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 (2 семестр)

к основной профессиональной образовательной программы 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 здоровьяи 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 по практическим навыкам.

ЗАДАЧА 1.

Больная Е., 50 лет, доставлена с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета.

Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,4°С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания.

При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. ЧДД - 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 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 данной пациентки.

ЗАДАЧА 2.

Больная В., 35 лет, жалуется на одышку, чувство давления в правом боку, общую слабость, температуру 38,2-38,6^{0}С, потливость. Заболела неделю назад, когда после переохлаждения повысилась температура, появились кашель, недомогание. Лечилась амбулаторно. Указанные выше симптомы имеют тенденцию к нарастанию.

При осмотре: легкий цианоз губ. ЧД 28 в 1 мин. Пульс ритмичный, 90 в 1 мин. АД 135/85 мм рт. ст., правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии ниже угла лопатки определяется тупость с границей, идущей вверх. В этой области дыхание резко ослаблено либо вовсе отсутствует; на остальном протяжении дыхание жесткое, с единичными хрипами. Сердечная тень умеренно смещена влево. Анализ крови: лейк.-19$\cdot 10^9$/л, эр. - 59%, п. 12%, лимф.- 20%, м. 3%, СОЭ 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Какое необходимо лечение?

ЗАДАЧА 3.

Больная В., 76 лет, страдающая атеросклеротическим кардиосклерозом, мерцательной аритмией и сердечной недостаточностью, вызвала на дом участкового врача. Отмечает ухудшение самочувствия в последнюю неделю: усиление одышки, сердцебиение, отеки на нижних конечностях, слабость, появление кашля с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты.

При осмотре: состояние средней тяжести, цианоз губ, температура 37^0 С, пульс 110 в 1 мин, аритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 160/70 мм рт. ст. ЧДД 28 в мин.

Мерцательная аритмия, I тон ослаблен, систолический шум над верхушкой, усиление II тона над аортой.

В легких: перкуторный тон с коробочным оттенком, в нижних отделах с обеих сторон укорочение перкуторного тона, при аускультации дыхание везикулярное, с жестким оттенком, ослабленное, в нижних отделах звучная крепитация.

Живот мягкий, печень незначительно увеличена, безболезненна. Край ее закруглен, больше увеличена левая доля.

На стопах и голенях отеки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Ваша врачебная тактика? Какое больной необходимо лечение?

ЗАДАЧА 4.

У больной М., 27 лет, две недели назад появилась слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до 39,0^{0}С, хотя боли в груди слева уменьшились.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно слева ниже IV ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается. Органы брюшной полости не изменены. Анализ крови: эр. - 4,2х1012 , Нв - 140 г/л, л - 12х109 , п - 2, с - 80, л - 12, м - 6, СОЭ - 38 мм/час. В мокроте МБТ не обнаружены.

Вопросы:

1. Установить предварительный диагноз с учетом этиологии заболевания.
2. Наметить план дальнейшего обследования с указанием возможных результатов.
3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Назначить лечение.

ЗАДАЧА 5.

Больной К., 56 лет, пассажир теплохода “Адмирал Нахимов”, поступил в клинику через 5 дней после катастрофы с жалобами на недомогание, слабость, кашель, небольшую одышку.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пульс 80 в 1 мин, ритмичный, АД 130/80 мм рт. ст. I тон ослаблен, усиление II тона над аортой.

ЧДД 20 в мин, перкуторно легочный тон, одинаковый в симметричных участках, дыхание везикулярное, справа с жестким оттенком, в области седьмого-восьмого межреберья по задней подмышечной линии выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы.

Живот мягкий, безболезненный. Температура тела 37,2^{0}С.

Вопросы:

1. Какие изменения при дополнительных исследованиях можно выявить?
2. Ваш диагноз?
3. Причина заболевания?
4. Какое лечение необходимо больному?

ЗАДАЧА 6.

Больной К., 53 лет, преподаватель, жалуется на кашель со скудным выделением слизистой мокроты, повышение температуры тела до 38,8^{0}С, слабость, одышку, потливость.

Начало заболевания связывает с охлаждением. Заболел неделю тому назад. Появился сухой кашель, субфебрильная температура, лечился на ходу, принимал ацетилсалициловую кислоту, отхаркивающие таблетки. Состояние незначительно ухудшилось вчера.

При осмотре: ЧД 24 в 1 мин, кожа влажная. Зев слегка гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно над легкими ниже левой лопатки укорочение перкуторного звука. Дыхание в этом участке ослаблено. Выслушиваются мелкие влажные хрипы, на остальных участках грудной клетки жесткое дыхание.

