхоальвеолярного аппарата (бронхопневмония).

ЗАДАЧА 10.

Больной И., 36 лет, обратился с жалобами на озноб, повышение температуры, сухой кашель, сильную боль в правой половине грудной клетки.

Объективно: температура 37,8⁰С. Состояние средней тяжести. Пациент лежит на правом боку. Кожа чистая, при осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании. Дыхание справа ослабленное, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента.

ЗАДАЧА 11.

Больной Т., 48 лет, доставлен в отделение с жалобами на резчайшую боль за грудиной, иррадиирующую в обе руки, под левую лопатку, не купирующуюся нитроглицерином и лишь

слегка уменьшающуюся после введения промедола, фентанила и дроперидола. В течение последних 10 дней отмечает периодически возникающую боль за грудиной меньшей интенсивности и продолжительности.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения, аритмичный, АД 80/40 мм рт ст. Тоны сердца глухие. ЧД 28 в мин. В легких дыхание везикулярное. Печень не увеличена, отеков нет.

Анализ крови: Hb136 г/л, эр. $4,5 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. $10,2 \cdot 10^9/л$, э 0, н 12, с 58%, л 23%, СОЭ 10 мм/ч. АсАТ 1,2, АлАТ 0,68 ммоль/л.

ЭКГ: в I - II, aVL, V₂-V₆ дугообразно смещен интервал S-T вверх, отрицательный зубец T в этих отведениях.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое необходимо лечение?

ЗАДАЧА № 12.

Больная Д., 48 лет, поступила в терапевтический стационар с жалобами на головную боль, мелькание "мушек" перед глазами, сердцебиение. В течение 6 лет периодически повышается АД - до 190/100 мм.рт.ст. Состоит на диспансерном учете. Постоянно принимала энап 20 мг/сутки. АД снижалось до 150/90 мм.р.ст. Неожиданно на работе появились головная боль в затылочно-теменной теменной области, мелькание "мушек" перед глазами, сердцебиение. Обратилась к участковому врачу, который зафиксировал повышение АД до 230/100 мм.рт.ст., в связи с чем пациентка направлена в стационар.

Объективно: больная возбуждена. На коже туловища и лица - красные пятна. Кожные покровы влажные на ощупь. В легких - везикулярное дыхание, ЧД - 18 в минуту. Левая граница сердца па 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Пульс - 110 в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, акцент II тона на аорте. АД - 220/100 мм.рт.ст. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения больной при поступлении в стационар и после купирования данного состояния.

ЗАДАЧА №13

Больная К., 47 лет, страдает гипертонической болезнью около 5 лет. Лечиться амбулаторно препаратами раувольфии, периодически мочегонными, периферическими спазмолитиками. После ночной смены (работает диспетчером в автопарке), отметила усиление головной боли, преимущественно в затылочной области, вялость, тошноту. К вечеру головная боль стала нестерпимой, ухудшилось зрение, слух, появилась рвота. Врач «скорой помощи» оценил состояние больной тяжелым: сознание спутанное, пульс 69 ударов в минуту, ритмичный, напряженный, твердый. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке сердца, основании, акцент II тона на аорте. АД 215/150 мм рт.ст. на ЭКГ: уширение комплекса QRT, снижение сегмента ST, зубец T – отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Определите тактику ведения больной.
4. Назовите возможные осложнения.

ЗАДАЧА 14.

Больной 57 лет, жалуется на загрудинные боли в течение последних 10-12 часов. Состояние больного тяжелое, бледен, покрыт потом. АД 120/80 мм рт ст. Сердце увеличено влево, тоны глухие. Пульс 110 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Состояние больного продолжало ухудшаться, АД снизилось до 80/50 мм рт ст, диурез резко уменьшился до 250 мл. На ЭКГ ST выше изолинии во II, III, T отрицательный глубокий зубец Q. В крови лейкоцитоз, АСТ-

1,3, АЛТ- 0,4.

Вопросы:

- 1.Ваш диагноз?
- 2.Какое осложнение развилось у больного?

ЗАДАЧА 15.

Мужчина 29 лет.

Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт ст.), в связи с чем был освобожден от службы в Армии. Несмотря на рекомендации врачей, гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе.

Объективно: ЧСС 78 уд/мин., АД 200/110 мм рт ст., S = D, АД на нижних конечностях 160/100 мм рт ст., S = D. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХОКГ: клапанный аппарат интактен

Вопросы:

- 1.Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
- 2.Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
- 3.Тактика лечения

ЗАДАЧА 16.

Женщина 53 лет. Находится в хирургическом отделении. На 8 день после полостной операции при попытке сесть внезапно возникло резкое удушье с нарастающим диффузным цианозом, появился холодный пот.

Объективно: АД – 50/20 мм рт. ст., глухие тоны, тахикардия. В легких без особенностей.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
- 2.Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
- 3.Тактика лечения

ЗАДАЧА 17.

Больной И., 52 лет, внезапно почувствовал интенсивную пекущую боль в сердечной области, которая не купировалась после последовательного четырехкратного приема нитроглицерина, и продолжалась приблизительно 30 мин. На ЭКГ ритм синусовый, регулярный, ЧСС 92 в мин, PQ 0.18 с, QRS 0,15 с. Предыдущих кардиограмм не сохранилось.

Какой из перечисленных лабораторных показателей необходимо определить в первую очередь?

1. Уровень тропонина Т;
2. Уровень щелочной фосфатазы;
3. Скорость оседания эритроцитов;
4. Реакция Вассермана;
5. АСТ.

ЗАДАЧА 18.

У 64-летнего больного, перенесшего инфаркт миокарда, в течение года

прогрессирующая АГ, в моче – микропротеинурия (белок 0,033 г/л).

Вопросы:

Какие положения правильны?

1. Наиболее вероятной причиной артериальной гипертензии является гломерулонефрит.
2. Необходимо исследовать экскрецию катехоламинов с мочой.
3. При внутривенной урографии можно ожидать задержки поступления и выведения контраста одной из почек и уменьшение ее размеров.
4. Диагноз может быть подтвержден при ангиографии.
5. Возможно оперативное лечение.

ЗАДАЧА 19.

Больной Р., 51 год, находится на стационарном лечении в терапевтическом отделении по поводу гипертонической болезни II ст. в связи со стойкой гипертензией, частыми кризами назначено лечение пентамином (5% раствор по 2 мл в/в). После третьей инъекции через 10 минут у больного внезапно появилось ощущение общей слабости, головокружение, озноб, жажда, черты лица заострены, конечности холодные, кожные покровы и слизистые оболочки, бледные с цианотичным оттенком. Пульс 112 в 1 минуту, малый, слабый. АД 80/45 мм рт. Ст. тоны сердца глухие. Реакция зрачков на свет вялая, тремор рук

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Объясните патогенез резкого ухудшения состояния больного.
4. Определите диагноз.

ЗАДАЧА №20.

Больной М., 62 лет, который находился в кардиологическом отделении по поводу нестабильной стенокардии, внезапно упал и потерял сознание. При осмотре пульс, тоны сердца и АД отсутствуют. Зрачки на свет не реагируют. На мониторе определяется фибрилляция желудочков. Что должен сделать врач в первую очередь?

- А. Закрытый массаж сердца;
- Б. Искусственное дыхание;
- В. Нанести прекардиальный удар;
- Г. Внутрисердечно ввести адреналин;
- Д. Провести электрическую дефибрилляцию.

