

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 «28» августа 2020 г. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по программе Производственная практика

основной профессиональной образовательной программы высшего образования -
программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по
направлению подготовки 31.03.01 Клиническая медицина
по специальности 14.01.04 Внутренние болезни,
утвержденной ректором ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России 31.08.2020

для аспирантов

по специальности Внутренние болезни

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «27» августа 2020 г. (протокол № 1)

Заведующий кафедрой
д.м.н. доцент И.Н. Тотров



г. Владикавказ 2020 г.

² СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к зачету;
 - иные оценочные средства.

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Производственная практика
направление подготовки 31.06.01. Клиническая медицина
Специальность 14.01.04 Внутренние болезни

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы, дисциплины)	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
Вид контроля	Промежуточный		
1	Производственная практика	УК-1, УК5, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3	вопросы к зачету, вопросы билетов

Образец билета к зачету:**Билет №1**

1. Классификация гипертонической болезни.
2. Неотложная помощь при обмороке.

Вопросы к зачету:

1. Клиника, диагностика инфаркта миокарда.
2. Неотложная помощь при гипертоническом кризе.
3. Клиника, диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
4. Неотложная помощь при стенокардии.
5. Классификация, клиника, диагностика хронического панкреатита.
6. Неотложная помощь при инфаркте миокарда.
7. Клиника, диагностика цирроза печени.
8. Неотложная помощь при отеке легких.
9. Критерии диагностики хронического гломерулонефрита (клинические, лабораторные, инструментальные).
10. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
11. Инструментальные методы диагностики заболеваний желчевыделительной системы.
12. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
13. Симптоматические гипертонии. Классификация. Диагностика.
14. Неотложная помощь при астматическом статусе.
15. Острый живот в практике терапевта. Диагностика. Тактика врача.
16. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.
17. Инфаркт миокарда. Клиника, диагностика, лечение.
18. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
19. Потенциальные возбудители внутрибольничных и внебольничных пневмоний.
20. Неотложная помощь при пароксизмальной тахикардии.
21. Классификация гипотензивных препаратов.
22. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.
23. Хроническая сердечная недостаточность. Классификация. Клиника. Диагностика.
24. Неотложная помощь при почечной колике.
25. Острый коронарный синдром: клиника, диагностика.
26. Неотложная помощь при гипергликемической коме.
27. Методы диагностики экссудативного плеврита.
28. Диагностика и лечения хронического пиелонефрита.

Образец экзаменационного билета

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

Кафедра внутренних болезней №1

Программа аспирантуры

Специальность 14.01.04 Внутренние болезни

Экзаменационный билет № 1**ЗАДАЧА 1.**

У больного В., 27 лет, справа ниже IV ребра не определяется голосовое дрожание, при перкуссии определяется тупой звук.

Какова наиболее вероятная причина этого симптома?

1. Долевое воспалительное уплотнение легкого.
2. Наличие газа в плевральной полости.
3. Наличие жидкости в плевральной полости.
4. Хронический воспалительный процесс в бронхах.

ЗАДАЧА 2.

В отделение поступил больной П., 62 лет, пенсионер.

ЖАЛОБЫ: На частые загрудинные боли с иррадиацией в левую руку и лопатку, возникающие в покое, чаще по ночам, и купирующиеся после приема нитроглицерина; на одышку в покое, усиливающуюся при небольшом физическом напряжении, сопровождающуюся сухим кашлем; на приступы удушья по ночам.

АНАМНЕЗ: Считает себя больным в течение 3 лет, когда впервые появились боли грудиной с иррадиацией в левую руку и лопатку. Боли возникали при ходьбе и купировались в покое и после приема нитроглицерина. Через 1 год приступы загрудинных болей участились и стали возникать при меньшей нагрузке. Появилась одышка при ходьбе. Две недели назад впервые стали беспокоить приступы удушья по ночам, усилилась одышка при ходьбе и даже в покое, появился сухой кашель.

ОСМОТР: Отмечаются полусидячее положение больного в постели, цианоз губ, кончиков пальцев рук и ног. Отеков нет. Печень не увеличена.

ВОПРОСЫ:

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?
 - Коронарная недостаточность;
 - Поражение сердца ревматической этиологии;
 - Синдром артериальной гипертензии.
2. Есть ли признаки левожелудочковой, правожелудочковой, тотальной сердечной недостаточности?
3. Ваш диагноз, план обследования, план лечения больного.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

И.Н. Тотров

Дата утверждения на ЦКУМС

«___»_____20__г. Пр. №_____

Иные оценочные средства

ЗАДАЧА 1.

В отделение поступил больной П., 36 лет, рабочий.

Жалобы: на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, температура до 38°C, кашель сухой.

Положение больного вынужденное – лежит на правом боку, прижимая правую половину грудной клетки.

Какова наиболее вероятная локализация патологического процесса?

1. Поражение плевры.
2. Воспалительный процесс в бронхах.
3. Воспалительный процесс альвеол и бронхов.

ЗАДАЧА № 2.

В отделение поступила больная Р., 32 лет, инвалид II группы.

ЖАЛОБЫ: На отеки на нижних конечностях, увеличение живота в объеме, сердцебиение, перебои в сердце, кашель со скудной кровянистой мокротой, одышку.

