

**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**

**«\_\_22\_\_» \_\_03\_\_ 2022 г. Пр. № 4**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**Врачебные манипуляции  
Специальность 31.08.49 Терапия**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры  
от «\_04\_» \_\_03\_\_ 2022\_г., протокол № 13**

**Заведующий кафедрой  
профессор Н.М.Бурдули**

**г. Владикавказ 2022 г.**

## СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
  - вопросы к зачету;
  - ситуационные задачи.

## Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

### «Врачебные манипуляции»

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля</b>	<b>Код формируемой компетенции(этапа)</b>	<b>Наименование оценочного средства</b>
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b>Промежуточный</b>		
1/	Врачебные манипуляции	УК-1, ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6, ПК-8	Вопросы к зачету, ситуационные задачи

## Вопросы к зачету

1. Атеросклероз: понятие, факторы риска, классификация, лечение.
2. Инструментальные методы диагностики заболеваний желчевыделительной системы.
3. Современные принципы лечения хронической сердечной недостаточности.
4. Анафилактический шок. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная терапия.
5. ИБС. Понятие, факторы риска. Патогенез. Классификация.
6. Лечение бронхиальной астмы.
7. Инфаркт миокарда. Клиника, диагностика, лечение.
8. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.
9. Гипертоническая болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Принципы диагностики.
10. Потенциальные возбудители внутри- и внебольничных пневмоний.
11. Симптоматические гипертензии. Классификация. Диагностика.
12. Клинические, лабораторные, инструментальные методы выявления язвенной болезни.
13. Критерии диагностики хронического гломерулонефрита (клинические, лабораторные, инструментальные).
14. Принципы лечения хронического гастрита ассоциированного и неассоциированного с *Helicobacter pylori*.
15. Этапы обследования при заболевании почек.
16. Лечение астматического статуса.
17. Пневмонии. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
18. Антикоагулянты, фибринолитики и антиагреганты. Механизм действия, характеристика основных препаратов, контроль за их применением.
19. Диагностика и лечение плевритов.
20. Острый живот в практике терапевта. Диагностика. Тактика врача.
21. Хронические гепатиты. Этиология, клиника, диагностика.
22. Антиангинальные препараты. Классификация, механизм действия, характеристика основных препаратов.
23. Инфекционный эндокардит. Этиология. Критерии диагностики. Классификация.
24. Лечение внебольничных пневмоний.
25. Кардиомиопатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.
26. Лечение хронического панкреатита.
27. Диагностика и лечение железодефицитных анемий.
28. Дифференциальная диагностика болей в левой половине грудной клетки.
29. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология. Патогенез. Клинические варианты. Классификация.
30. Дифференциальная диагностика болей в верхней половине живота.
31. Кардиогенный шок. Неотложная диагностика и терапия.
32. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация.
33. Клинико-электрокардиографическая динамика инфаркта миокарда.
34. Дифференциальный диагноз желтух.
35. Хроническая сердечная недостаточность. Классификация. Клиника. Диагностика.
36. Дифференциальный диагноз анемий. Принципы лечения анемий.
37. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация.

38. Применение бронхолитиков при заболеваниях легких.
39. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника.
40. Дифференциальный диагноз по отечному синдрому.
41. Стенокардия напряжения. Дифференциальный диагноз различных форм стенокардии.
42. Лечение циррозов печени.
43. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
44. Антигипертензивные препараты. Принципы лечения гипертонической болезни.
45. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Морфологические и клинические варианты
46. Лечение пароксизмальных нарушений ритма.
47. Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Диагностика. Классификация.
48. Дифференциальный диагноз по суставному синдрому.
49. Неотложная диагностика и помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
  
50. Острый коронарный синдром: клиника, диагностика.
51. Гипертонические кризы. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
52. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника.
53. Гипертоническая болезнь. Классификация. Диагностика.
54. Методы диагностики экссудативного плеврита.
55. Хронический пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Классификация.
56. Классификация антиаритмических препаратов.
57. Диагностика инфаркта миокарда.
58. Принципы лечения дисфункций желчного пузыря
59. Острый коронарный синдром: тактика ведения больного с подъемом сегмента ST.
60. Диагностика и лечения хронического пиелонефрита.

### Ситуационные задачи (с эталонами ответов)

#### Задача № 1

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Общий анализ крови: эр. -  $3,0 \times 10^9$ /л, Нв - 100 г/л, ц.п.- 0,9, лейкоц. -  $7,8 \times 10^9$ /л, формула без отклонений, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес - 1002, белок - 1,0 г/л, лейкоц. - 4-5 в п/зр., эр. - 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга : креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 97%.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.