ЗАДАЧА 21.

Больной А., 38 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе по комнате, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, слабость.

Болен в течение 4 лет, когда без видимой причины появились и постепенно стали нарастать одышка, слабость, отеки нижних конечностей. Лечился мочегонными, сердечными гликозидами без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. Шейные вены набухшие, отеки нижних конечностей до средней трети бедра. ЧД -26 в мин. При перкуссии притупление перкуторного звука над нижними отделами легких, здесь же влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница относительной сердечной тупости на 3 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - 2 ребро, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на легочной артерии, ЧСС - ПО в мин, экстрасистолия. АД -

100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный; печень на 6 см выступает из-под края реберной дуги.

ЭКГ: вольтаж снижен, частые желудочковые и предсердные экстрасистолы, выраженные диффузные изменения миокарда. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение размеров сердца, ослабление пульсации. Застойные явления в легких.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение с указанием препаратов.

ЗАДАЧА 22.

Больной Н, 57 лет, поступил в стационар с жалобами на перебои в работе сердца, головокружение, одышку при физической нагрузке, слабость.

Симптомы появились 3 года назад после перенесенного инфаркта миокарда.

Объективно: состояние средней тяжести, акроцианоз. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 24 в мин. Левая граница сердца на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, экстрасистолия 15-17 в мин, ЧСС 90 в мин. АД - 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, печень, селезенка не пальпируются.

ЭКГ: на фоне синусового ритма частые право- и левожелудочковые экстрасистолы. В отведениях II, III, aVF желудочковый комплекс в виде QS, зубец Т изоэлектричен, сегмент ST на изолинии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 2. Составьте план обследования
- Составьте план лечения с указанием препаратов

ЗАДАЧА 23.

Больной Ж., 68 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку смешанного характера в покое, отеки, перебои в работе сердца. В течение 30 лет АД периодически повышается до 230-240 /120-140 мм.рт.ст., регулярно не лечился. Неоднократно находился на стационарном лечении по поводу гипертонических кризов. 4 года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда. С этого времени появились одышка смешанного характера, отеки на нижних конечностях. В дальнейшем одышка стала беспокоить и в покое.

Объективно: положение вынужденное - ортопноэ. Акроцианоз. В легких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон, ЧДД - 28 в минуту. Тоны сердца глухие, мерцательная аритмия. ЧСС - 126 в минуту. Пульс - 80 ударов в минуту. АД - 150/120 мм.рт.ст. Асцит. Анасарка. Печень на 4 см ниже края реберной дуги.

Эхокардиография: дилатация полостей сердца, глобальное снижение сократимости.

ЭКГ: ЧСС 90-160 в минуту, зубец Р отсутствует, расстояния R-R различные, волны мерцания в V. Рубцовые трансмуральные изменения в передне-боковой стенке левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение с указанием препаратов.

ЗАДАЧА 24.

Больной Г., 56 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, перебои в работе сердца, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье.

2 года назад перенес инфаркт миокарда, с этого времени беспокоят сердцебиение, одышка при ходьбе. Ухудшение самочувствия в течение месяца: усилилась одышка, появились отеки на ногах, возникли перебои в работе сердца, тяжесть в правом подреберье.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, акроцианоз. На голенях отеки до средней трети. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 120

в мин. Пульс - 110 в мин, пульсовые волны разные. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье, печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения с указанием препаратов.

ЗАДАЧА 25.

К врачу обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела 37,1⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

ЗАДАЧА 26.

Больной М., 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на тяжесть и дискомфорт в правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, общую слабость, быструю утомляемость, выраженное вздутие живота.

Из анамнеза известно, что больной работает слесарем, часто употребляет алкоголь, однако отрицает злоупотребление. До настоящего времени считал себя здоровым человеком, к врачам не обращался.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы смуглые, склеры желтушные. На коже груди единичные сосудистые звездочки, контрактура Дюпюитрена больше выражена слева. Отеков ног нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. АД 120 и 70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот вздут. При пальпации болезненный в эпигастрии, правом подреберье, окружность живота 89 см. Печень перкуторно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии справа. Край печени заострен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена – 160x100 мм, не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный.

При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение печени и селезенки, расширение печеночной и селезеночной вен, небольшое количество свободной жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

ЗАДАЧА 27.

Больной М., 44 года, жалуется на резкую общую слабость, чувство тяжести в правом подреберье, исхудание, постоянную тошноту, кровоточивость десен, сонливость.

Из анамнеза известно, что больной с 18 лет злоупотребляет алкоголем. Указанные жалобы появились около года назад. За это время дважды лечился в стационаре.

При осмотре: состояние средней тяжести, больной пониженного питания, кожа сухая, иктеричность склер и кожи, на коже лица и плечевого пояса «сосудистые звездочки». Отеков нет.

Язык умеренно обложен белым налетом, влажный. Живот вздутый, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 6 см из-под края реберной дуги, край ее

закруглен, болезнен. Пальпируется выступающая на 2 см ниже левой реберной дуги селезенка.

Пульс 64 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 105/60 мм. рт. ст. Тоны сердца умеренно ослаблены. При перкуссии грудной клетки справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Здесь же ослаблено дыхание.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое, обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Показано ли больному санаторно-курортное лечение?

ЗАДАЧА 28.

Двум студентам дано задание определить верхнюю границу печени по среднеключичной линии справа. Один студент определил границы печени, пользуясь тихой перкуссией, и нашел ее на уровне шестого ребра, другой применил глубокую перкуссию и нашел верхнюю границу печени на уровне пятого ребра.

1. Какой из студентов определил верхнюю границу печени правильно и почему?
2. От чего зависит положение верхней границы относительной тупости печени?
3. Положение абсолютной или относительной верхней границы печёночной тупости более постоянно?
4. Определением какой тупости печени ограничиваются на практике?

ЗАДАЧА 29.

У больного 30 лет в течение недели отмечались катаральные явления, слабость, головные боли, субфебрильная температура, тяжесть в правом подреберье.

День назад появились желтушность склер, темная моча. В крови — лейкопения, повышенное количество прямого и непрямого билирубина.

Моча темно-бурого цвета, мутноватая, уд. вес— 1022, белка и сахара нет, реакция на билирубин положительная, на уробилиногеновые тела резко положительная. Осадок мочи без изменений.

I. О какой патологии можно думать и почему?

1. Паренхиматозная желтуха.
2. Механическая желтуха.
3. Гемолитическая желтуха.

Ваш предположительный диагноз, план обследования, план лечения.

ЗАДАЧА 30.

Больной В., 26 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, кровоточивость десен, желтушность кожных покровов.

Три года назад впервые появилась желтушность кожи, при обследовании выявлено увеличение печени и селезенки, печень выступала на 5 см, селезенка на 4 см, резко повышены цифры аминотрансфераз – АЛТ в 9 раз, АСТ в 7 раз, тимоловая проба 16 ед, билирубин превосходил норму в 2 раза, умеренная тромбоцитопения. HBsAg – отр., анти – HAV отр., анти – HCV отр. Тогда же было проведено лечение, состояние улучшилось.

Настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель, появились выраженная слабость, сонливость днем, усилилась желтуха, появились спонтанные десневые кровотечения. В анализах крови билирубин превышает норму в 7 раз, реакция прямая, активность АЛТ повышена в 11 раз, АСТ в 10 раз, тимоловая проба 16 ед.

Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, единичные сосудистые звездочки на кожи кистей, верхней половины груди, спины, печеночные ладони. Печень + 3 см из под края реберной дуги, край заострен, консистенция уплотнена. Селезенка +6 см, плотная.

В анализах крови (эритроциты – $3,3 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $2,2 \cdot 10^9$, тромбоцитов 45 тыс), СОЭ – 46, протромбин 64%, снижение общего белка, альбуминов, повышение глобулинов.

Маркеры вирусов гепатита С положительные.

УЗИ: печень умеренно увеличена за счет обеих долей, структура умеренно диффузно уплотнена. Селезенка 173-80 мм. Воротная вена 12,5 мм, селезеночная вена в области ворот 11 мм. Свободно жидкости в брюшной полости нет.

ЭГДС: по правой стенке пищевода в нижней трети одна расширенная вена до 0,4 см. слизистая пищевода гиперемирована и отечна в нижней трети, там же видны множественные красные плоские

эрозии. Слизистая желудка и 12 п.к. гиперемирована.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 31.

Больная О., 40 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на интенсивный кожный зуд, желтушное окрашивание кожи, тяжесть в правом подреберье, слабость.

В течение года отмечает кожный зуд. Лечилась у дерматолога антигистаминными препаратами без эффекта. За последний месяц кожный зуд усилился, появилось желтушное окрашивание кожи, тяжесть в правом подреберье.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и склеры иктеричны. На груди, спине, плечах расчесы, на груди единичные сосудистые звездочки. Пульс - 76 в мин, ритмичный, АД - 120/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 5 см выступает из-под реберной дуги, плотная, гладкая, безболезненная. Селезенка на 1 см выступает из-под реберной дуги.

Билирубин крови 80 мкмоль/л, прямой 54 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 6,0 ммоль/лч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение с указанием препаратов.

ЗАДАЧА 32.

К врачу обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на тупые, распирающие боли вокруг пупка, возникающие через 3-4 часа после еды, вздутие живота, сильное урчание в животе, обильный жидкий стул 2-3 раза в день, слабость, быструю утомляемость, похудание. Отмечается непереносимость молока. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 36,9°C. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. В углах рта определяются "заеды". Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

ЗАДАЧА 33.

Больная Г., 50 лет, жалуется на общую слабость, исхудание, плохой аппетит, увеличение живота. В прошлом перенесла болезнь Боткина, заболевание протекало длительно, полного выздоровления не наступило. При обследовании обнаружено увеличение живота, более отчетливое в нижнем отделе, пупок выпячен, на коже живота видны расширенные вены, расходящиеся радиально от пупка. В брюшной полости обнаружена свободная жидкость. Печень немного увеличена, плотная, нижний край ее острый, безболезненна, поверхность мелкобугристая. Пальпируется плотная, увеличенная, безболезненная селезенка. В крови умеренная анемия, лейкопения.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какими методами можно определить свободную жидкость в брюшной полости?
3. Какие исследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 34.

Поступил больной Ж., 50 лет, с жалобами на боли в эпигастральной области, появляющиеся через 30 минут после приема пищи, купирующиеся приемом щелочей, теплом и холинолитиками; пониженный аппетит, тяжесть в эпигастрии, отрыжку, тошноту; периодически рвоту, приносящую облегчение.

АНАМНЕЗ: Болен в течение 5 лет. Обострение отмечается каждую весну и осень.

ОБЪЕКТИВНО: Больной нормального питания. При пальпации болезненность в подложечной области по средней линии.

1. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
 2. Язвенная болезнь желудка.
 3. Рак желудка.
 4. Хронический гастрит.
2. Ваш диагноз, план обследования и лечения больного.

ЗАДАЧА 35.

Больная К., 46 лет, жалуется на боль в правом подреберье, временами приобретающую более выраженный характер вплоть до острого приступа. Боль усиливается после употребления жирной, жареной пищи, которой больная на протяжении последних лет избегает; беспокоит горький вкус во рту. Вначале (несколько лет тому назад) боль была непостоянной, на протяжении последнего года приступы участились. После одного из таких приступов повысилась температура, появились желтуха и обесцвеченный кал. В связи с этим направлена на стационарное лечение.

При осмотре: выраженная желтуха, особенно склер. Язык влажный, с небольшим белым налетом, френикус-симптом справа положительный. Болезненность в нижней точке Мюсси. Живот не вздут. Перкуссия и поверхностная пальпация безболезненны, за исключением правой подреберной области. Из-за боли и защитного мышечного напряжения пальпацию печени осуществить не удастся. Реакция на желчные пигменты в моче резко положительная. Общий билирубин крови 142 мкмоль/л, прямой билирубин 110 мкмоль/л, непрямой 32 мкмоль/л. Трансаминазная активность крови: АсТ 0,46 мкмоль/л, АлТ 0,6 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение с указанием препаратов

ЗАДАЧА 36.

К врачу обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу живота и в левой половине, чередование поносов (стул в небольшом количестве, жидкий) и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела 37,1⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

ЗАДАЧА 37.

Больная И., 52 лет, жалуется на слабость, головокружение, носовые кровотечения,

геморрагии на коже ног, живота.

Из анамнеза известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые и обильные носовые кровотечения, кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Болела детскими инфекциями, изредка ангиной. Последнее ухудшение состояния ни с чем не связывает. Носовое кровотечение возникло спонтанно.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, температура $37,2^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные. На коже бедер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, багрово-красного, синего, зеленого, желтого цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 92 в 1 мин, АД 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв 60 г/л, цв. показатель 0,9, ретикулоц. 5%, л. $2,5 \cdot 10^9/\text{л}$, э. 1%, п. 1%, с. 52%, лимф. 40%, мон. 6%, тромбоц. $5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 47 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 38.

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

КБСП Анализ крови								
Больной								
Эритроциты В 1 л		Гемоглобин В г/л		Цветовой показатель		Ретикулоциты В %		Тромбоциты В 1 л
2,0*10 ¹²		62		0,8		0,1		180*10 ¹²
Лейкоформула								
Лейк. В 1 л	Базоф. В %	Эозин. В %	Миэл. В %.	Юные. В %	Палоч. В %	Сегмен. В %	Лимф. В %	Моноц. В %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800- 2400	360-640
3,7*10 ⁹		2			2	56	34	6
Эритроциты гипохромны. Анизоцитоз (микро- и макроцитоз), пойкилоцитоз.								
Анизоцитоз_____Сверт. крови_____								
Пойкилоцитоз_____Время кровот._____								
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)___7 мм/ч_____								
Сывороточное железо – 8 мкмоль/л								

ЗАДАЧА 39.

Больная 26 лет поступила с жалобами на лихорадку, озноб, боли в горле. Больна 1,5 - 2 месяца. Амбулаторно лечили по поводу ангины пенициллином. Аспирином, но без эффекта. Объективно: бледность кожных покровов. Шейные и подмышечные лимфоузлы плотной консистенции, размером до 1-2 см, безболезненные. Пульс-100 уд/мин, АД 110/60 мм рт ст. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, покрыты серым налетом, в зеве очаги некроза. Живот б/б, печень +2см, плотноватая, слегка болезненная. Селезенка не увеличена. Анализ крови: Нв- 110г/л, эр.- $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Лейкоциты- $24,35 \cdot 10^9/\text{л}$, недифференцированные бласты- 30%, Ю-2, П-8, с/я-42, Л-20, М-4, СОЭ- 46 мм/час, тромбоциты- $8 \cdot 10^5/\text{л}$.