Пульс 86 в 1 мин, ритмичный. АД 14,7/8 кПа (110/60 мм рт. ст.). Тоны сердца звучные. Живот без особенностей.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 7.

Мужчина 57 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, повышенную потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,40С.

Из анамнеза: 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации в

обеих легких выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы и в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания.

Анализ крови: э - 4,8х1012 , Нв - 142 г/л, л - 9,2х109 , п - 2, с - 78, л - 12, м - 8, СОЭ - 25 мм/час.

В мокроте МБТ методом бактериоскопии не обнаружены.

Вопросы:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Назначить лечение.

ЗАДАЧА 8.

Больной К., 29 лет, работает на ЯМЗ. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до 38^0С, нарастание слабости, сонливости, похудения, повышенную потливость. Больной продолжал работать, но два дня назад появилось кровохарканье, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. При перкуссии - притупление звука в области верхней доли правого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс - 92 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Живот безболезненный при пальпации. Печень не увеличена.

Гемограмма: э - 3,8х1012 , Нв - 134 г/л, л - 11,2х109 , п - 2, с - 78, л - 16, м - 4, СОЭ - 28 мм/час.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Назначить лечение.

ЗАДАЧА 9.

Больной 57 лет, обратился к Вам (на амбулаторном приеме) с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. В анамнезе ОРЗ, грипп, как правило, переносил на ногах. Работает строителем в Ярославле 8 лет, до этого в течение 26 лет строил промышленные объекты в Семипалатинской области. Болен 2 месяца. За это время отмечает быструю утомляемость, нарастающую слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Во время осмотра температура нормальная. При аускультации в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. Периферические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Назовите перечень дифференцируемых заболеваний.
3. Какие данные дополнительных исследований позволят уточнить диагноз?
4. При обнаружении онкологического заболевания определите клиническую группу.
5. Какие документы следует заполнить.

ЗАДАЧА 10.

Больной В., 56 лет, шофер, курит более 30 лет. При обследовании жалоб не предъявляет.

Ежегодно подвергается флюорографическому обследованию. При очередном флюорографическом обследовании было обнаружено округлое образование с «дорожкой» к корню легкого, 2 см в диаметре, в VI сегменте правого легкого.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимы?
2. Ваш предварительный диагноз?

3. Какое лечение рекомендовано больному?

ЗАДАЧА 11.

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 кнаружи от левой серединно-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 T изоэлектричен, сегмент ST на изолинии.

Вопросы:

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Составьте план обследования

3.Составьте план лечения с указанием препаратов

ЗАДАЧА 12.

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 лечение 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 P отсутствует, расстояния R-R различные, волны мерцания в V_1. Рубцовые трансмуральные изменения в переднебоковой стенке левого желудочка.

Вопросы:

1.Сформулируйте клинический диагноз.

2.Назначьте лечение с указанием препаратов.

ЗАДАЧА 13.

Больная 35 лет обратилась с жалобами на постоянные ноющие боли в области сердца, иррадиирущие в спину, обе руки и трапециевидные мышцы, не купирующиеся приемом нитроглицерина, усиливающиеся при глубоком дыхании, смене положения тела, уменьшающиеся в положении с небольшим наклоном туловища вперед; сухой кашель, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, общую слабость.

Из анамнеза неделю назад переболела вирусной инфекцией.

Объективно: кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Температура тела 37,4˚С. Дыхание частое поверхностное, ЧДД – 24 в мин, перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, в области абсолютной сердечной тупости выслушивается шум трения перикарда. АД 110/70 мм рт. ст., Ps – 98 уд. в мин. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

В общем анализе крови: Эр. – 4,0 $\times 10^{12}$ /л, Hb – 120 г/л, цв. п. – 0,9, Le - 8×10^{9} /л, п/я – 9, с/я – 45, лимф. – 40, м. – 2, э- 4, СОЭ – 30 мм/ч.

В биох. ан. крови: С- реактивный белок – (++), серомукоид – 0,30 г/л, фибриноген – 4,1 г/л,

глобулины – 51 г/л, α_2-глобулины – 6,5 г/л.

Вопросы:

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

3.Ваша лечебная тактика.

ЗАДАЧА № 14.