АНАМНЕЗ: В детстве частные ангины, в 17 лет появились боли и припухлость суставов, повышение температуры. Систематически не лечилась. Через 2 года появилась одышка при нагрузке, боли в сердце, отеки на ногах, состояние ухудшилось 5 лет назад, когда отеки стали постоянными, появилось сердцебиение, перебои в сердце, больная переведена на II группу инвалидности.

ОСМОТР: Состояние средней тяжести, положение ортопноэ, акроцианоз, синюшно-багровый румянец щек, отеки голеней и стоп, асцит, увеличение печени.

I. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

1. Артериальная гипертензия.
2. Коронарная недостаточность.
3. Поражение сердца ревматической этиологии.

II. Есть ли признаки левожелудочковой сердечной недостаточности?

III. Есть ли признаки правожелудочковой недостаточности?

IV. Ваш диагноз, план обследования, план лечения больного.

ЗАДАЧА №3.

У больного 37 лет, с обеих сторон выслушивается жесткое везикулярное дыхание, массы сухих хрипов, преимущественно базальных.

Какова наиболее вероятная причина этих симптомов?

1. Спазм мелких бронхов.
2. Воспалительный процесс бронхов.
3. Воспалительный процесс бронхов и альвеол (бронхопневмония).

ЗАДАЧА №4.

В отделение поступила больная Б., студентка университета.

ЖАЛОБЫ: На умеренные боли колющего и сжимающего характера в области верхушки сердца, сердцебиение, боли в локтевых и лучезапястных суставах усиливающиеся при движении, повышение температуры тела до 37,5° С во второй половине дня, общую слабость.

АНАМНЕЗ: Месяц назад перенесла ангину, после чего спустя 2 недели появились боли и припухлость в коленных суставах, субфебрилитет. К врачам не обращалась, через неделю боли в коленных суставах уменьшились, но появились боли в лучезапястных суставах, затем в локтевых. Несколько дней назад к этим жалобам

присоединились боли в области сердца, сердцебиение.

ОСМОТР: Положение активное. Конституция астеническая. Отмечается покраснение и припухлость в области лучезапястных и локтевых суставов, болезненность и ограничение их подвижности при движении.

Цианоза и отеков нет. Температура тела 37,3° С.

I. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

1. Коронарная недостаточность.
2. Поражение сердца ревматической этиологии.
3. Артериальная гипертензия.

II. Есть ли признаки сердечной недостаточности?

III. Ваш диагноз, план обследования, план лечения больного.

ЗАДАЧА №5.

У больной В., 23 лет, слева на уровне IV -VI ребер определяется усиление голосового дрожания, тупой перкуторный звук.

Для какого патологического процесса это характерно?

1. Обтурационный ателектаз.
2. Наличие жидкости в плевральной полости.
3. Долевое уплотнение легкого (воспаление).
4. Полость, сообщающаяся с бронхом.

ЗАДАЧА № 6.

В отделение поступил больной Р., 58 лет, инвалид II группы.

ЖАЛОБЫ: На отеки ног, тупые ноющие боли в правом подреберье, на увеличение живота в объеме; на слабость, быструю утомляемость; на кашель с отделением гнойной мокроты с неприятным запахом и прожилками крови (до 200 мл мокроты в сутки), на одышку.

АНАМНЕЗ: В течение 17 лет страдает хроническим бронхитом, бронхоэктазами. Несколько раз перенес воспаление легких. Около 5 лет назад стали появляться одышка, отеки на ногах. Лечился амбулаторно и в стационарах. Около 2 недель назад состояние ухудшилось: усилились одышка, отеки ног, стал увеличиваться в размерах живот. Усилился также кашель с мокротой, появилось кровохарканье.

ОСМОТР: Состояние тяжелое. Отмечаются значительный цианоз, выраженные отеки голеней и стоп, асцит, набухание шейных вен, увеличение печени. Выявлен правосторонний гидроторакс. Положительные симптомы "барабанных пальцев" и "часовых стекол".

ВОПРОСЫ:

1. Есть ли признаки левожелудочковой, правожелудочковой, тотальной сердечной недостаточности?
2. Есть ли признаки коронарной недостаточности?
3. Есть ли признаки поражения сердца ревматической этиологии?
4. Есть ли признаки синдрома артериальной гипертензии?
5. Ваш диагноз, план обследования, план лечения больного.

ЗАДАЧА №7.

Больной М., 46 лет, токарь по профессии, предъявляет жалобы на кашель с отделением большого количества мокроты (до 500 мл в сутки) с гнилостным запахом, кашель усиливается в положении на левом боку.

Осмотр выявляет наличие симптома «барабанных пальцев» и «часовых стекол».

Какова наиболее вероятная локализация и характер

процесса в легких?

1. Воспалительное поражение альвеол и бронхов (бронхопневмония).
2. Хронический воспалительный процесс в бронхах (хр. бронхит).
3. Гнойный воспалительный процесс в бронхах (бронхоактазы) или в легком(абсцесс).

ЗАДАЧА № 8

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
1*10 ¹²		50		1,5		0,1		180*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
4*10 ⁹	0	3			3	50	42	5
Тельца Жолли и кольца Кебота, имеются мегалобласты. Полисегментированные гигантские нейтрофилы.								
Анизоцитоз_____Сверт. крови_____								
Пойкилоцитоз_____Время кровот._____								
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <u>60 мм/ч</u>								

ЗАДАЧА №9

ОСМОТР: дыхательные движения симметричны.