Диагноз? План обследования? Лечение?

ЗАДАЧА № 40.

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

ЗАДАЧА 43.

Больной 50 лет жалуется на тупые боли в поясничной области, внезапно появившиеся отеки на лице, головную боль. При осмотре выявляются одутловатость лица, отеки под глазами. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения характера заболевания.

ЗАДАЧА 44.

Больной Н., 18 лет, обратился с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

Объективно: температура $37,7^{\circ}\text{C}$. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

ЗАДАЧА 45.

Больной В., 31 года, жалуется на увеличение лимфатических узлов в левой надключичной области, боль в грудной клетке и периодическую боль в животе, не связанную с приемом пищи, зуд кожи, особенно после обильных ночных потов. Болен примерно в течение года, когда впервые появились обильная потливость, боль в груди, затем – увеличение лимфоузлов. В течение последнего месяца присоединились другие указанные выше жалобы.

При осмотре: бледность кожи, слева в надключичной области определяется несколько увеличенных безболезненных плотных лимфоузлов. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, систолический шум над верхушкой. Пульс 88 в 1 мин, ритмичный. Живот слегка вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка умеренно болезненна при пальпации, на 1 см выступает из-под реберного края.

Анализ крови: эр. $3,53 \cdot 10^{12}$ /л, Нб 100 г/л, цв. показатель 0,85, л. $19,6 \cdot 10^9$ /л, э. 1%, п. 8%, с.83%, л. 2%, мон. 6%, тромбоц. $320 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 65 мм/ч.

На рентгенограмме грудной клетки в верхней доле правого легкого определяется инфильтрат небольших размеров, который контрастирует с легочной тканью.

Вопросы:

Каким из перечисленных заболеваний (лимфолейкоз, лимфогранулематоз, метастазы рака, туберкулез) страдает больной?

ЗАДАЧА 46.

Больной Н., 18 лет, жалуется на слабость, резкую потливость, периодическое повышение температуры до $38-39^{\circ}\text{C}$ в течение последнего месяца, исхудание.

При осмотре: кожа и слизистые оболочки бледные, в левой подмышечной области пальпируется один лимфоузел до 2 см в диаметре, малоподвижный, не спаянный с окружающими тканями. Тоны сердца ослабленной звучности, ритмичные. Пульс 118 в 1 мин. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, печень у реберного края, селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эр. $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нб 114 г/л, цв. показатель 1, л. $11,4 \cdot 10^9$ /л, э. 7%, п. 10%,

с. 71%, лимф. 7%, мон. 5%, СОЭ 41 мм/ч.

При флюорографии обнаружено увеличение лимфоузлов в корнях легких.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 47.

Больная К., 38 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на кашель (сухой), повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – травма грудной клетки.

При осмотре: бледность кожных покровов, отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии отклонений от нормы не выявлено. При аускультации ослабленное дыхание и шум трения плевры справа в нижних отделах груди.

Рентгенологическое исследование – без патологии.

Анализ крови: лейкоцитоз, незначительное повышение СОЭ.

Вопросы:

4. Ваш клинический диагноз?
5. Почему возникла боль в грудной клетке?
6. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА № 48.

Больная М., 28 лет, медицинская сестра, поступила в терапевтическое отделение больницы с жалобами на высокую температуру тела (до 39°C), выраженный сухой кашель, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки, одышку при ходьбе, общую слабость.

Заболела 5 дней назад после переохлаждения. Повысилась температура тела до $37,3^{\circ}$, появились сухой кашель, сильная боль в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле. Лечилась амбулаторно аскорбиновой кислотой и аспирином. Эффекта не было. Температура тела повысилась до 39°C , стала беспокоить одышка.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, акроцианоз, одышка (частота дыхания - 24 в минуту). При осмотре определяются отставание и некоторое выбухание правой половины грудной клетки, здесь же ослабление голосового дрожания. При перкуссии грудной клетки имеет место притупление звука с наивысшей точкой в подмышечной области, сзади от нижнего угла лопатки до диафрагмы, спереди - от 4-го ребра до легочно-печеночной тупости. При аускультации в месте укорочения перкуторного звука дыхание и бронхофония резко ослаблены, хрипов нет. Пульс - 116 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Сердце - тоны глуховатые, ритм сердца правильный. Со стороны других органов и систем патология не выявлена.

Перенесенные заболевания: в детстве отмечает частые ОРВИ и грипп. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Все лекарственные препараты переносит хорошо.

Вопросы:

3. Поставьте предварительный диагноз.

4. Назовите наиболее информативные дополнительные методы исследования, позволяющие уточнить диагноз. Наметьте план лечения.

ЗАДАЧА 49.

Больная И., 52 лет, жалуется на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота.

Из анамнеза известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые и обильные носовые кровотечения, кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Болела детскими инфекциями, изредка ангиной. Последнее ухудшение состояния ни с чем не связывает. Носовое кровотечение возникло спонтанно.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, температура $37,2^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные. На коже бедер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и

формы, багрово-красного, синего, зеленого, желтого цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 92 в 1 мин, АД 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb 60 г/л, цв. показатель 0,9, ретикулоц. 5%, л. $2,5 \cdot 10^9/л$, э. 1%, п. 1%, с. 52%, лимф. 40%, мон. 6%, тромбоц. $5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 47 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА 50.

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

наименование

КБСП									Анализ крови										
Больной																			
Эритроциты В 1 л				Гемоглобин В г/л				Цветовой показатель				Ретикулоциты В %				Тромбоциты В 1 л			
2,0*10 ¹²				62				0,8				0,1				180*10 ¹²			
Лейкоформула																			
Лейк. В 1 л		Базоф. В %		Эозин. В %		Миэл. В %.		Юные. В %		Палоч. В %		Сегмен. В %		Лимф. В %		Моноц. В %			
Норма в абсол. числах		30-40		180-200		-		-		240-320		4020-5040		1800-2400		360-640			
3,7*10 ⁹				2						2		56		34		6			
Эритроциты гипохромны. Анизоцитоз (микро- и макроцитоз), пойкилоцитоз.																			
Анизоцитоз_____Сверт. крови_____																			
Пойкилоцитоз_____Время кровот._____																			
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)___7 мм/ч_____																			
Сывороточное железо – 8 мкмоль/л																			

ЗАДАЧА 51.

Больная 26 лет поступила с жалобами на лихорадку, озноб, боли в горле. Больна 1,5 - 2 месяца. Амбулаторно лечили по поводу ангины пенициллином. Аспирином, но без эффекта. Объективно: бледность кожных покровов. Шейные и подмышечные лимфоузлы плотной консистенции, размером до 1-2 см, безболезненные. Пульс-100 уд/мин, АД 110/60 мм рт. ст. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, покрыты серым налетом, в зеве очаги некроза. Живот б/б, печень +2см, плотноватая, слегка болезненная. Селезенка не увеличена. Анализ крови: Hb- 110г/л, эр.- $3,9 \cdot 10^{12}/л$, Лейкоциты- $24,35 \cdot 10^9/л$, недифференцированные бласты- 30%, Ю-2, П-8, с/я-42, Л-20, М-4, СОЭ- 46 мм/час, тромбоциты- $8 \cdot 10^5/л$.