Девочка 12 лет, состоит на диспансерном учете у ревматолога по поводу перенесенной атаки ревматизма 2 года назад. Профилактическое лечение получает нерегулярно. Последний раз была осмотрена несколько месяцев назад. В настоящее время жалуется на головные боли, слабость, утомляемость, периодические боли в животе, не связанные с приемом пищи, редкие колющие боли в области сердца, чаще при физической нагрузке. Ревматологом при осмотре выявлена пульсация сосудов шеи, разлитой усиленный верхушечный толчок, при перкуссии выявлено расширение границ сердца влево на 1 см, при аускультации ослабление первого тона на верхушке, второго тона на аорте, льющийся диастолический шум вдоль левого края грудины, систолический шум дующего характера на верхушке. АД – 110/40 мм.рт.ст. Общий анализ крови без патологии, в общем анализе мочи лейкоциты 8-10 в поле зрения, в смыве обнаружены яйца остриц.

Вопросы:

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Выпишите симптомы, имеющие отношение к данному диагнозу.

3.Назначьте дополнительное обследование.

ЗАДАЧА 15.

Пациент 42 лет с жалобами на одышку при небольшой физической работе, сердцебиение, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, в ногах. В анамнезе – частые ангины.

Объективно: бледен, губы несколько цианотичны. Т=36,6°. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД=24 в минуту. Перкуторно левая граница сердца смещена кнаружи на 1,5-2 см. При аускультации I тон на верхушке ослаблен, здесь же выслушивается систолический шум. PS=90 в минуту, АД=100/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствителен в правом подреберье. Печень выступает из под реберной дуги на 1-1,5см, край ее ровный, плотноватый. Стул в норме. Отеки на стопах, голенях.

Вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.

2.Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

3.Расскажите о возможных последствиях данного заболевания.

ЗАДАЧА 16.

Больной Е, 55 лет предъявляет жалобы на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть, купирующиеся после приема 2 таблеток нитроглицерина через 10 минут.

В течение 8 лет при ходьбе беспокоят давящие боли за грудиной, купирующиеся нитроглицерином через 3 минуты. Состоит на диспансерном учете по поводу ИБС. Неоднократно находился на стационарном лечении. Принимает нитросорбид, обзидан. За последние 2 дня приступы загрудинных болей участились, стали возникать при значительно меньшей физической нагрузке. Увеличилось количество принимаемых таблеток нитроглицерина.

Объективно: кожа обычной окраски, чистая. Видимых отеков нет. Перкуторно сосудистый пучок выступает за края грудины на 1 см, левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ясные. Пульс - 84 в минуту, ритмичный. АД - 140/80 мм. рт. ст. Над легкими везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1.Клинический диагноз.

2.Составьте план дополнительных обследований.

3.Назначьте лечение с указанием препаратов.

ЗАДАЧА 17.

Больной А, 46 лет, предъявляет жалобы на давящую боль за грудиной при физической нагрузке, иррадиирущую в нижнюю челюсть, купирующуюся нитроглицерином через 3 минуты. Давящая боль за грудиной беспокоит в течение года, возникает через 1000 - 1500 метров ходьбы по ровной местности в обычном темпе и подъеме по лестнице на 3 - 4-й этаж, купируется нитроглицерином. В течение этого времени ухудшения состояния не было. К врачам не обращался.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, чистая. Видимых отеков нет. Левая граница относительной сердечной тупости по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ясные. Пульс - 64 в минуту, ритмичный. АД - 130/80 мм. рт. ст. На ЭКГ изменений не выявлено.

Вопросы:

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Составьте план дополнительных обследований.

3.Назначьте лечение с указанием препаратов.

ЗАДАЧА 18.

Больная А., 45 лет, жалуется на головную боль, головокружение, боль в области сердца, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами. Болеет 2 года, состояние постепенно ухудшается.

При осмотре: пульс 96 в 1 мин, границы сердца смещены на I см влево, АД 130/80 мм рт. ст.

Результаты дополнительного обследования: общий анализ мочи — без патологических изменений; на ЭКГ — признаки гипертрофии левого желудочка; на рентгенограмме — расширение сердца за счет левого желудочка; на глазном дне—расширение вен и сужение артерий сетчатки.

Вопросы:

1.Соответствует ли описанная клиническая картина клинической картине гипертонической болезни?

2.Ваш диагноз?

3.Какое лечение необходимо?

ЗАДАЧА 19.

Больной К., 45 лет, обратился к врачу с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера, без иррадиации, возникающие при значительной физической нагрузке, длящиеся до 8 минут, купирующиеся в покое. Впервые подобные боли возникли 2 недели назад после эмоционального стресса.

Объективно: состояние удовлетворительное. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, 68 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст. со стороны других органов патологии не обнаружено. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 70 в мин.

Вопросы:

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Определите тактику ведения больного .