3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение. Показания к гемодиализу.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ :

1. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, контуры ровные, мелковолнистые, размеры - 7,8-4,0 см, паренхима истончена, значительно уплотнена - 0,9 см, отсутствие дифференциации между корковым и мозговым слоем. Признаки нефросклероза. ЧЛК без особенностей, подвижность почек в пределах нормы.
2. Проба Реберга: см. задачу.

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Диагноз: хронический гломерулонефрит, латентный (по клинической классификации Тареева), осложнение: ХПН, 3 интермиттирующая стадия (по классификации Лопаткина), артериальная гипертензия, анемия.
2. План обследования: УЗИ почек с целью уточнения размеров почек, состояния паренхимы. Проба Реберга.
3. Диф. диагноз: с острой почечной недостаточностью, так как есть гиперкреатининемия. В пользу хронической - протеинурия в анамнезе, сухость, бледность кожи, анемия, гипертония, уменьшение размеров почек по УЗИ.  
Причина ХПН - латентный гломерулонефрит или латентный пиелонефрит. Наиболее вероятен гломерулонефрит (умеренная протеинурия а анамнезе, нет клиники обострений пиелонефрита: боли, дизурия, повышение температуры тела, лейкоцитурия, по данным УЗИ симметричный процесс в почках). На данный момент диф. диагноз причины ХПН труден. Важно выявление и уточнение стадии ХПН, так как от этого зависит тактика ведения больного.
4. Лечение: низкобелковая диета, некоторое ограничение соли ( так как есть АГ, полное исключение соли при ХПН противопоказано, особенно в начальных стадиях). Водный режим адекватный диурезу, жидкость не ограничивать.  
Гипотензивные (в данной стадии применение ИАПФ осторожно, опасно снижение клубочковой фильтрации и гиперкалиемия).  
Энтеросорбенты. Слабительные.  
Лечение анемии рекомбинантным эритропоэтином в преддиализный период или во время диализа.  
Показания к гемодиализу: снижение клубочковой фильтрации 15 - 10 мл/мин, важно не пропустить срок ввода больного в гемодиализ при ХПН.

#### Задача №2

Больной С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боль за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся- таблетками нитроглицерина, одышку.

Страдает болями в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года боли стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал по одной таблетке 2 раза в день, обзидан по 20 мг 3 раза в день, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина.

При обследовании в стационаре: температура 36,8\*С, пульс - 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД - 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

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

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 2 :

1. Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 25 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

2. Эхокардиоскопия: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

3. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.

4. Общий анализ крови: эр. -  $4,7 \times 10^{12}/л$ , Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты -  $260 \times 10^9/л$ , лейкоц. -  $6,0 \times 10^9/л$ , пал. - 2%, эоз. - 1%, сегм. - 65%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 7 мм/час.

5. Анализ крови на: АСТ - 0,28 ммоль/л, АЛТ - 0,3 ммоль/л, СРБ - отрицательный, КФК - 0,9 ммоль/л, ПТИ - 105%, время свертывания - 2 мин., холестерин - 7,5 ммоль/л, бета-липопротеиды - 6,5 г/л.

6. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1018, белка и сахара нет, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эр. - 1-2 в п/зр.

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 2

1. Предварительный диагноз: ИБС- стенокардия напряжения прогрессирующая, СН ПА стадии.

2. План дополнительного обследования: ЭКГ, велоэргометрия (через 2 недели после госпитализации), эхокардиоскопия, рентгенография органов грудной клетки; общий анализ крови, анализ крови на АСТ, АЛТ, СРБ, КФК, ПТИ, время свертывания, холестерин, В-липопротеиды, общий анализ мочи.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с инфарктом миокарда, миокардитом, перикардитом.

4. Принципы лечения:  
антиангинальная терапия нитратами короткого и длительного действия, бета-адреноблокаторами, антагонистами ионов кальция ( за исключением дигидропиридиновых производных короткого действия);  
антикоагулянтная ( гепарин ) и дезагрегантная ( аспирин ) терапия;  
гиполипидемическая терапия ( зокор, мевакор, липамид, мисклерон);  
терапия СН ( ингибиторы АПФ, мочегонные, дигоксин в малых дозах).

#### Задача №3

У больного Г., 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом.

Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы и видимые слизистые резко цианотичны. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация в III межреберье слева. Пульс ритмичный, слабый. АД - 110/70 мм рт. ст. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации. Живот мягкий,

чувствительный в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 3 :

1. Анализ крови: эр. -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты -  $9,5 \times 10^{12}/л$ , п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бета - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.
2. Анализ мочи: соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 3

1. Предварительный диагноз: тромбоз легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающейся аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.

Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Лечение сердечной недостаточности, борьба с шоком. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия

#### Задача №4

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек. Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты -  $4,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $8,3 \times 10^9/л$ , СОЭ - 20 мм/час.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ:

1. Динамика уровня креатинина: 200 мкмоль/л - 130 мкмоль/л - 100 мкмоль/л ; 80 мкмоль/л - 90 мкмоль/л - 88 мкмоль/л ; 120 мкмоль/л - 200 мкмоль/л - 350 мкмоль/л (нарастание креатинина в течение трех месяцев).
2. Анализ крови на электролиты: К - 5,3 ммоль/л, Na - 150 ммоль/л, Са - 2,2 ммоль/л, Cl - 97 ммоль/л
3. АСЛ-О - 320 ед.
4. Общий белок: 65 г/л
5. УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, размеры 12,5x7 см, паренхима отечная 22 мм, ЧЛК не изменен.
6. Глазное дно: признаки почечной ретинопатии.
7. Глазное дно: диски зрительных нервов с четкими контурами, артерии и вены не изменены. Патологии не выявлено.

8. Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, корни расширены, слабо дифференцируются.
9. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы с числом клубочков до 8, во всех клубочках отмечается выраженная пролиферация эндотелия капилляров и клеток мезангия с расширением мезангиального матрикса. Мембраны тонкие. Во всех клубочках отмечается наличие лейкоцитов. Морфологическая картина может быть расценена как острый гломерулонефрит.
10. Нефробиопсия: в препарате фрагмент почечной паренхимы корковый и мозговой слой с числом клубочков до 18, в 12 отмечается пролиферация капсулы с формированием полулуний, в оставшихся клубочках диффузная пролиферация клеток мезангия эндотелия, базальные мембраны на отдельных участках разрыхлены. Эпителий канальцев в состоянии белковой дистрофии, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция. Заключение: экстракапиллярный гломерулонефрит (нефрит с полулуниями).

#### Задача №5

Больной К., 58 лет, шофер, доставлен в терапевтическое отделение машиной “скорой помощи” с жалобами на чувство удушья с затруднением выдоха, продолжающееся в течение 12 часов. С начала приступа через каждые 30 мин. применял ингаляции беротека по 2 дозы, которые не приносили облегчения. Кроме того, больного беспокоили головная боль, тупые боли и чувство тяжести в правом подреберье, отеки ног.

В анамнезе: малопродуктивный кашель в течение 20 лет. За последние 10 лет появилась одышка при физической нагрузке, которая постепенно приобрела постоянный характер. В течение последнего года даже при незначительной физической нагрузке одышка доходила до удушья. Одышку снимал ингаляциями беротека, приемом теофедрина.

Объективно: состояние тяжелое. Вынужденное положение ортопное, одышка в покое с резко затрудненным удлиненным выдохом, диффузный цианоз, акроцианоз, лицо одутловатое, набухшие яремные вены, отеки голеней (в области крестца). Грудная клетка расширена в передне-заднем размере, “застывшая” в положении вдоха, межреберные промежутки широкие. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких. При перкуссии - коробочный звук, опущение нижних границ легких. При аускультации - ослабленное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы на выдохе. ЧДД - 24 в минуту. На глаз видна надчревная пульсация. Верхушечный толчок не виден и не пальпируется. Границы относительной тупости сердца определяются с трудом: правая - в 4 межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая - в 5 межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 100 в 1 минуту, малого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В отлогах отделах живота определяется наличие свободной жидкости. Печень плотная, несколько болезненная, пальпируется на 5 см ниже уровня реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 5:

1. Рентгенограмма - прилагается.
2. Общий анализ крови: эр. -  $5,3 \times 10^{12}$ , Нв - 153 г/л, ц.п. - 0,9; л -  $5,5 \times 10^9$ , э - 6%, п - 4%, с - 60%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 15 мм/час.
3. Анализ мокроты: прозрачная, вязкая, стекловидная; лейкоцит в небольшом количестве - 15-20 в п/зр., эозинофилы - 5-10 в п/зр., спирали Куршмана ++, кристаллы Шарко-Лейдена +++.
4. ФВД: уменьшение ОФВ 1, увеличение ООЛ и ФОЕ (на 100% и более). После введения бронхолитиков - увеличение ОФВ 1 уменьшение ООЛ и ФОЕ.
5. ЭКГ - прилагается.
6. Кожные аллергические пробы: повышенной чувствительности к стандартному набору аллергенов не выявлено.
7. Иммунологический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение кол-ва иммуноглобулинов Е.