Диагноз? План обследования? Лечение?

ЗАДАЧА № 52.

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

КБСП				Анализ крови				
Больной								
Эритроциты В 1 л		Гемоглобин В г/л		Цветовой показатель		Ретикулоциты В %		Тромбоциты В 1 л
1*10 ¹²		50		1,5		0,1		180*10 ⁹
Лейкоформула								
Лейк.	Базоф.	Эозин.	Миэл.	Юные.	Палоч.	Сегмен.	Лимф.	Моноц.

В 1 л	В %	В %	В %.	В %	В %	В %	В %	В %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
4*10 ⁹	0	3			3	50	42	5

Тельца Жолли и кольца Кебота, имеются мегалобласты. Полисегментированные гигантские нейтрофилы.

Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____

Пойкилоцитоз _____ Время кровот. _____

Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) __60 мм/ч _____

ЗАДАЧА 53.

КБСП		Анализ крови						
Больной								
Эритроциты В 1 л		Гемоглобин В г/л		Цветовой показатель		Ретикулоциты В %		Тромбоциты В 1 л
3*10 ¹²		90		0,87				58*10 ⁹
Лейкоформула								
Лейк. В 1 л	Базоф. В %	Эозин. В %	Миэл. В %.	Юные В %	Палоч. В %	Сегмен. В %	Лимф. В %	Моноц. В %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
3*10 ⁹		1			8	78	10	3
Встречаются клетки Березовского-Штернберга Анизоцитоз_____Сверт. крови_____ Пойкилоцитоз_____Время кровот._____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)_ 53 мм/ч_____								

ЗАДАЧА 54.

Охарактеризуйте изменения в гемограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

КБСП		Анализ крови						
Больной								
Эритроциты В 1 л		Гемоглобин В г/л		Цветовой показатель		Ретикулоциты В %		Тромбоциты В 1 л
2,1*10 ¹²		60		0,95		0,1		50*10 ⁹
Лейкоформула								
Лейк. В 1 л	Базоф. В %	Эозин. В %	Миэл. В %.	Юные В %	Палоч. В %	Сегмен. В %	Лимф. В %	Моноц. В %
Норма в абсол. числах	30-40	180-200	-	-	240-320	4020-5040	1800-2400	360-640
2,5*10 ⁹		1			1	52	40	6
Анизоцитоз _____ Сверт. крови _____ Пойкилоцитоз _____ Время кровот. _____ Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>47 мм/ч</u> _____								

Анизоцитоз	Сверт. крови
Пойкилоцитоз	Время кровот.
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	47 мм/ч

Вопросы к зачету/экзамену

1. Какова структура плевры и плевральной полости.
2. Каковы клинические признаки выпотного плеврита.
3. Дайте определение плеврального выпота.
4. Дайте определение абсцесса легких и гангрены легких.
5. Причины плевральных выпотов.
6. Основные этиологические факторы нагноительных заболеваний легких.
7. Дифференциальный диагноз по синдрому артериальной гипертензии.
8. Современные принципы лечения отека легких.
9. Симптоматические гипертензии. Классификация, критерии диагноза, лечение.
10. ТЭЛА. Клиника, диагностика.
11. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Принципы диагностики.
12. Отек легких. Определения. Этиология. Патогенез.
13. Кардиогенный шок. Определение. Этиология. Патогенез.
14. Антигипертензивные препараты. Классификация. Показания, противопоказания.
15. Митральные пороки сердца, кардиогемодинамика, критерии диагноза, лечение..
16. Принципы лечения ХСН.
17. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника.
18. Дисбактериоз кишечника. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
19. Дифференциальный диагноз при болях в верхней половине живота.
20. Принципы лечения хронического гастрита ассоциированного и неассоциированного с *Helicobacter pylori*.
21. Хронические гепатиты. Этиология, клиника, диагностика.
22. Клинические, лабораторные, инструментальные методы выявления язвенной болезни.
23. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация.

24. Дисбактериоз кишечника. Определение. Этиология. Патогенез.
25. Дифференциальный диагноз желтух.
26. Какие основные клинические синдромы наблюдаются при хроническом гепатите и циррозе печени.
27. Понятие «анемии». Основные причины развития анемий, современная классификация.
28. Причины развития дефицита В12.
29. Классификация анемий по цветовому показателю, диаметру эритроцитов, количеству ретикулоцитов и степени тяжести.
30. Определение понятия лейкозы.
31. Определение понятия «гипохромные» анемии, их место в рамках рабочей классификации анемий.
32. Формы острого лейкоза.
33. Алгоритм дифференциальной диагностики анемий.
34. Клинические проявления острого лейкоза.
35. Клинические проявления хронического миелолейкоза.
36. Что понимают под термином «лимфаденопатия».
37. Клиника бластного криза при хроническом миелолейкозе.
38. Какие параметры следует определить при обнаружении лимфаденопатии.
39. Принципы лечения лимфогранулематоза.
40. Определение понятия «гипо-апластические анемии».
41. Основные структурно-функциональные компоненты свертывающей системы.
42. Основные функции системы гемостаза.
43. Классификация анемий по цветовому показателю, диаметру эритроцитов, количеству ретикулоцитов и степени тяжести.
44. Определение понятия лейкозы.
45. Определение понятия «гипохромные» анемии, их место в рамках рабочей классификации анемий.
46. Формы острого лейкоза.

- 47.Алгоритм дифференциальной диагностики анемий.
- 48.Клинические проявления острого лейкоза.
- 49.Клинические проявления хронического миелолейкоза.
- 50.Что понимают под термином «лимфаденопатия».

Ситуационная задача №1.

Беспокоит резко выраженная одышка при малейшем движении, кашель сухой, редкий. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание слева от IV ребра по всем топографическим линиям не проводится. При перкуссии на этом участке определяется абсолютно тупой звук. При аускультации дыхание здесь же не прослушивается, бронхофония не проводится.

1. О каком патологическом синдроме можно думать?
2. Какие дополнительные методы исследования помогут в постановке диагноза?
3. Как определить характер жидкости, находящейся в плевральной полости?

Ситуационная задача №2.

Больная М., 28 лет, медицинская сестра, поступила в терапевтическое отделение больницы с жалобами на высокую температуру тела (до 39°C), выраженный сухой кашель, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки, одышку при ходьбе, общую слабость.

Заболела 5 дней назад после переохлаждения. Повысилась температура тела до 37,3° , появились сухой кашель, сильная боль в правой половине грудной клетки при дыхании и кашле. Лечилась амбулаторно аскорбиновой кислотой и аспирином. Эффекта не было. Температура тела повысилась до 39°C, стала беспокоить одышка.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, акроцианоз, одышка (частота дыхания - 24 в минуту). При осмотре определяются отставание и некоторое выбухание правой половины грудной клетки, здесь же ослабление голосового дрожания. При перкуссии грудной клетки имеет место притупление звука с наивысшей точкой в подмышечной области, сзади от нижнего угла лопатки до диафрагмы, спереди - от 4-го ребра до легочно-печеночной тупости. При аускультации в месте укорочения перкуторного звука дыхание и бронхофония резко ослаблены, хрипов нет. Пульс - 116 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Сердце - тоны глуховатые, ритм сердца правильный. Со стороны других органов и систем патология не выявлена.