3.Составьте план обследования

4.Составьте план лечения с указанием препаратов

ЗАДАЧА 20.

Больная Ч., 76 лет, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при движении и в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца. Одышка при физической нагрузке и отеки на ногах впервые появились 5 лет назад. Периодически больная принимала диуретики и сердечные гликозиды, после чего

одышка и отеки уменьшались. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧД - 26 в мин. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Левая границ относительной сердечной тупости - на 1,5 см кнаружи от серединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, глухие, акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 96 в мин. Пульс 84 в мин., пульсовые волны разного наполнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Вопросы:

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

2.Составьте план обследования.

3.Составьте план лечения с указанием препаратов.

ЗАДАЧА 21.

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

ЗАДАЧА 22.

Больная С, 50 лег, 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 сведение 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.

ЗАДАЧА 23.

Больная С, 50 лет предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание "мушек" перед глазами, тошноту. Больна около 10 лет, когда при профосмотрс 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.

ЗАДАЧА 24.

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 $11,5*10^9$/л, СОЭ 35 мм/ч. ЭКГ: куполообразный подъем сегмента ST в III, V_1-V_3 в отведениях, желудочковые экстрасистолы.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз?

2.Какое необходимо лечение?

ЗАДАЧА 25.

При обследовании у больного выявлена желтуха, изменение цвета мочи (темная), кал светлый; геморрагические явления в виде носовых кровотечений и петехий на коже, увеличение размеров печени, в крови увеличен билирубин за счет свободной и связанной фракции, тромбоцитопения, гипопротеинемин, снижено содержание фибрина, фибриногена, протромбина; в моче присутствие связанного билирубина и уробилина. Имеются изменения со стороны ЦНС в виде энцефалопатии.

1. ПРИ КАКОМ СИНДРОМЕ ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ?

1. Диспепсический.
2. Печеночная недостаточность.
3. Мезенхимально-воспалительный.
4. Цитолитический.
5. Астено-вегетативный.

Ваш предположительный диагноз, план обследования, план лечения.

ЗАДАЧА 26.

Больная Л., 50 лет, жалуется на интенсивные постоянные боли в нравом подреберье с иррадиацией в правое плечо, сухость и горечь во рту, субфебрильную температуру по вечерам.

Объективно: язык сухой, обложен густым белым налетом. При пальпации живота - положительные симптомы Ортнера и Кера. Температура тела - 37,4°С, в порции "В" желчи - наличие лейкоцитов до 50 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план обследования.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 27.

Больного Р., 29 лет, упорно беспокоят тупые ноющие боли в праном подреберье, тошнота, металлический привкус во рту.

Объективно: живот мягкий, болезненный в точке проекции желчного пузыря. В порциях желчи "В" и "С" при дуоденальном зондировании обнаружены лямблии. В кале - цисты лямблий.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план обследования.

Ваша лечебная тактика.

ЗАДАЧА 28.

К врачу обратилась женщина, 43 лет, с жалобами на продолжительные ноющие боли слева от пупка, иррадиирующие в спину, под левую лопатку, которые возникают после употребления жирных блюд. Отмечает снижение аппетита, тошноту, чувство тяжести после еды в эпигастральной области.

Эти симптомы беспокоят в течение 4-х месяцев.

Много лет страдает хроническим холециститом.

Объективно: температура 37,2°С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине и в левом подреберье.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Расскажите о принципах лечения в соответствии с Вашим предварительным диагнозом.

ЗАДАЧА 29.

У больной хроническим болевым панкреатитом появились жалобы на частое мочеиспускание, жажду, повышенный аппетит, резкое похудание (за месяц похудела на 4 кг), зуд в промежности. В крови гипергликемия, в моче - глюкозурия. При УЗИ органов брюшной полости - признаки атрофии поджелудочной железы.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз.
2. Тактика лечения.

ЗАДАЧА 30.

Больная К., 48 лет, предъявляет жалобы на практически постоянные ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, а также при физической нагрузке, перемене положения тела.

В течение последних 10-15 лет у больной возникают эпизоды ноющих болей в правом подреберье после жирной и острой пищи. По этому поводу не обследовалась, боли купировала приемом но-шпы, анальгина, баралгина. Диету не соблюдала. Настоящее ухудшение в течение последних 2 недель: после употребления большого количества жирной, жареной пищи появились описанные выше боли, иногда сопровождающиеся тошнотой, ознобом. Прием но-шпы, анальгетиков оказывает кратковременное действие.