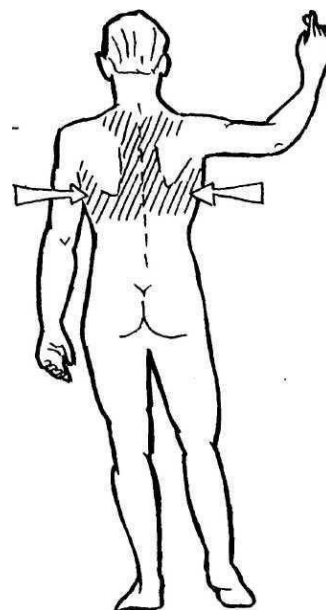
ПАЛЬПАЦИЯ: голосовое дрожание не изменено.

ПЕРКУССИЯ: ясный легочный перкуторный звук.

АУСКУЛЬТАЦИЯ: жесткое дыхание, справа и слева выслушивается большое количество сухих хрипов. Бронхофония не изменена.

ЧТО У БОЛЬНОГО?

- Закрытый пневмоторакс;
- Компрессионный ателектаз;
- Утолщение листков плевры (шварты);
- Сужение бронхов вязким экссудатом;
- Очаговое воспалительное уплотнение.



ЗАДАЧА № 10.

Больной Б., 52 года, страдает геморроем. В течение длительного времени отмечает частые ректальные необильные кровотечения. В настоящее время жалуется на повышенную утомляемость, общую слабость, головокружение, шум в ушах.

При исследовании больного отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек, одутловатость лица, пастозность нижних конечностей. Границы сердца не изменены, при аускультации определяется систолический шум на верхушке.

При исследовании крови обнаружено уменьшение содержания гемоглобина,

количества эритроцитов, снижение цветового показателя (0,5-0,6). Эритроциты изменены: микроцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия. Количество ретикулоцитов увеличено (10-20%), а количество лейкоцитов - понижено.

1. Как объяснить изменения крови, имеющиеся у больного, и как они называются?
2. Чем объяснить наличие систолического шума на верхушке сердца?
3. Составьте план обследования больного.

ЗАДАЧА №11.

У больного методом электрокардиографии выявлена блокада правой ножки пучка Гиса.

ВОПРОСЫ:

1. Как изменится I тон сердца на верхушке? Почему?
 - Усиление;
 - Ослабление;
 - Расщепление.
2. Как изменится II тон сердца? Почему?
 - Ослабление;
 - Усиление;
 - Расщепление.

ЗАДАЧА №12.

В отделение поступила больная К.. 34 лет, преподаватель. Жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при нагрузке, на повышение температуры до 37,9 °С, на кашель с небольшим отделением «ржавой» мокроты, на боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием. При осмотре отмечаются диффузный цианоз, герпес. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Число дыхательных движений - 36 в мин.

1. КАКОВА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА DYSPNOE?
 - Уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнение);
 - Снижение эластичности легких вследствие эмфиземы;
 - Спазм мелких бронхов;
 - Механическое препятствие в области трахеи или крупного бронха.
2. Ваш диагноз, план обследования, план лечения больного.

ЗАДАЧА №13.

У больного 48 лет справа ниже угла лопатки между лопаточной и задней подмышечной линиями выслушивается бронхиальное дыхание и крупнопузырчатые хрипы.

Какова наиболее вероятная причина этих симптомов?

1. Долевое воспалительное уплотнение.
2. Очаговое воспалительное уплотнение.
3. Полость, сообщающаяся с бронхом, освобождающаяся от гнойного содержимого.

ЗАДАЧА №14.

Клиническая интерпретация лабораторных методов исследования.

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Суточное кол-во мочи – 800 мл

Удельный вес – 1036

Белок – 3,3 %

Сахар –

Кетоновые тела –

Желчные пигменты

Прямой билирубин –

Уробилиноген –

Желчные кислоты –

Микроскопия осадка

Эпителий – 2-3

Клетки почечного эпителия – 5-6 в п/зр

Лейкоциты – 4-5 в п/зр

Эритроциты – ед. в п/зр

Цилиндры

Гиалиновые – 15-18 в п/зр

Восковидные – 4-8 в п/зр

Зернистые – 15-20 в п/зр

ЗАДАЧА №15.

1. Клиническая интерпретация результатов инструментальных методов исследования.

Охарактеризуйте изменения в рентгенограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

**ЗАДАЧА №16.**

Больной 26 лет, слесарь, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастрии через 2-3 часа после еды, ночные боли, успокаивающиеся после приема соды, мучительную изжогу, отрыжку, запор.

В анамнезе злоупотребление алкоголем, много курит, не соблюдает режим питания.

При обследовании болезненность в эпигастрии, больше справа с незначительным мышечным напряжением в этой области. Кислотность желудочного сока повышена.

1. Поставьте диагноз?
2. Как называются боли, возникающие через 2-3 часа после еды?
3. Назовите факторы риска данного заболевания?
4. Какими способами можно определить кислотность желудочного сока?