Перенесенные заболевания: в детстве отмечает частые ОРВИ и грипп. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Все лекарственные препараты переносит хорошо.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее информативные дополнительные методы исследования, позволяющие уточнить диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача №3.

Больной А., 36 лет, жалуется на повышение температуры до 38⁰С, сухой кашель, боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании, кашле; одышку, потливость. Заболел остро после переохлаждения.

При осмотре: легкий цианоз губ, щек, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания. ЧД 26 в 1 мин.

При перкуссии укорочение перкуторного звука слева ниже лопатки.

При аускультации там же шум трения плевры, влажные мелкопузырчатые хрипы.

Анализ крови: л. $15 \cdot 10^9/\text{л}$ с нейтрофильным сдвигом влево, э. 5%, СОЭ 24 мм/ч.

Результаты рентгенологического исследования: уменьшение экскурсии левого легкого, более высокое стояние диафрагмы слева.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие заболевания следует исключить?
3. Ваша врачебная тактика?

Ситуационная задача №4.

Больной Г., 50 лет, доставлен бригадой скорой помощи. После физической нагрузки появились интенсивные давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, резкая слабость, потливость, тошнота. Ранее ничем не болел.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. Границы сердца в норме, тоны сердца приглушены. Пульс 64 в/мин, аритмичный - экстрасистолия 5-6 в мин, слабого наполнения. АД 70/40 мм рт.ст. В легких - везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: редкие желудочковые экстрасистолы. Монофазная кривая в отведениях 2, 3, aVF.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение

Ситуационная задача №5.

Больная С, 50 лет, предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание "мушек" перед глазами, тошноту. Больна около 10 лет, когда при профилактическом осмотре впервые были выявлены повышенные цифры АД до 160/100 мм. рт. ст. С этого времени стали периодически беспокоить головная боль, головокружение, шум в ушах. Принимала гипотензивные препараты. Дважды находилась на стационарном лечении. Последние 3 года цифры АД периодически повышались до 220/110 мм. рт. ст. На фоне приема гипотензивных препаратов АД снижалось до 140/90 мм. рт. ст. Около двух часов назад вновь появились головная боль, головокружение, шум в ушах, тошнота. Настоящее ухудшение связывает с нервным напряжением. В связи с гипертоническим кризом поступила в стационар. Анамнестических сведений о заболеваниях почек нет. Наследственность: мать больной страдает артериальной гипертонией с 42 летнего возраста.

Объективно: кожа обычной окраски, чистая. Видимых отеков нет. Левая граница относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, акцент II тона над аортой. Пульс - 70 в минуту, ритмичный. АД 220/110 мм. рт. ст.

Общий анализ крови и мочи без патологических изменений. На ЭКГ - синусовый ритм с ЧСС - 75 в мин, признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

- 1.Поставьте развернутый предварительный диагноз согласно рекомендациям ВНОК..
- 2.Наметьте план обязательных обследований.
- 3.Наметьте схему лечения.

Ситуационная задача №6.

Больная С, 50 лет предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание "мушек" перед глазами, тошноту. Больна около 10 лет, когда при профосмотре впервые были выявлены повышенные цифры АД - до 160/100 мм.рт.ст. С этого времени стали периодически беспокоить головная боль, головокружение, шум в ушах. Состоит на диспансерном учете по гипертонической болезни. Принимала адельфан, клофелин. Последние 3 года цифры АД периодически повышались до 220/110 мм.рт.ст. На фоне приема гипотензивных средств АД снижалось до 160/90 мм.рт.ст. На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка.

Около двух часов назад появились головная боль, головокружение, шум в ушах, тошнота. Настоящее ухудшение состояния связывает с нервным напряжением, обусловленным ожиданием приема у стоматолога.

Объективно: кожа обычной окраски, чистая. Видимых отеков нет. Левая граница относительной тупости сердца на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, акцент II тона на аорте. Пульс - 70 в минуту. АД - 220/110 мм.рт.ст.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2.Составьте план обследования.
- 3.Назначьте лечение с указанием препаратов.

Ситуационная задача №7.

Больной Т, 68 лет, пенсионер, жалуется на сжимающую боль в области сердца с иррадиацией в обе руки. Приступы боли повторялись ежедневно в течение 5 дней и с трудом снимались нитроглицерином. Последний приступ купирован введением дроперидола и фентоламина.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 102 в мин, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт ст. ЧД 26 в мин. В нижних отделах легких мелкопузырчатые влажные хрипы.

В крови: лейкоциты $11,5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 35 мм/ч. ЭКГ: куполообразный подъем сегмента ST в III, V₁-V₃ в отведениях, желудочковые экстрасистолы.

Вопросы:

- 1.Ваш предварительный диагноз?
- 2.Какое необходимо лечение?

Ситуационная задача №8.

Больной Т, 48 лет, доставлен в отделение с жалобами на резчайшую боль за грудиной, иррадиирующую в обе руки, под левую лопатку, не купируемую нитроглицерином и лишь слегка уменьшающуюся после введения промедола, фентанила и дроперидола. В течение последних 10 дней отмечает периодически возникающую боль за грудиной меньшей интенсивности и продолжительности.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения, аритмичный, АД 80/40 мм рт ст. Тоны сердца глухие. ЧД 28 в мин. В легких дыхание везикулярное. Печень не увеличена, отеков нет.

Анализ крови: Hb136 г/л, эр. $4,5 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. $10,2 \cdot 10^9/л$, э 0, н 12, с 58%, л 23%, СОЭ 10 мм/ч. АсАТ 1,2, АлАТ 0,68 ммоль/л.

ЭКГ: в I - II, aVL, V₂-V₆ дугообразно смещен интервал S-T вверх, отрицательный зубец Т в этих отведениях.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое необходимо лечение?

Ситуационная задача №9.

Больной 53 года, инженер, поступил в клинику с жалобами на отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, чувство тяжести в подложечной области, общую слабость.

В течение многих лет наблюдался по поводу хронического гастрита. Последние 4-6 месяцев боли в подложечной области приняли постоянный характер, потерял в весе 6 кг. Больной бледен, отмечается болезненность и напряжение брюшной стенки в эпигастральной области.

При исследовании желудочного сока ахилия, кал на скрытую кровь положительный.

1. Поставьте предположительный диагноз?
2. Что такое ахилия?
3. Как называется анализ кала на скрытую кровь, каково его диагностическое значение и как происходит подготовка больного к этому исследованию?

Ситуационная задача №10.

Поступил больной Ж., 50 лет, с жалобами на боли в эпигастральной области, появляющиеся через 30 минут после приема пищи, купирующиеся приемом щелочей, теплом и холинолитиками; пониженный аппетит, тяжесть в эпигастрии, отрыжку, тошноту; периодически рвоту, приносящую облегчение.

АНАМНЕЗ: Болен в течение 5 лет. Обострение отмечается каждую весну и осень.

ОБЪЕКТИВНО: Больной нормального питания. При пальпации болезненность в подложечной области по средней линии.

ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

2. Язвенная болезнь желудка.
3. Рак желудка.
4. Хронический гастрит.
5. Ваш диагноз, план обследования и лечения больного.

Ситуационная задача №11.

Больной Б., 35 лет, токарь, обратился в больницу с жалобами на постоянные, ноющие боли опоясывающего характера, иррадиирующие в спину, особенно интенсивные по ночам. Объективно: болезненность при пальпации эпигастриальной области. В крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Назовите диспепсические расстройства, наиболее характерные для данной патологии?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести в данном случае?
4. Каковы наиболее частые причины развития данной патологии?

Ситуационная задача №12.

Больной П., инженер-электрик, обратился к врачу с жалобами на боль в эпигастриальной области через 40-50 минут после приема пищи, тошноту, иногда рвоту на высоте боли, после которой больному стано-

илось легче. Возникновению боли предшествует чувство жжения в эпигастрии и за грудиной.

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые во время длительной командировки появилась боль в эпигастрии. За медицинской помощью не обращался. В последующем аналогичная боль повторялась после употребления грубой пищи. Отмечает улучшение после приема молока. Последнее обострение наступило 4 дня назад, связывает с психической нагрузкой и нерегулярностью питания.

Перенесенные заболевания: корь, ОРВИ, ангина, перелом левой голени.

Аллергологический анамнез: не переносит цитрусовые.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, слегка обложен белым налетом, имеются кариозные зубы. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии слева от срединной линии, умеренная локальная резистентность мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №13.

Больной А., 32 лет обратился к врачу с жалобами на боль жгучего характера в эпигастриальной области с иррадиацией под правую лопатку, появляющуюся через 2 часа после приема пищи, а также в ночное время, стихающую после приема пищи через 15-20 минут, на изжогу, тошноту, общую слабость, головокружение, сердцебиение, черный (дегтеобразный) стул.

В течение 6 лет страдает язвенной болезнью с локализацией язвы в 12-перстной кишке. Три раза лечился в стационаре по поводу обострения. Ежегодно весной и осенью получал противорецидивное лечение.

Ухудшение состояния отмечает в течение последних 3 дней, когда после погрешности в диете появились перечисленные симптомы.

Накануне вечером ухудшилось общее состояние, появилось головокружение, утром дважды был черный стул.

Объективно: Состояние средней тяжести, больной пониженного питания, кожные покровы бледные. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 100/65 мм рт.ст. Живот обычной конфигурации, при пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области справа от срединной линии.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача №14.

74-летняя женщина с жалобами на нарастающую слабость, онемение кончиков пальцев, шаткую походку, жжение языка. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, систолический шум на верхушке, периферические лимфоузлы, селезенка, печень не пальпируются.

В анализах крови: Нв 58 г/л, эритроц. $1,3 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 1,4, лейкоц. $2,8 \cdot 10^9/л$, тромбоц. $120 \cdot 10^9/л$.

На ЭГДС - тотальная атрофия слизистой желудка.

Вопрос:

Какой диагноз?

Ваша врачебная тактика.

Ситуационная задача №15.

Больная И., 52 лет, жалуется на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота.

Из анамнеза известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые и обильные носовые кровотечения, кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Болела детскими инфекциями, изредка ангиной. Последнее ухудшение состояния ни с чем не связывает. Носовое кровотечение возникло спонтанно.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, температура $37,2^{\circ}C$, кожные покровы бледные. На коже бедер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, багрово-красного, синего, зеленого, желтого цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 92 в 1 мин, АД 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: эритроц. $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв 60 г/л, цвет. показатель 0,9, ретикулоциты 5%, лейкоц. $2,5 \cdot 10^9/л$, э. 1%, п. 1%, с. 52%, лимф. 40%, моноц. 6%, тромбоц. $5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 47 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

Ситуационная задача №16.

Больная 26 лет поступила с жалобами на лихорадку, озноб, боли в горле. Болеет 1,5 - 2 месяца. Амбулаторно лечили по поводу ангины пенициллином. Аспирином, но без эффекта. Объективно: бледность кожных покровов. Шейные и подмышечные лимфоузлы плотной консистенции, размером до 1-2 см, безболезненные. Пульс-100 уд/мин, АД 110/60 мм рт.ст. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, покрыты серым налетом, в зеве очаги некроза. Живот б/б, печень +2см, плотноватая, слегка болезненная. Селезенка не увеличена. Анализ крови: Нб- 110г/л, эр.- $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, Лейкоциты- $24,35 \cdot 10^9$ /л, недифференцированные бласты- 30%, Ю-2, П-8, с/я-42, Л-20, М-4, СОЭ- 46 мм/час, тромбоциты- $8 \cdot 10^5$ /л.

Диагноз? План обследования? Лечение?

Ситуационная задача №17.

Больной 20 лет поступил в терапевтическое отделение по поводу сильных болей в горле, повышение температуры до 38°C , слабость. Болен 5 дней. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Подчелюстные лимфоузлы слева и справа размером 1*2 см, подвижны, не спаяны с окружающими тканями, резко болезненные. Пульс -100 уд/мин. АД-120/80 мм рт.ст. Со стороны органов грудной клетки и ЖКТ- без патологии. Зев резко гиперемирован, на миндалинах в углублениях лакун крошковатый желтовато-белый налет. Отмечается отечность миндалин и окружающих их мягких тканей, глотание безболезненно. Анализ крови: Нб-130г/л, Лейкоциты- $12,5 \cdot 10^9$ /л, э-2, с/я-73, Л-16, М-1, СОЭ-25.

Предварительный диагноз? Дальнейшая тактика, лечение?

Ситуационная задача №18.

Больной В., 31 года, жалуется на увеличение лимфатических узлов в левой надключичной области, боль в грудной клетке и периодическую боль в животе, не связанную с приемом пищи, зуд кожи, особенно после обильных ночных потов. Болен примерно в течение года, когда впервые появились обильная потливость, боль в груди, затем – увеличение лимфоузлов. В течение последнего месяца присоединились другие указанные выше жалобы.

При осмотре: бледность кожи, слева в надключичной области определяется несколько увеличенных безболезненных плотных лимфоузлов. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, систолический шум над верхушкой. Пульс 88 в 1 мин, ритмичный. Живот слегка вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка умеренно болезненна при пальпации, на 1 см выступает из-под реберного края.

Анализ крови: эр. $3,53 \cdot 10^{12}$ /л, Нб 100 г/л, цв. показатель 0,85, л. $19,6 \cdot 10^9$ /л, э. 1%, п. 8%, с.83%, л. 2%, мон. 6%, тромбоц. $320 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 65 мм/ч.

На рентгенограмме грудной клетки в верхней доле правого легкого определяется инфильтрат небольших размеров, который контрастирует с легочной тканью.

Вопросы:

Каким из перечисленных заболеваний (лимфолейкоз, лимфогранулематоз, метастазы

рака, туберкулез) страдает больной?

Ситуационная задача №19.

Больной Н., 18 лет, жалуется на слабость, резкую потливость, периодическое повышение температуры до 38-39⁰ С в течение последнего месяца, исхудание.