Объективно: повышенного питания (98 кг при росте 164 см), температура тела 36,6°С, кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги, мягко-эластической консистенции, край закруглен, умеренно болезненный при пальпации. Положительные

симптомы Мэрфи, Лепене, Ортнера. Селезенка не пальпируется.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости кишечник умеренно вздут, в остальном – без патологии.

При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки умеренно выраженного очагового гастрита, дуоденита, заброс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок.

При УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не увеличены. Желчный пузырь увеличен (до 4 см в поперечнике), с перегибом в шейке. Стенки утолщены, уплотнены, контур их ровный. В просвете желчного пузыря большое количество эхоплотных структур размерами до 2,5 см. Ductus choledochus 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена. Панкреатический проток не расширен.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 31.

Больной 53 года, инженер, поступил в клинику с жалобами на отсутствие аппетита, отвращение к мясной пищи, 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?

ЗАДАЧА 32.

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?

Определением какой тупости печени ограничиваются на практике?

ЗАДАЧА 33.

Больного П., 45 лет, беспокоит отрыжка воздухом, иногда - тухлыми яйцами, тошнота, ощущение тяжести в подложечной области.

Объективно: в области желудка разлитая нерезкая болезненность.

При фракционном исследовании желудочного сока обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты во всех порциях, резко понижена общая кислотность. После введения гистамина кислотность не увеличилась.

1.О каком заболевании мог подумать врач?

2.Какие еще исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 34.

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 эпигастральной 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?

Каковы наиболее частые причины развития данной патологии?

ЗАДАЧА 35.

Больной П., инженер-электрик, обратился к врачу с жалобами на боль в эпигастральной 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.

ЗАДАЧА 36.

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?

Определением какой тупости печени ограничиваются на практике?

ЗАДАЧА 37.

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. $4,5*10^{12}$/л, лейк. $10,2*10^{9}$/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, V_2-V_6 дугообразно смещен интервал S-T вверх, отрицательный зубец T в этих отведениях.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз?

2.Какое необходимо лечение?

ЗАДАЧА № 38.

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 39.

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
$3*10^{12}$		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 40.

1. *Клиническая интерпретация лабораторных методов исследования.*

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)__47 мм/ч_____

ЗАДАЧА 41.

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
$3,25*10^{12}$	85	0,78		$140*10^{9}$

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
$67*10^{9}$	9	13	15	17	7	13	10	

Гемоцитобласты – 5, миелобласты – 7, промиелоциты - 4
Анизоцитоз_____Сверт. крови_____
Пойкилоцитоз_____Время кровот._____
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)__57 мм/ч_____

ЗАДАЧА 42.

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
$3,2*10^{12}$	67	0,6		$210*10^{9}$

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
$3,0*10^{9}$		1			1	53	40	5

Плазматические клетки единичные в препарате. Гипохромия ++
Анизоцитоз___+_____Сверт. крови_____
Пойкилоцитоз_____Время кровот._____
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)__30 мм/ч_____
Общий белок – 86,97 г/л, мочевина – 11,58 ммоль/л, в моче обнаружен белок Бенс-Джонса.

ЗАДАЧА 43.

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
$3,7*10^{12}$	102	0,8		

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
$28*10^9$	6	11	14	10	20	29	6	

Миелобласты – 2%, промиелоциты – 2%
Анизоцитоз_____Сверт. крови_____
Пойкилоцитоз_____Время кровот._____
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)__23 мм/ч_____

ЗАДАЧА 44.

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
$4,2*10^{12}$	118	0,8		$200*10^9$

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
$25*10^9$	3	2	11	4	15	40	20	5

Анизоцитоз_____Сверт. крови_____
Пойкилоцитоз_____Время кровот._____
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)__32 мм/ч_____

ЗАДАЧА 45.

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 46.

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 $37,7^0$С. 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 слабоположительный 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 47.

Больная Н., 32-х лет, обратилась с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 380С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

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 48.

Женщина 32 лет, жалуется на подъем температуры до 38-38,5 градусов, ознобы, слабость, тошноту; рези при мочеиспускании, боли в пояснице справа. Отделяемая моча мутная. Заболела остро, подобные жалобы появились вчера.

Объективно: кожные покровы бледноваты, влажные, горячие на ощупь; Т=38,7 градусов. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс =88 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. При пальпации поясничной области справа определяется болезненность. Отеков нет.

Вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2.Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

3.Расскажите о возможных причинах развития данной пациентки.

ЗАДАЧА 49.