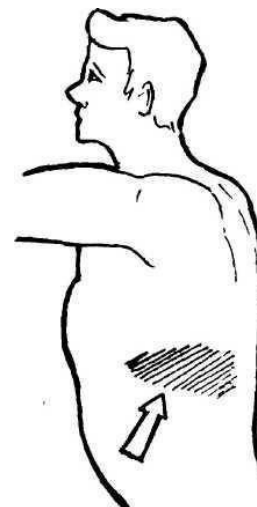
ЗАДАЧА №17.

ОСМОТР: незначительное отставание левой половины грудной клетки в дыхании. **ПАЛЬПАЦИЯ:** голосовое дрожание слегка ослаблено.

ПЕРКУССИЯ: притупление перкуторного звука.

АУСКУЛЬТАЦИЯ: ослабленное везикулярное дыхание, шум трения плевры. **ЧТО У БОЛЬНОГО?**

- Закрытый пневмоторакс;
- Утолщение листков плевры (шварты);
- Очаговое воспалительное уплотнение легкого;
- Гидроторакс;
- Обтурационный ателектаз.

**ЗАДАЧА № 18.**

В отделение поступила больная Л., 54 лет, бухгалтер. Жалобы на периодические приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся кратковременной желтухой, повышением температуры, диспепсическими расстройствами.

ИЗ АНАМНЕЗА: Боли в правом подреберье беспокоят около 7 лет.

ОСМОТР: Питание повышенное. Желтушность кожных покровов, склер. Моча темная, кал обесцвечен. Положение беспокойное, мечется в постели.

I. ЧТО У БОЛЬНОЙ?

1. Острый гепатит.
2. Язвенная болезнь в стадии обострения.
3. Кишечная колика.
4. Желчекаменная болезнь.
5. Холецистит.

II. Составьте план обследования и план лечения.**ЗАДАЧА №19.****Перкуссия сердца:**

Границы относительной тупости сердца: правая на 3 см вправо от края грудины, левая на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии. Верхняя — по III ребру.

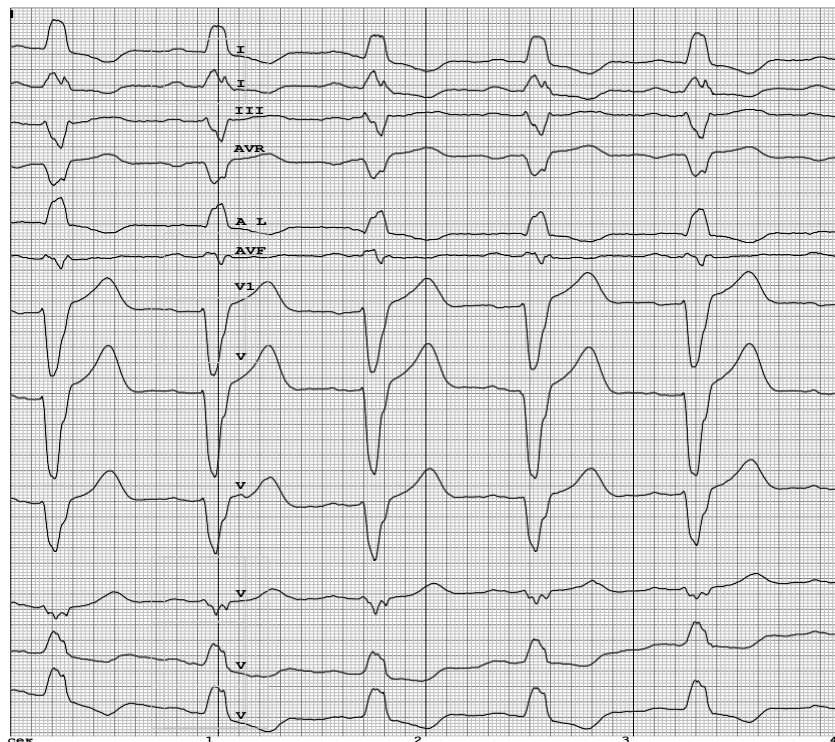
Границы абсолютной тупости сердца. Правая на 2 см вправо от левого края грудины. Левая на 3 см кнутри от срединно-ключичной линии. Верхняя по IV ребру.

Что имеется у больного?

- Увеличение левого желудочка
- Увеличение правого желудочка.
- Увеличение левого предсердия и правого желудочка.
- Увеличение правого и левого желудочка, левого предсердия.

ЗАДАЧА №20.**1. Клиническая интерпретация лабораторных методов исследования.**

Охарактеризуйте изменения в электрокардиограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.



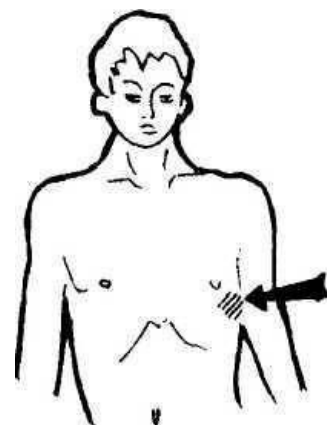
ЗАДАЧА №21.

ОСМОТР СЕРДЦА: Верхушечный толчок хорошо виден на глаз, усиленный, разлитой, смещенный до передней аксиллярной линии.

ПАЛЬПАЦИЯ: Верхушечный толчок расположен в VI межреберье по передней аксиллярной линии, разлитой, усиленный. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не выявляются.

ПРИЗНАКИ КАКОГО СИНДРОМА ИМЕЮТСЯ У БОЛЬНОГО?