При осмотре: кожа и слизистые оболочки бледные, в левой подмышечной области пальпируется один лимфоузел до 2 см в диаметре, малоподвижный, не спаянный с окружающими тканями. Тоны сердца ослабленной звучности, ритмичные. Пульс 118 в 1 мин. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, печень у реберного края, селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эр. $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 114 г/л, цв. показатель 1, л. $11,4 \cdot 10^9$ /л, э. 7%, п. 10%, с. 71%, лимф. 7%, мон. 5%, СОЭ 41 мм/ч.

При флюорографии обнаружено увеличение лимфоузлов в корнях легких.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

Ситуационная задача №20.

Больная И., 52 лет, жалуется на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота.

Из анамнеза известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые и обильные носовые кровотечения, кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Болела детскими инфекциями, изредка ангиной. Последнее ухудшение состояния ни с чем не связывает. Носовое кровотечение возникло спонтанно.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, температура 37,2⁰С, кожные покровы бледные. На коже бедер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, багрово-красного, синего, зеленого, желтого цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 92 в 1 мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 60 г/л, Цв. показатель 0,9, ретикулоц. 5%, лейкоц. $2,5 \cdot 10^9$ /л, эоз. 1%, п/я 1%, с/я 52%, лимф. 40%, мон. 6%, тромбоц. $5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 47 мм/ч.

Ваш диагноз?

Ваша врачебная тактика?

Ситуационная задача №21.

Больная В., 39 лет, доставлена в больницу бригадой «скорой помощи». Жаловалась на резкую слабость, головокружение, в последнюю неделю трижды теряла сознание на короткое время. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 мес. В течение полугода у больной обильные меноррагии, которые отмечались и в последние 3 дня. В день поступления в клинику больная внезапно почувствовала резкую слабость и головокружение, упала на улице и потеряла сознание.

При осмотре: больная удовлетворительного питания, состояние средней тяжести, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, синяки на коже предплечий и бедер, лимфоузлы не увеличены, положительные симптомы щипка и жгута. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс

до 130 в 1 мин. АД 80/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

Анализ мочи: без патологии.

Анализ крови: эр. $1,5 \times 10^{12}/л$, Нб 40 г/л, цв. показатель 0,8, ретикулоцит. 0,1%, тромбоц. $9 \times 10^9/л$, лейкоц. $2,5 \times 10^9/л$, б. 0, эоз. 0%, п/я 3%, с/я 52%, лимф. 39%, мон. 6%, СОЭ 42 мм/ч.

Ваш диагноз?

Ваша врачебная тактика?

Ситуационная задача №22.

Больная И., 52 лет, жалуется на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота.

Из анамнеза известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые и обильные носовые кровотечения, кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Болела детскими инфекциями, изредка ангиной. Последнее ухудшение состояния ни с чем не связывает. Носовое кровотечение возникло спонтанно.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, температура $37,2^{\circ}C$, кожные покровы бледные. На коже бедер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, багрово-красного, синего, зеленого, желтого цвета. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 92 в 1 мин, АД 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: эр. $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Нб 60 г/л, цв. показатель 0,9, ретикулоц. 5%, л. $2,5 \cdot 10^9/л$, э. 1%, п. 1%, с. 52%, лимф. 40%, мон. 6%, тромбоц. $5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 47 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша врачебная тактика?

Ситуационная задача №23.

Больная 26 лет поступила с жалобами на лихорадку, озноб, боли в горле. Больна 1,5 - 2 месяца. Амбулаторно лечили по поводу ангины пенициллином. Аспирином, но без эффекта. Объективно: бледность кожных покровов. Шейные и подмышечные лимфоузлы плотной консистенции, размером до 1-2 см, безболезненные. Пульс-100 уд/мин, АД 110/60 мм рт. ст. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, покрыты серым налетом, в зеве очаги некроза. Живот б/б, печень +2см, плотноватая, слегка болезненная. Селезенка не увеличена. Анализ крови: Нб- 110г/л, эр.- $3,9 \cdot 10^{12}/л$, Лейкоциты- $24,35 \cdot 10^9/л$, недифференцированные бласты- 30%, Ю-2, П-8, с/я-42, Л-20, М-4, СОЭ- 46 мм/час, тромбоциты- $8 \cdot 10^5/л$.

Диагноз? План обследования? Лечение?

Ситуационная задача №24.

Больной 20 лет поступил в терапевтическое отделение по поводу сильных болей в горле, повышение температуры до 38°C, слабость. Болен 5 дней. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Подчелюстные лимфоузлы слева и справа размером 1*2 см, подвижны, не спаяны с окружающими тканями, резко болезненные. Пульс -100 уд/мин. АД-120/80 мм рт ст. Со стороны органов грудной клетки и ЖКТ- без патологии. Зев резко гиперэмирован, на миндалинах в углублениях лакун крошковатый желтовато-белый налет. Отмечается отечность миндалин и окружающих их мягких тканей, глотание безболезненно. Анализ крови: Hb-130г/л, Лейкоциты-12,5*10⁹/л, э-2, с/я-73, Л-16,М-1, СОЭ-25.

Предварительный диагноз? Дальнейшая тактика, лечение?

Ситуационная задача №25.

Больной В., 31 года, жалуется на увеличение лимфатических узлов в левой надключичной области, боль в грудной клетке и периодическую боль в животе, не связанную с приемом пищи, зуд кожи, особенно после обильных ночных потов. Болен примерно в течение года, когда впервые появились обильная потливость, боль в груди, затем – увеличение лимфоузлов. В течение последнего месяца присоединились другие указанные выше жалобы.

При осмотре: бледность кожи, слева в надключичной области определяется несколько увеличенных безболезненных плотных лимфоузлов. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, систолический шум над верхушкой. Пульс 88 в 1 мин, ритмичный. Живот слегка вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка умеренно болезненна при пальпации, на 1 см выступает из-под реберного края.

Анализ крови: эр. $3,53 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 100 г/л, цв. показатель 0,85, л. $19,6 \cdot 10^9$ /л, э. 1%, п. 8%, с.83%, л. 2%, мон. 6%, тромбоц. $320 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 65 мм/ч.

На рентгенограмме грудной клетки в верхней доле правого легкого определяется инфильтрат небольших размеров, который контрастирует с легочной тканью.

Вопросы:

Каким из перечисленных заболеваний (лимфолейкоз, лимфогранулематоз, метастазы рака, туберкулез) страдает больной?

Критерии оценок.

При решении ситуационных задач используются следующие критерии оценки

Количественная оценка	Качественная оценка уровня подготовки
5 «отлично»	-дается комплексная оценка предложенной ситуации; -демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; -умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
4 «хорошо»	-дается комплексная оценка предложенной ситуации; -демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; -возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя; -умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
3 «удовлетворительно»	-затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; -неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя; -выполнение заданий при подсказке преподавателя; - затруднения в формулировке выводов.
2 «неудовлетворительно»	- неправильная оценка предложенной ситуации; -отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

При выполнении заданий в тестовой форме обычно используются следующие критерии оценки

Процент результативности (правильных ответов)	Качественная оценка уровня подготовки	
	балл (отметка)	вербальный аналог
90 ÷ 100	5	отлично
80 ÷ 89	4	хорошо
70 ÷ 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	неудовлетворительно

При проведении собеседования используются следующие критерии оценки

Количественная оценка	Качественная оценка уровня подготовки
5 «отлично»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.
4 «хорошо»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.
3 «удовлетворительно»	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
2 «неудовлетворительно»	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.