Больная 40 лет жалуется на тупые боли в правой поясничной области. Температура тела повышается до 39-40 °С с ознобом, лихорадка. Отмечает несколько учащенное и болезненное мочеиспускание. Заболевание связывает с переохлаждением. При поколачивании по правой поясничной области определяется резкая болезненность.

Вопросы:

1.О какой патологии можно думать.

2.Какие дополнительные исследования нужно сделать, чтобы подтвердить сделанное предположение.

ЗАДАЧА 50.

У больного 62 лет при обследовании по поводу прогрессирующей артериальной гипертензии были выявлены изменения в моче: лейкоциты - 8-10 в поле зрения, эритроциты - 2-3 в поле зрения, белок - 1,65 г/л, бактерии (+ + +).

Общий анализ крови: без патологии.

При УЗИ почек - правая почка 8-5 см, левая 12 - 6 см; радионуклидная ренография—афункционирующий тип кривой справа.

Вопросы:

1.Назовите возможные причины артериальной гипертензии.
2.Какие гипотензивные препараты не показаны в данном случае.

ЗАДАЧА 51.

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 52.

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 53.

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 54.

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 $37,5^0$ 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).

Вопросы к зачету/экзамену

1. Дайте определение пневмокониозам.
2. Фиброзирующий альвеолит. Определение.
3. Осветите вопросы патогенеза пневмокониозов.
4. Патогенетические механизмы развития фиброзирующего альвеолита.
5. Диагностика и дифференциальная диагностика пневмокониозов.
6. Клиническая картина интерстициальных заболеваний легких.
7. Принципы лечения пневмокониозов.
8. Принципы лечения интерстициальных заболеваний легких.
9. Аортальные пороки сердца, кардиогемодинамика, критерии диагноза, лечение.
10. Хроническая сердечная недостаточность. Определение. Этиология. Патогенез.
11. Хроническая сердечная недостаточность. Классификация, критерии диагноза в зависимости от стадии, лечение.
12. Инфекционный эндокардит. Определение. Этиология. Патогенез.
13. ДКМП. Определение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина.
14. Инфекционный эндокардит. Диагностика. Принципы лечения.
15. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клиническая картина. Диагностика. Принципы лечения.
16. Дифференциальный диагноз по отечному синдрому.
17. Лечение пароксизмальных нарушений ритма.
18. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Диагностические критерии.
19. Дифференциальный диагноз по синдрому гепатомегалии.
20. Основные принципы лечения заболеваний кишечника.
21. Каковы клинические особенности портальной гипертензии.
22. Применение антацидов в гастроэнтерологии. Показания. Противопоказания.
23. Синдром портальной гипертензии. Патогенез. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.

24. Применение блокаторов протонной помпы в гастроэнтерологии. Показания и противопоказания.
25. Дайте определение – синдрому портальной гипертензии. Причины портальной гипертензии.
26. Применение гепатопротекторов в гастроэнтерологии. Показания и противопоказания.
27. Понятие о дискинезии, холецистите, холангите.
28. Цирроз печени. Определение. Этиология.
29. Гломерулонефрит. Определение.
30. Мочекаменная болезнь. Определение. Этиология.
31. Дифференциальный диагноз по синдрому протеинурии.
32. Мочекаменная болезнь. Патогенетические механизмы развития.
33. Принципы лечения хронического гломерулонефрита.
34. Диабетическая нефропатия. Определение. Патогенез. Клиника.
35. Нефропатия Беременных. Патогенез. Клиника. Принципы лечения.
36. Хронический пиелонефрит. Определение. Этиологические факторы.
37. Приведите клиническую классификацию хронического пиелонефрита.
38. Опишите основные клинические симптомы хронического пиелонефрита.
39. Понятие «анемии». Основные причины развития анемий, современная классификация.
40. Причины развития дефицита В12.
41. Классификация анемий по цветовому показателю, диаметру эритроцитов, количеству ретикулоцитов и степени тяжести.
42. Определение понятия лейкозы.
43. Определение понятия «гипохромные» анемии, их место в рамках рабочей классификации анемий.
44. Формы острого лейкоза.
45. Алгоритм дифференциальной диагностики анемий.
46. Клинические проявления острого лейкоза.
47. Клинические проявления хронического миелолейкоза.
48. Что понимают под термином «лимфаденопатия».

49. Алгоритм дифференциальной диагностики анемий.

50. Клинические проявления острого лейкоза.

Ситуационная задача №1

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

Объективно: температура 37,8°С. 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.

Ситуационная задача №2.

Больная Е., 50 лет, доставлена с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета.

Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,4°С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания.

При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. ЧДД - 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 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 данной пациентки.

Ситуационная задача №3.