- Гипертрофия левого желудочка без его дилатации;
- Значительная дилатация левого желудочка;
- Гипертрофия его не выявляется;
- Гипертрофия и значительная дилатация левого желудочка;
- Гипертрофия и дилатация правого желудочка;
- Гипертрофия и дилатация левого и правого желудочков.



ЗАДАЧА №22.

Больная К., 35 лет, обратилась к врачу по поводу кашля с отделением небольшого количества мокроты с примесью алой крови, возникающего при длительной нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца.

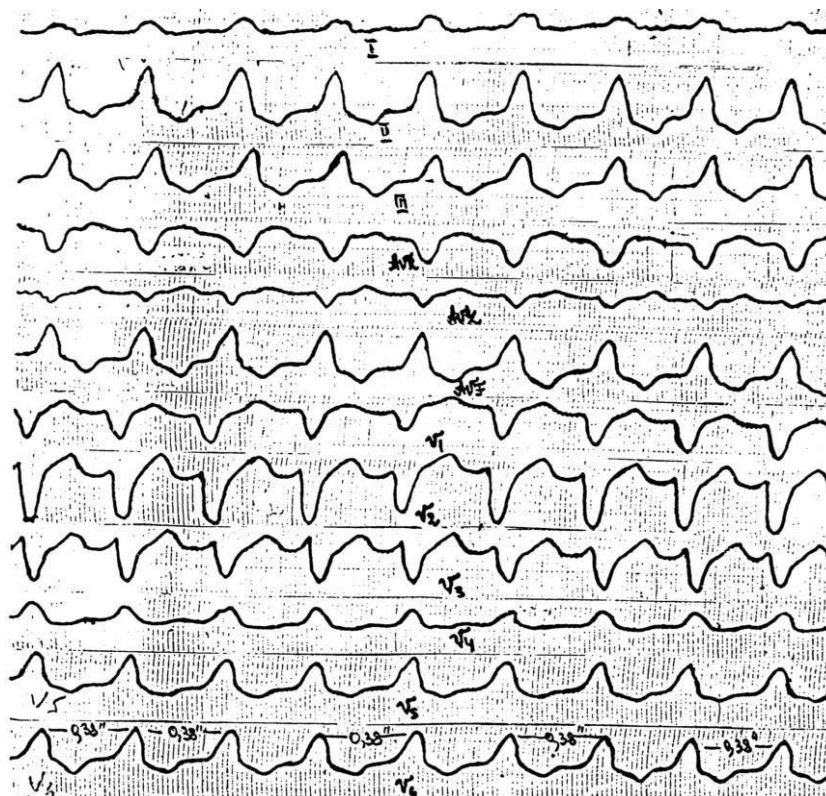
При объективном обследовании в области сердца определяется сердечный толчок, симптом "кошачьего мурлыканья" в фазу диастолы. Границы сердца расширены вправо и вверх. На верхушке выслушивается усиление I тона, диастолический шум, на легочной артерии акцент II тона.

1. Ваш диагноз?
2. Какое нарушение ритма характерно для данной патологии?
3. Какая конфигурация сердца имеется у данной больной?

13
ЗАДАЧА №23.

1. Клиническая интерпретация лабораторных методов исследования.

Охарактеризуйте изменения в электрокардиограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.



ЗАДАЧА №24.

Мужчину 59 лет в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической нагрузки от 1 до 4 в день, регулярно принимал конкор 5 мг 1 раз в день, монокс 40 мг 2 раза в сутки, кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели, несмотря на регулярный прием препаратов, отметил изменение характера загрудинных болей, приступы участились до 10-12 в день, стали более продолжительными, появились в покое в ночное время. ЭКГ не показала существенной динамики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Тактика ведения больного?

ЗАДАЧА №25.

Больной Х., 67 лет, поступил в клинику на 4-й день после развития продолжительного (около 2 часов) приступа загрудинных болей. В анамнезе около 15 лет гипертоническая болезнь, много курит. Последние 4 года страдает стенокардией напряжения. За 9 дней до поступления приступы болей участились, стали возникать в покое.

Состояние средней тяжести. Акроцианоз. Пульс - 100 в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм.рт.ст.

Вопросы:

