

№ ОРД-КЛ.ФАРМ-23

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Утверждено

**протоколом заседания Центрального
координационного учебно – методического
совета от «14» марта 2023 г. пр. №4**

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

По Производственной (клинической) практике

для ординаторов

по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 10 марта 2023 г. (протокол № 10)**

Заведующая кафедрой фармакологии
с клинической фармакологией
д.м.н., проф.  Л.З. Болиева

г. Владикавказ, 2023

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензия на оценочных материалов
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств
 - экзаменационные билеты
 - билеты к зачету
 - ситуационные задачи

**Паспорт оценочных материалов по
производственной (клинической) практике**

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) практики / модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименования оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1	Участие в клинических разборах и обходах, работе врачебной комиссии	УК-4	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи
2	Оценка результатов лабораторных методов исследования Оценка результатов основных методов функциональной диагностики Оценка результатов эндоскопических методов исследования Оценка результатов рентгенологических методов исследования Оказание неотложной помощи Участие в клинических разборах и обходах, работе врачебной комиссии	ОПК-4	Билеты к зачету, ситуационные задачи
3	Анализ вариантов взаимодействий лекарственных средств Анализ, выявление и репортирование неблагоприятных побочных реакций при применении лекарственных средств Консультирование больных, консультативное сопровождение фармакотерапии при лечении и медицинской реабилитации пациента	ОПК-5	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи
4	Консультирование больных, консультативное сопровождение фармакотерапии при лечении и медицинской реабилитации пациента	ОПК-6	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи

5	Консультирование больных, консультативное сопровождение фармакотерапии при лечении и медицинской реабилитации пациента Оказание неотложной помощи Участие в клинических разборах и обходах, работе врачебной комиссии Организация и проведение обучающего семинара для врачей медицинской организации по вопросам рациональной фармакотерапии Подготовка и проведение обучающих мероприятий для пациентов в рамках санитарно-просветительной работы по актуальным вопросам лекарственной терапии	ПК-1	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи
6.	Организация и проведение микробиологического мониторинга	ПК-2	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи
7.	Персонализированный выбор и применение лекарственных препаратов на основании результатов фармакогенетического тестирования и (или) терапевтического лекарственного мониторинга	ПК-3	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи
8	Организация и проведении фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований.	ПК-4	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи
9	Проведение анализа лекарственной терапии и экспертизы качества медицинской помощи в части лекарственной терапии Составление формуляра медицинской организации Анализ рациональности объемов потребления лекарственных препаратов в соответствии с профилем медицинской организации, соответствия закупаемого ассортимента лекарственных препаратов по номенклатуре и количеству утвержденным стандартами медицинской помощи и перечнями лекарственных препаратов Контроль за использованием лекарственных средств в медицинской организации	ПК-5	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи
10	Подготовка и проведение обучающих мероприятий для пациентов в рамках санитарно-просветительной работы по актуальным вопросам	ПК-6	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи

	лекарственной терапии, здорового образа жизни, здоровьесбережения		
11	Контроль за использованием лекарственных средств в медицинской организации Организация и проведение обучающего семинара для среднего медицинского персонала по вопросам хранения лекарственных средств Составление плана работы врача-клинического фармаколога, оформление отчетной и другой документации в соответствии с действующими нормативными актами	ПК-7	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи
12	Оказание неотложной помощи	ПК-8	Экзаменационные билеты, ситуационные задачи

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Специальность Клиническая фармакология

Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Экзаменационный билет № 1

1. Фармаконадзор. Организация системы фармаконадзора в Российской Федерации и в мире, основные нормативные акты. Порядок подачи информации о неблагоприятной побочной реакции на лекарственное средство.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи при острой левожелудочковой недостаточности.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20 г. пр. №___

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Специальность Клиническая фармакология

Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Экзаменационный билет № 2

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Клиническая фармакология». Должностные обязанности врача-клинического фармаколога. Показания для консультации врача-клинического фармаколога медицинской организации.
2. Клинические исследования лекарственных средств.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20 __ г. пр. №___

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Экзаменационный билет № 3

1. Острое отравление морфином: механизмы, причины, методы лечения и профилактики.
2. Фармакоэкономические исследования: цели, задачи, методы проведения.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. пр. №___

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 1

3. Порядок подачи информации о неблагоприятной побочной реакции на лекарственное средство.
4. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке.