Больная В., 35 лет, жалуется на одышку, чувство давления в правом боку, общую слабость, температуру 38,2-38,6^{0}С, потливость. Заболела неделю назад, когда после переохлаждения повысилась температура, появились кашель, недомогание. Лечилась амбулаторно. Указанные выше симптомы имеют тенденцию к нарастанию.

При осмотре: легкий цианоз губ. ЧД 28 в 1 мин. Пульс ритмичный, 90 в 1 мин. АД 135/85 мм рт. ст., правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии ниже угла лопатки

определяется тупость с границей, идущей вверх. В этой области дыхание резко ослаблено либо вовсе отсутствует; на остальном протяжении дыхание жесткое, с единичными хрипами. Сердечная тень умеренно смещена влево.

Анализ крови: лейк.-19· 10^9/л, эр. - 59%, п. 12%, лимф.- 20%, м. 3%, СОЭ 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Какое необходимо лечение?

Ситуационная задача №4.

Больная В., 76 лет, страдающая атеросклеротическим кардиосклерозом, мерцательной аритмией и сердечной недостаточностью, вызвала на дом участкового врача. Отмечает ухудшение самочувствия в последнюю неделю: усиление одышки, сердцебиение, отеки на нижних конечностях, слабость, появление кашля с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты.

При осмотре: состояние средней тяжести, цианоз губ, температура 37^0 С, пульс 110 в 1 мин, аритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 160/70 мм рт. ст. ЧДД 28 в мин.

Мерцательная аритмия, I тон ослаблен, систолический шум над верхушкой, усиление II тона над аортой.

В легких: перкуторный тон с коробочным оттенком, в нижних отделах с обеих сторон укорочение перкуторного тона, при аускультации дыхание везикулярное, с жестким оттенком, ослабленное, в нижних отделах звучная крепитация.

Живот мягкий, печень незначительно увеличена, безболезненна. Край ее закруглен, больше увеличена левая доля.

На стопах и голенях отеки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?
3. Какое больной необходимо лечение?

Ситуационная задача №5.

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

Ситуационная задача №6.

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.

Ситуационная задача №7.

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

Ситуационная задача №8.

Женщина 30 лет. Из анамнеза: впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя нормально, к врачам не обращалась, эпизодически принимала аспирин. В течении последних 2 лет стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодически головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне

(190-230/120-140 мм рт ст). Применение гипотензивных средств (капотен – 37,5 мг/сут, атенолол 50мг/сут, арифон 2,5 мг/сут) не давало оптимального эффекта – АД снижалось до 160-170/110 мм рт ст.

Объективно: больная астенического телосложения, пониженного питания, ЧСС –72 в мин, АД 210/130 мм рт ст, S=D, в эпигастральной области выслушивается систоло-диастолический шум. Со стороны остальных органов – без особенностей.

Анализ мочи – относительная плотность 1022, белок – 0,15%, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, цилиндров нет.

Биохимический анализ крови – без особенностей.

Глазное дно – гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов.

Экскреторная урография – левая почка уменьшена в размерах, отмечается задержка контрастирования чашечно-лоханочной системы и замедление выведения контрастного вещества слева.

Вопросы:

1.Сформулируйте диагноз.

2.Какие дополнительные исследования необходимы?

3.Тактика ведения больной.

Ситуационная задача №9.

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 лечении 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.

Ситуационная задача №10.

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 37,1^{0}С. 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.

Ситуационная задача №11.

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^{0}С. 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.

Ситуационная задача №12.

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 мколь/л, прямой 54 мколь/л, щелочная фосфатаза 6,0 ммоль/лч.

Вопросы:

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

Ситуационная задача №13.

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 – 160х100 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.

Ситуационная задача №14.

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?

Ситуационная задача №15.

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^{0}С. 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 слабоположительный 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.

Ситуационная задача №16.

Больная С, 64 лет, жалуется на общую слабость, сухость во рту, жажду.

В прошлом часто болела ангинами. Последние 10 лет определяется белок в анализах мочи, но не предавала этому значения, не обследовалась и не лечилась. При осмотре: одутловатость лица, отечность пальцев рук, голеней. Отеки появились месяц тому назад, без видимой причины. Температура субфебрильная. Беспокоит сильная общая слабость, потеря аппетита, тошнота, позывы на рвоту.

Пульс 90 в мин. АД 160/110 мм рт ст. I тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум и усиление II тона над аортой. Притупление перкуторного тона в нижнезадних отделах легких, дыхательный шум в зонах притупления ослаблен. Живот увеличен в размерах, равномерно вздут, что не позволяет прощупать передненижний край печени.