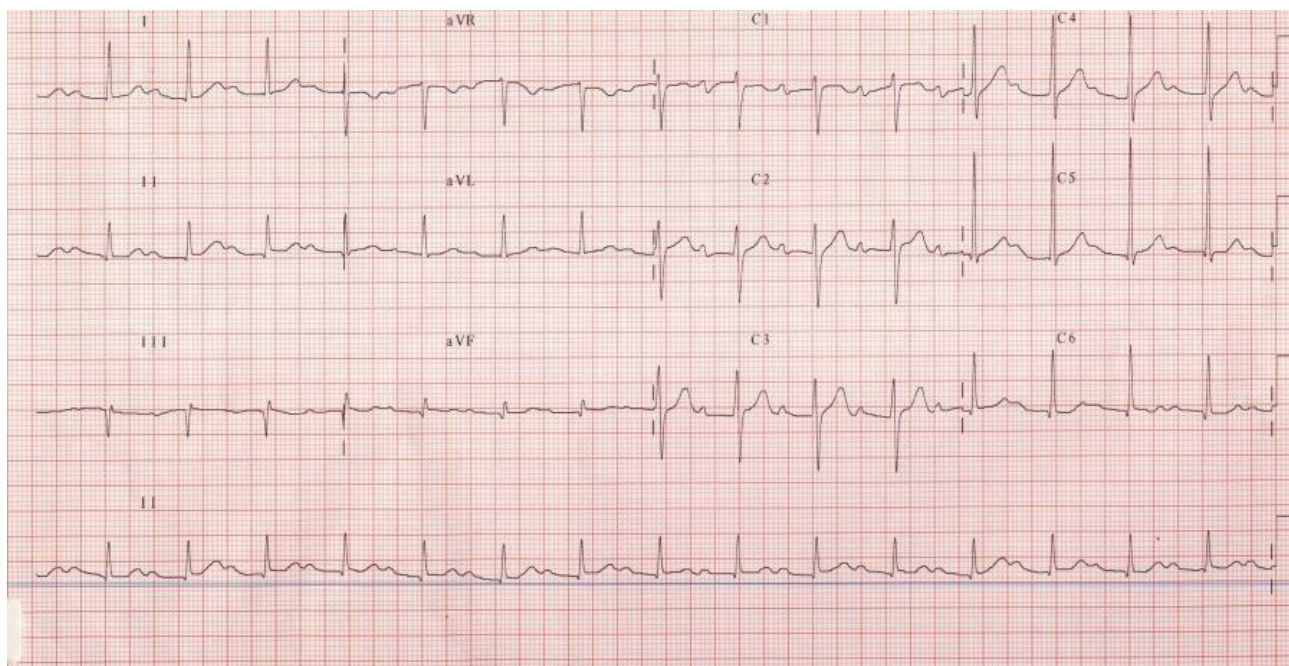
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.

Назначьте лечение с указанием препаратов

ЗАДАЧА №26.

1. Клиническая интерпретация лабораторных методов исследования.

Охарактеризуйте изменения в электрокардиограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.



ЗАДАЧА №27.

Поступил больной Н., 40 лет, с жалобами на затруднение глотания преимущественно жидкой пищи.

АНАМНЕЗ: Впервые подобные жалобы появились год назад после сильного эмоционального перенапряжения. Дллись несколько дней и прошли после приема спазмолитиков, седативных препаратов. В настоящее время жалобы появились на следующий день после смерти близкого человека.

ОБЪЕКТИВНО: Больной нормального питания. При пальпации болезненности в животе нет.

I. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРИЧИНУ, ВЫЗВАВШУЮ ДИСФАГИЮ:

1. Функциональный стеноз пищевода.
2. Органический стеноз на фоне рубцовых изменений.
3. Органический стеноз, вызванный ростом опухоли.

II. Составьте план обследования и лечения больного.

ЗАДАЧА №28.

Поступил больной М., 30 лет, с жалобами на затруднение глотания пищи.

АНАМНЕЗ: год назад без видимой причины появилось ощущение затруднения глотания твердой пищи, спустя 4 месяца — полужидкой, за последний месяц — жидкой пищи. В течение этого года появились и прогрессивно нарастали слабость, боли за грудиной, похудел на 20 кг.

ОБЪЕКТИВНО: Больной резко истощен. При пальпации умеренная болезненность в эпигастрии.

I. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРИЧИНУ, ВЫЗВАВШУЮ ДИСФАГИЮ:

1. Функциональный стеноз пищевода.
 2. Органический стеноз на фоне рубцовых изменений.
 3. Органический стеноз, вызванный ростом опухоли.
- #### II. Составьте план обследования и лечения больного.

ЗАДАЧА №29.

Больной О., 20 лет, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натошак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен.

Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

- Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
- Расскажите о принципах лечения в соответствии с Вашим предварительным диагнозом.

ЗАДАЧА №30.

При осмотре живота обнаружено его некоторое увеличение. При пальпации выявлено небольшое напряжение брюшной стенки. При перкуссии обнаружена тупость ниже пупка. Верхний уровень тупости постепенно повышается по направлению от середины живота к боковым флангам и представляет собой вогнутую линию. В положении лежа по средней линии на всем протяжении звук ясный, тупость определяется только в боковых отделах. Обнаруживается флюктуация.

1. О чем можно подумать по описанной выше картине?
2. Какие дополнительные исследования нужно провести?
3. Перечислите возможные причины данной патологии.

ЗАДАЧА №31.

У больного К., 60 лет появилась интенсивная боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, шею и нижнюю челюсть. Боль не купируется нитроглицерином и держится более 20 минут.

В течение длительного времени больной наблюдается по поводу ИБС-стенокардии. Неоднократно находился на стационарном лечении. Ранее приступы загрудинных болей возникали при ходьбе, купировались нитроглицерином через 5 минут.

Объективно: бледность кожи, акроцианоз. Тоны сердца глухие. Пульс -100 в минуту, ритмичный.

АД -120/70 мм.рт.ст. В легких - везикулярное дыхание ЧЧД - 20 в минуту.