Зав. кафедрой, профессор
Дата утверждения на ЦКУМС
«__» _____ 20__ г. пр. №__

Л.З. Болиева

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 2

3. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Клиническая фармакология».
4. Предупреждение побочных эффектов вследствие лекарственных взаимодействий.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«__» _____ 20__ г. пр. №__

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 3

3. Острое отравление парацетамолом: механизм, причины, методы лечения и профилактики.
4. Методы проведения фармакоэкономического анализа.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. пр. №___

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 4

1. Побочное действие лекарственных средств. Специфические побочные эффекты, связанные с фармакологическими свойствами лекарств. Токсическое действие лекарств. Синдром обкрадывания.
2. Методы фармакоэпидемиологического анализа.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«__» _____ 20__ г. пр. №__

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 5

1. Формулярная система. Критерии выбора лекарственных средств для формуляра медицинской организации
2. Методы фармакогенетических исследований.

Зав. кафедрой, профессор

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. пр. №___

Л.З. Болиева

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 6

1. Особенности дозирования лекарственных средств у лиц пожилого возраста.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи при острой левожелудочковой недостаточности.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 ____ г. пр. № ____

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Специальность Клиническая фармакология

Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 7

1. Особенности дозирования лекарственных средств у детей.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи при ангионевротическом отеке.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » _____ 20 ____ г. пр. № ____

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 8

1. Особенности применения лекарственных средств у беременных и кормящих женщин.
2. Острое отравление атропином: механизм, меры помощи.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. пр. №___

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Специальность Клиническая фармакология

Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 9

1. Методы контроля эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи при остром отравлении наркотическими анальгетиками.

Зав. кафедрой, профессор

Дата утверждения на ЦКУМС

«__» _____ 20__ г. пр. №__

Л.З. Болиева

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

Билет к зачету № 10

1. Методы контроля эффективности безопасности системной стероидной терапии.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертоническом кризе.

Зав. кафедрой, профессор
Дата утверждения на ЦКУМС
«__» _____ 20__ г. пр. №__

Л.З. Болиева

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

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией
Специальность Клиническая фармакология
Дисциплина Производственная (клиническая) практика

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39°C, озноб. Заболела впервые. Правильного телосложения. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Почки не пальпируются. Пальпация левой почки (ее области) резко болезненная. Дизурии нет. Макрогематурия, лейкоцитурия. Беременность 18 недель, без патологии. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

2. Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37.9°C, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/105 мм рт.ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. Пульс 88 уд. в минуту, ритмичный, напряженный. АД 180/105 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабopоложителен справа. Дизурии нет. Лейкоцитурия. После физической нагрузки АД 195/120 мм рт.ст. На обзорном снимке мочевой системы в проекции мочевых путей теней конкрементов не отмечено. Контуры почек определяются нечетко. Обращает на себя внимание уменьшение размеров правой почки. На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе и мочеточнике левой почки не выявлено. Справа почка размером 10x8 см бобовидной формы с неровной поверхностью. Чашечки деформированы, местами колбовидной формы. По данным УЗИ почек отмечено уменьшение в размерах правой почки, паренхима неоднородной плотности толщиной 6-7 мм. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