Анализ крови: эр 3,2 х10^{12}/л, Hb 90г/л, л 8,2 х10^{9}/л, п 6%, СОЭ 46 мм/ч. Креатинин крови 0,17 ммоль/л.

Анализ мочи: белок 1,25 г/л, л до 60 в поле зрения, эр до 8 в поле зрения, гиалиновые цилиндры до 6 в поле зрения, проба Нечипоренко: л 16,8 х10^{6}/л,

эр 1,2х10^{6}/л.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз.

2.Какие необходимы дополнительные методы исследования.

Ситуационная задача №17.

Больной В., 26 лет, обратился с жалобами на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит. После этого оставались головные боли, слабость, изменения в моче. Ухудшение состояния связывает с переохлаждением.

Объективно: температура: 37,2º С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица, отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 в мин., АД 180/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

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.

Ситуационная задача №18.

Мужчина 19 лет, студент. Два года назад после физической нагрузки отмечалась макрогематурия. При повторных урологических исследованиях патологии не выявлено. Неделю назад вновь появилась гематурия, а через 2 дня после фарингита уменьшилось количество мочи.

При обследовании выявлено повышение креатинина плазмы до 220 мкмоль/л, дисморфические эритроциты, эритроцитарные цилиндры, протеинурия до 0,33 г/л. Суточная экскреция белка 750 мг. Затем уровень креатинина повысился до 380 мкмоль/л. АД -150/100мм рь ст. Умеренные отеки. В остальном без патологических изменений. В нефробиоптате с 10 клубочками - 6 клубочков обычного строения, в остальных 1-2 сегментах—слабая сегментарная пролиферация мезангиальных клеток. Эпителий канальцев -в состоянии зернистой дистрофии.

Вопросы:

1.Каков наиболее вероятный диагноз.
2.Показана ли биопсия ночки в динамике.
3.Необходимы ли дополнительные исследования .
4.Рекомендуемая терапия.

Ситуационная задача №19.

Больной Л, 50 лет, преподаватель, жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, головную боль в теменной и затылочной областях после работы. Последние 5 лет отмечает повышение АД, которое с трудом поддается лечению гипотензивными средствами (адельфан, клофелин). Головная боль возникает только при значительном повышении АД. В последний год заметил, что 1-2 раза за ночь возникает потребность в мочеиспускании, при этом выделяется много мочи. 20 лет назад в анализе мочи выявлены белок, единичные эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры. Была произведена тонзиллэктомия, в результате которой ангины прекратились (до этого ежегодно болел ангиной, иногда 2 раза в год).

При осмотре: незначительная одутловатость лица, пульс 88 в мин, ритмичный, напряженный. АД 180/115 мм рт ст. I тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум и усиление II тона над аортой. Других изменений внутренних органов не выявлено.

Анализ крови: эр $4,1x10^{12}$/л, Hb 136г/л, л $7,5x10^{9}$/л, СОЭ 14 мм/ч. Креатинин крови 0,12 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность 1,008, белок 0,66 г/л, эр выщелоч 5-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения.

Вопросы:

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

Ситуационная задача №20.

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: Hb 58 г/л, эритр. 1,3 $\cdot 10^{12}$/л, ЦП 1,4, лейк. 2,8$\cdot 10^{9}$/л, тромб. 120$\cdot 10^{9}$/л.

На ЭГДС - тотальная атрофия слизистой желудка.

Вопрос:

Какой диагноз?

Ваша врачебная тактика.

Ситуационная задача №21.

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 ^{0}С, 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?

Ситуационная задача №22.

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*10 *12/л, Лейкоциты-24,35*10*9/л, недифференцированные бласты- 30%, Ю-2, П-8, с/я-42, Л-20, М-4, СОЭ- 46 мм/час, тромбоциты-8*10*5/л.

Диагноз? План обследования? Лечение?

Ситуационная задача №23.

Больной 20 лет поступил в терапевтическое отделение по поводу сильных болей в горле, повышение температуры до 38*С , 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*10*9/л, э-2, с/я-73, Л-16,М-1, СОЭ-25.

Предварительный диагноз? Дальнейшая тактика, лечение?

Ситуационная задача №24.

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?

Ситуационная задача №25.

Больной 20 лет поступил в терапевтическое отделение по поводу сильных болей в горле, повышение температуры до 38*С , 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*10*9/л, э-2, с/я-73, Л-16,М-1, СОЭ-25.

Предварительный диагноз? Дальнейшая тактика, лечение?

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.