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 5:

1. Предварительный диагноз: бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая форма, II стадия, тяжелое течение. Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. Легочное сердце. НК П-А. Осложнение: астматический статус I стадии.
2. План обследования: общий анализ крови, определение уровня IgE, анализ мокроты, рентгенография органов грудной клетки и околоносовых пазух, ФВД с проведением фармакологических проб, консультация аллерголога и проведение кожных аллергических проб, ЭКГ.
3. Дифференциальный диагноз проводится:
  - с обструктивным синдромом неаллергической природы ("синдромная астма")
  - с хроническим обструктивным бронхитом
  - с кардиальной астмой
  - с истероидным нарушением дыхания
  - с механической закупоркой верхних дыхательных путей (обтурационная астма).
4. Тактика лечения: лечение астматического состояния I стадии - проведение гидратации в сочетании с дегидратацией, борьба с ацидозом, бронхолитическая терапия, терапия глюкокортикоидами, муколитические средства; по выведении из астматического статуса лечение обострения бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита.

## Задача №6

Больная Ж., 36 лет, заболела остро. Среди ночи появился жидкий водянистый стул, повторная рвота, позже присоединилась слабость, головокружение. Больная обратилась в участковую больницу Раменского района, где был поставлен диагноз "острое пищевое отравление". Было сделано промывание желудка, введены кордиамин подкожно и в/в 500 мл 5%-раствора глюкозы с витамином С. Состояние больной ухудшилось: участилась рвота до 15-20 раз, жидкий водянистый стул без счета, беспокоила резкая слабость. Появились судороги конечностей, сильная жажда. Больная в крайне тяжелом состоянии переведена в ЦРБ.

Объективно: акроцианоз и цианоз носогубного треугольника, черты лица заострены, темные круги вокруг глаз, генерализованные судороги. Голос осиплый, тургор кожи снижен (кожная складка расправляется медленно), температура тела 35,5\*С, пульс нитевидный, АД - 40/0 мм рт. ст. Язык сухой, обложен сероватым налетом, живот втянут, мягкий, перистальтика усилена. Стул водянистый, типа рисового отвара. Моча не отделяется. Больная в сознании, вялая, в контакт вступает с трудом.

1. Какие дополнительные вопросы следует задать больной для уточнения анамнеза.
2. Поставьте ваш диагноз.
3. Определите степень обезвоживания.
4. Проведите дифференциальный диагноз с пищевым токсикоинфекциями и острой дизентерией.
5. Правильно ли лечил больную врач участковой больницы.

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ

1. Уточнить последовательность появления жидкого стула и рвоты, характер испражнений и рвотных масс, наличие или отсутствие патологических примесей в кале, болей в животе, повышение температуры, а также данные эпиданамнеза.
2. Внезапное появление жидкого водянистого стула без болей в животе, наличие рвоты, не приносящей облегчение и без предшествующей тошноты, быстрое нарастание симптомов обезвоживания на фоне нормальной температуры, а также пребывание больной в регионе,

неблагоприятном по холере (вернулась из Астраханской области), дают основание предположить у больной холеру.

3. Пользуясь таблицей клинико-патогенетической классификации обезвоживания можно диагностировать IY степень дегидратации: стул свыше 20 раз, судороги конечностей, пульс нитевидный, АД ниже 80 мм рт. ст., симптом “темных очков”, анурия.

4. Для пищевой токсикоинфекции характерно наличие болей в животе, жидкий стул имеет неприятный запах. Заболевание, как правило, сопровождается лихорадкой. Следует помнить, что при тяжелом течении пищевой токсикоинфекции дегидратация может достигать такой же степени, как при холере. При дизентерии заболевание начинается с появления болей внизу живота или в левой подвздошной области. Стул частый, но скудный, характерна примесь слизи и крови. Больного беспокоят ложные позывы, тенезмы. При пальпации отмечается спазм и болезненность сигмовидной кишки.

Деятельность врача не удовлетворительная: неправильно оценена тяжесть течения болезни (определяющаяся степенью обезвоживания) и соответственно не была назначена адекватная регидратационная терапия.