3. Больной Д., 32 года, обратился с жалобами на общее недомогание, ощущение слабости, снижение работоспособности, отеки век, лица, тупые, ноющие, продолжительные боли слабой интенсивности в поясничной области, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»). Больной перенес ангину и через две недели после нее стал отмечать снижение работоспособности, изменение цвета мочи, отеки век. Болен в течение 2 дней. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ангина, ОРВИ, пневмония. Больной работает контролером, профессиональных вредностей не отмечает. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери гипертоническая болезнь, у отца язвенная болезнь желудка, дочь - здорова. Аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,8 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отечны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. ЧД - 20 в минуту. При аускультации легких: дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный, 78 в минуту. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, безболезненный. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон. Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,1x10⁹/л. Цветной показатель - 0,9, лейкоциты - 6,8x10⁹/л, сегментоядерные - 76 %, палочкоядерные - 1 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 2 %, лимфоциты - 15 %. СОЭ - 25 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 1,066 г/л, эритроциты - 10-12 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения. Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 6000 в 1 мл, лейкоциты - 3000 в 1 мл, цилиндров не обнаружено. Суточная протеинурия - 1,8 г. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумин - 33 г/л, мочевины - 7,9 ммоль/л, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 4 ммоль/л. Бактериологическое исследование мазка из зева: Strept. Pyogenes, чувствительный к цефотаксиму, цефтриаксону, левофлоксацину, устойчивый к амоксициллину.

Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

4. Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина - заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника - крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину беспокоит практически постоянная заложенность носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем пациентка самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин, при этом эффект достигался. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД - 22 в минуту, на коже кистей - экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч. В анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты - 1-5 в поле зрения, эозинофилы - 20-40-60 в поле зрения, эритроцитов нет, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены.

ФВД: ЖЕЛ - 84%, ОФВ₁ - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ₁ - 84%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 58%. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его. Сформулируйте план мероприятий по мониторингу эффективности и безопасности терапии.

5. Пациент К., 27 лет, маляр. Поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Известно, что у сестры больного имеется аллергический дерматит. Трехлетний сын больного страдает экссудативным диатезом. Пациент в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены аллергическая реакция в виде отека Квинке на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. При поступлении состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД - 24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн (п/я - 3%, с/я - 64%), эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. В анализе мокроты: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена -

единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ - 87%, ОФВ₁ - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его. Сформулируйте план мероприятий по мониторингу эффективности и безопасности терапии.

6. Больной В. 50 лет, во время бритья получил маленькую поверхностную рану в области угла нижней челюсти. Обработал ее раствором йода, в течение 4-х дней больного ничего не беспокоило. Затем, отметил в этой зоне небольшую болезненную припухлость, без гиперемии и гипертермии, которая постепенно увеличивалась. К врачу не обращался. Местно прикладывал ежедневно теплую грелку. Боль не проходила. Инфильтрат стал размером - 4х5 см, плотным, появилась незначительная гиперемия над ним, температура тела субфебрильная. На 8-е сутки температура повысилась вечером до 39 градусов, утром - 37,2. В области инфильтрата появилась флюктуация, затруднение открывания рта. После чего был вынужден обратиться к врачу. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

7. Больная Ф., 70 лет, поступила через 7 суток сначала заболевания с жалобами на припухлость и боли в правой ягодичной области, повышение температуры тела до 38,2 градусов. Со слов больной, в связи с повышением АД до 190 и 120 мм рт. ст. «скорая» сделала ей неделю назад в/м инъекцию сернокислой магнезии. Через 2 дня появилось болезненное уплотнение в правой ягодице. Делала «йодную сетку» по совету соседей, прикладывала горячую грелку. Боль усилилась, температура тела поднялась до 38,2 градусов Цельсия, в связи с чем обратилась в больницу. Состояние средней тяжести. PS - 100 ударов в мин. АД 160 и 100 мм. рт. ст. В области верхненаружного квадранта правой ягодицы плотный, резко болезненный инфильтрат 10х14 см, гиперемия кожи, местная гипертермия. Флюктуация в центре. В правой паховой области умеренно болезненные 2 образования 1,0х 1,5 см, подвижные, без гиперемии. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

8. У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура тела до 37,7 градусов Цельсия, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2х15 см, спаянные с кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

9. Больной А. 35 лет, из-за тесной обуви появилась инфицированная потертость на 1 пальце правой стопы. Место прикладывала бактерицидный пластырь. Через 3 дня в правой паховой области появились болезненные образования, 2-3 шт., размером 1,0х1,5 см., умеренно подвижные, кожа над ними не изменена, К врачу не обращалась, не лечилась. Еще через неделю в правой паховой области появился плотный болезненный инфильтрат без четких границ, гиперемия кожи над ним. Флюктуации нет. Температура тела - 38,5 градусов Цельсия. Ваш диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его. Сформулируйте план мероприятий по мониторингу эффективности и безопасности терапии.