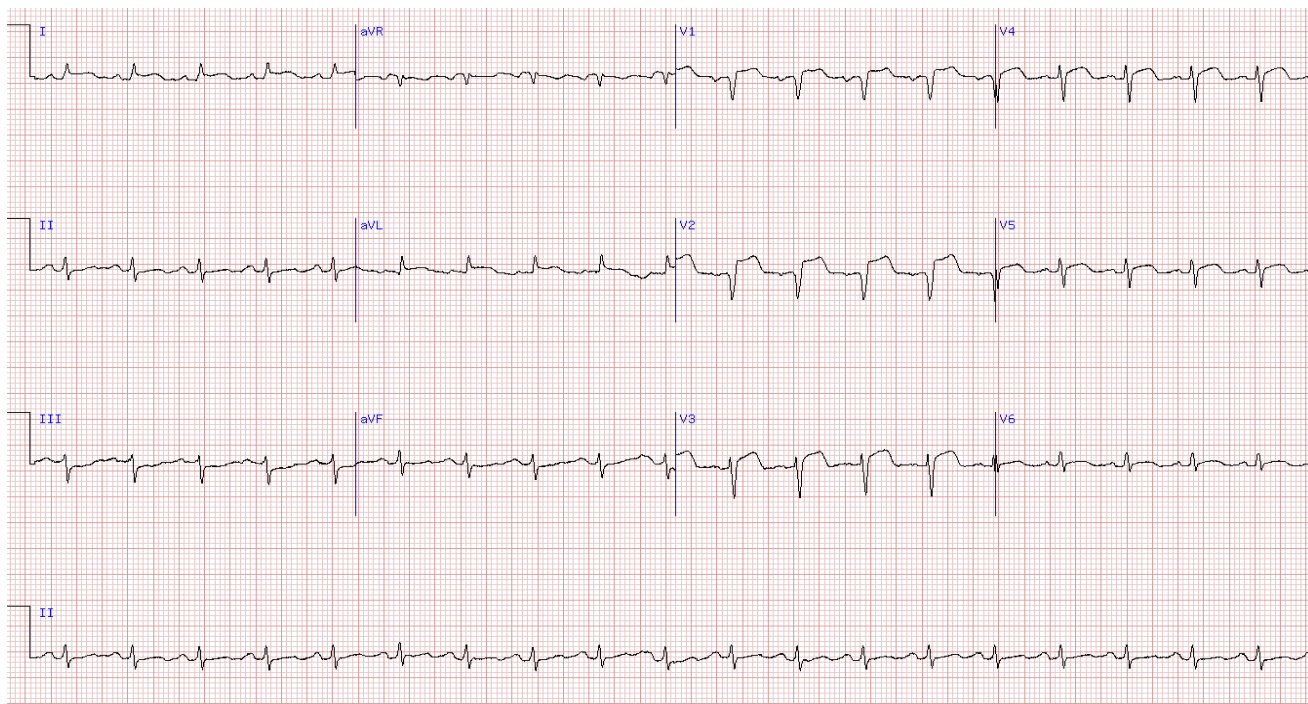
Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика лечения.

3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования могут подтвердить предварительный диагноз?

ЗАДАЧА №32.**1. Клиническая интерпретация лабораторных методов исследования.**

Охарактеризуйте изменения в электрокардиограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

**ЗАДАЧА №33.**

Осмотр области сердца:

Верхушечный толчок хорошо виден на глаз, смещен до передней аксилярной линии.

Пальпация:

Верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье по передней аксилярной линии, интенсивный разлитой. Сердечный толчок не пальпируется.

Что имеется у больного?

- Гипертрофии отделов сердца нет.
- Гипертрофия левого желудочка без его дилатации.
- Гипертрофия и дилатация левого желудочка.
- Гипертрофия и дилатация правого желудочка.

ЗАДАЧА №34.**1. Клиническая интерпретация лабораторных методов исследования.**

Охарактеризуйте изменения в урограмме. Сделайте заключение о возможной патологии.

Суточное кол-во мочи – 3500мл

Удельный вес – 1040

Белок –

Сахар – 7,0%

Кетоновые тела +++

Желчные пигменты

Прямой билирубин –

Уробилиноген –

Желчные кислоты –

Примечания: Сахар крови 24 ммоль/л

Микроскопия осадка

Эпителий – 1-2 в п/зр

Клетки почечного эпителия –

Лейкоциты – 3-4 в п/зр

Эритроциты –

Цилиндры

Гиалиновые –

Восковидные –

Зернистые –

ЗАДАЧА №35.

ОСМОТР СЕРДЦА: Видны на глаз сердечный толчок и эпигастральная пульсация.

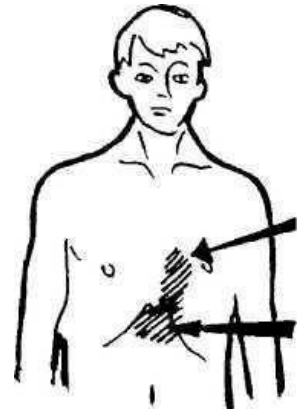
Верхушечный толчок не определяется.

ПАЛЬПАЦИЯ: Верхушечный толчок расположен в V межреберье на I см кнутри от левой срединно-ключичной линии, обычный. В области абсолютной тупости сердца

и эпигастрии определяется усиленная пульсация.

ПРИЗНАКИ КАКОГО СИНДРОМА ИМЕЮТСЯ У БОЛЬНОГО?