### Задача №7

Больной М., 46 лет, шофер, заболел остро: 14 декабря повысилась температура тела до 38,5° С, появились катаральные явления. Лечился амбулаторно без особого эффекта. 18 декабря появились неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха, которые нарастали. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, холодные на ощупь. В легких - укорочение перкуторного звука в заднебоковых отделах ниже угла лопатки, в этих областях дыхание ослаблено, влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 22 в минуту. Пульс - 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см от края грудины, левая - на 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, на верхушке - систолический шум. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см, плотноватая.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 7 :

1. ЭХО-КС - снижение сердечного выброса, полость левого желудочка дилатирована.
2. Общий анализ крови: эр. -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нв - 130 г/л, лейкоц. -  $15,1 \times 10^9/л$ , эоз. - 4%, пал. - 5%, сегм. - 45%, лимф. - 36%, мон- 9%, СОЭ - 6 мм/час.
3. Сыворотка крови : СРБ ++, КФК - 3,6 ммоль/гЛ, ЛДГ - 320 Ед/л, АСТ - 36 Ед/л.
4. Общий анализ мочи: уд. вес - 1016, белок - 0,06% , гиалиновые цилиндры - ед. в п/зр.
5. Посев крови стерил.

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 7

1. Острый диффузный инфекционно-аллергический миокардит.
2. Дифференциальный диагноз проводится с перикардитом, кардиомиопатией, ревматическим миокардитом, инфарктом миокарда, пороками.
3. План обследования включает: ЭКГ в динамике, эхокардиоскопию, кровь на СРБ, белковые фракции, КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, кровь на противовирусные и противобактериальные антитела, рентгенографию органов грудной клетки, сцинтиграфию, кровь на ЦИК, иммуноглобулины.
4. План лечения: глюкокортикоидные гормоны, НПВС, антибиотики, ингибиторы кининовой системы, средства, улучшающие метаболизм в миокарде, лечение НК, антиаритмическая терапия, антиагреганты, дезинтоксикационная терапия.

### Задача №8

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на

резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови : эр. -  $4,5 \times 10^{12}$ , лейкоц. -  $10,5 \times 10^9$ , э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.
2. Свертываемость крови - 3 мин.
3. ПТИ - 100 %.
4. СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. ИБС: инфаркт миокарда.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на сердечные тропонины, КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

#### Задача №9

Больной В., 45 лет, обратился к врачу повторно 08.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38°C. Считает себя больным с 04.01, когда появилась головная боль в лобной области, озноб, повысилась температура тела до 37,8°C, отмечалась ломота в теле. С 05.01 присоединились скудные выделения из носа, боль в области грудины. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, рутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 07.01 температура тела была нормальная. 08.01 появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отделяемой мокротой, присоединились боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура до 38°C.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе небольшая зернистость. Число дыханий - 26 в мин. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс соответствует температуре. АД - 120/70 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
3. План лечения.

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ

1. Острое начало болезни, озноб, костно-мышечная боль, боль в области лба, повышение температуры тела, присоединение насморка, першения в горле, кашля, боли в области трахеи, гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, улучшение самочувствия с последующим его ухудшением, появление болей в груди, усиление кашля, данные перкуссии и аускультации позволяют поставить диагноз: грипп, осложнение, левосторонняя очаговая пневмония.
2. По клиническим и эпидемиологическим показаниям необходима госпитализация. Постельный режим, антибиотики широкого спектра действия, сердечно-сосудистые средства, вдыхание увлажненного кислорода, отхаркивающие, десенсибилизирующие препараты, витамины.

### Задача №10

Больной 30 лет, поступил в стационар с жалобами на резкое ухудшение самочувствия. Вечером накануне 16.10.98 г. в 18.00 внезапно почувствовал себя плохо - появился озноб, резкая головная боль, поднялась температура тела до 39-40\*С, появился сухой и болезненный кашель, выраженная одышка. Вскоре присоединилась боль в грудной клетке справа, усиливалась при глубоком вдохе, при кашле. В день поступления в стационар отмечает отхождение кровянистой "ржавой" мокроты.

Объективно: общее состояние тяжелое. Одышка в покое с ЧД - 22 в 1 мин. При обследовании системы органов дыхания отмечается отставание в дыхании правой стороны грудной клетки; над пораженным участком легкого определяется укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком, выслушивается жесткое дыхание. Крепитация (crepitation) ясно определяется на высоте вдоха. Голосовое дрожание и бронхофония несколько усилены. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 26 :

1. Рентгенограмма - прилагается.
  2. Общий анализ мокроты: слизисто-гнойный, лейкоциты - 20-3 в п/зр., эритроциты - 10-15 в п/зр., альвеолярный эпителий.
  3. Биохимический анализ крови: альбумины - 45% - (50-61%), альфа-1-глобулины - 6,8% - (3-6%), альфа-2-глобулины - 12% - (5,8-8,9%), бета-глобулины - 14,5% - (11,0-13,0), гамма-глобулины - 30% - (15,5-21,9), фибриноген - 556 мг % (200-400 мг %), СРБ +/-.
- Общий анализ крови: лейкоциты -  $25 \times 10^9$ /л, СОЭ - 39 мм/час.