- Гипертрофия левого желудочка без его дилатации;
- Значительная дилатация левого желудочка;
- Гипертрофия его не выявляется;
- Гипертрофия и значительная дилатация левого желудочка;
- Гипертрофия и дилатация правого желудочка;
- Гипертрофия и дилатация левого и правого желудочков.

**ЗАДАЧА №36.**

В отделение поступил больной Н., 40 лет, старший мастер завода «Ростсельмаш».

ЖАЛОБЫ: На сжимающие интенсивные загрудинные боли с иррадиацией в левую руку,

лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, особенно в холодную погоду, купирующиеся в покое и после приема нитроглицерина; на общую слабость, раздражительность.

АНАМНЕЗ: Заболел около 2 лет назад, когда впервые при физической нагрузке появились загрудинные боли. Обратился к врачу, который рекомендовал принимать нитроглицерин, с тех пор пользуется нитроглицерином постоянно. Ухудшение наблюдает в течение последнего месяца, когда в холодную погоду боли участились, количество таблеток нитроглицерина в сутки увеличилось с 5—6 до 10—12 штук. Курит в течение 20 лет по 20-30 сигарет в день, отмечает частые нервные перегрузки.

Отец умер в возрасте 56 лет от сердечной патологии.

ОСМОТР: Гиперстеник, положение активное, цианоза и периферических отеков нет.

1. Каков наиболее вероятный характер заболевания?

- 1) Артериальная гипертензия
- 2) Коронарная недостаточность
- 3) Поражение сердца ревматической этиологии.

2. Есть ли признаки хронической недостаточности кровообращения?

3. Ваш диагноз, план обследования, план лечения больного.

ЗАДАЧА №37.

В отделение поступил больной Д., 61 года, пенсионер.

ЖАЛОБЫ: На одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, кашель со скудной серозной мокротой, периодические приступы удушья по ночам.

АНАМНЕЗ: Впервые загрудинные боли появились 10 лет назад. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда задне-боковых отделов сердца, после чего стала нарастать одышка, появились приступы удушья.

ОСМОТР: Положение полусидячее, акроцианоз.

I. Каков вероятный характер заболевания?

1. Артериальная гипертензия.
2. Коронарная недостаточность.
3. Поражение сердца ревматической этиологии.

II. Есть ли признаки преимущественно левожелудочковой недостаточности?

III. Есть ли признаки преимущественно правожелудочной недостаточности?

IV. Ваш диагноз, план обследования, план лечения больного.

ЗАДАЧА №38.

Больной В., 40 лет.

Доставлен «скорой помощью» в БИТ через 2 часа после интенсивного ангинозного приступа, развившегося впервые в жизни.

В анамнезе - хронический тонзиллит, хронический некалькулезный холецистит.

При поступлении: состояние тяжелое, сохраняются ангинозные боли. АД 110/70 мм рт ст., ЧСС 68 уд/мин.. Тоны сердца пониженной звучности, шумы не прослушиваются. В легких - застойных хрипов нет. Печень не увеличена, периферических отеков нет.

ЭКГ: подъем ST в I, AVL, V1 - V4 до 11 мм, депрессия ST в II, III, AVF на 2 мм, интервал PQ = 0,26, нарушение внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

ЗАДАЧА №39.

Мужчину 59 лет в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической нагрузки от 1 до 4 в день, регулярно принимал конкор 5 мг 1 раз в день, монокс 40 мг 2 раза в сутки, кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели, несмотря на регулярный прием препаратов, отметил изменение характера загрудинных болей, приступы участились до 10-12 в день, стали более продолжительными, появились в покое в ночное время. ЭКГ не показала существенной динамики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Тактика ведения больного?

ЗАДАЧА №40.

1. Дайте заключение ультразвуковому исследованию.

Печень: левая доля не увеличена 73 мм, правая доля увеличена +2,0 см, контуры ровные, эхогенность – неравномерно повышена, края закруглены, воротная вена 15 мм, сосудистый рисунок обеднен деформирован.

Желчный пузырь – размера 92*37 мм, общий желчный проток 3 мм, стенки неравномерно уплотнены, толщина 2-3 мм, форма S – образно изогнут, в полости содержимое застойное, конкременты не визуализируются.

Поджелудочная железа: головка 30 мм, тело – 15 мм, хвост 22 мм, контуры ровные, четкие, эхоструктура незначительно неравномерно уплотнена, эхогенность больше нормы.

Селезенка: увеличена, однородна, контуры ровные, селезеночная вена 10 мм.

ЗАДАЧА № 41.

Больная И., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль опоясывающего характера в эпигастриальной области, возникающую после приема пищи и длящуюся до 1,5 часов, вздутие живота, кашицеобразный учащенный до 4-5 раз в сутки стул.

Больна 7 лет, после употребления жирного, жареного отмечает появление болей в правом подреберье. В течение 3 лет периодически беспокоят опоясывающие боли после приема пищи. Около года отмечает кашицеобразный стул 1 -2 раза в сутки, иногда с

кусочками непереваренной пищи. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда после употребления сливочного масла появились вышеописанные жалобы.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологии не выявлено. Язык обложен белым налетом. Пульс - 80 в мин., ритмичный, АД - 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот вздут, при пальпации болезненный в зоне Шоффара, Губергрица.

Копрограмма: кал кашицеобразный, нейтральный жир +++, жирные кислоты ++, непереваренные мышечные волокна ++, крахмал ++.

Вопросы:

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