10. У больной С, 26 лет за день до обращения к врачу появились сухой кашель, заложенность носа, водянистые выделения из носа, слезотечение, першение в носоглотке, повышение температуры тела до 38,5 С. Принимала парацетамол с кратковременным эффектом. При осмотре - состояние средней тяжести. Температура тела 38,2 С. Слизистая зева гиперемирована. Носовое дыхание затруднено. ЧДД 17 в мин, аускультативно жесткое дыхание. PS - 98 уд. в мин. АД 115/80 мм рт ст. По другим органам без особенностей. Предварительный диагноз. Назначьте обследование и лечение.

11. Больная 65 лет выдавила фурункул подбородочной области. Через 3 дня отметила усиление боли в этой области, появилась гиперемия, напряженный отек, местная гипертермия. Лечилась самостоятельно, применяла повязки с мазью Вишневского. Через 3 дня повысилась температура

до 38 градусов Цельсия, увеличилась гиперемия, боли, отек в подбородочной области. В центре на месте бывшего фурункула, участок грязно-серого цвета 2х2 см. Отмечается флюктуация. Через 6 суток обратилась к врачу, было выполнено хирургическое вмешательство с дренированием раны резиновыми выпускниками. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

12. Больной К. находясь на даче, получил укус насекомого в область левой щеки. Ночью был сильный зуд в области укуса, что привело к расчесу в этом месте. Через два дня приехал домой с дачи, обнаружил на месте укуса припухлость, болезненность без явной гиперемии. Обработал эту область спиртом, принял таблетку димедрола. К врачу не обращался, ходил на работу. Через 3 дня стал отмечать недомогание, слабость, повысилась температура до 38,2 градусов Цельсия, припухлость в области левой щеки увеличилась, усилилась боль, появилась гиперемия, отек перешел на параорбитальную клетчатку с обеих сторон, отмечается флюктуация в центре инфильтрата. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

13. Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0х1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через 2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах, появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

14. Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг. При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу. В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-EPi) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение.

15. В приёмный покой доставлен больной З. 65 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°C, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°C. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: лейкоциты - 21×10⁹/л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: PH - 7,5; P CO₂ - 20; P O₂ - 50; BE - 10.. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте план обследования и лечения.

16. Больной 66 лет страдает приступами стенокардии напряжения при умеренной физической нагрузке в течение 4 лет. С того же времени знает об артериальной гипертензии. Регулярной терапии не получал. Утром проснулся из-за резкой жгучей боли за грудиной,

не купировавшейся Нитроглицерином. Вызвал врача скорой помощи через 2 часа от начала болевого синдрома, когда жгучая боль за грудиной усилилась, стала иррадиировать в левую руку и появилась одышка, перебои в работе сердца.

При осмотре состояние средней тяжести, одышка в покое. Кожные покровы покрыты липким потом, холодные на ощупь, акроцианоз. Пульс - 92 в минуту, аритмичный, 5-6 экстрасистол в минуту, АД - 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент 2 тона на лёгочной артерии. Частота дыханий - 28 в минуту. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах лёгких. Печень у края рёберной дуги, периферических отёков нет.

Больной был экстренно госпитализирован в отделение реанимации. На ЭКГ: ритм синусовый, в отведениях V1-4 - подъем сегмента ST 3 мм выше изолинии, одиночная политопная желудочковая экстрасистолия с полной компенсаторной паузой. Лейкоцитоз - 10,000. Тропонин - 16 мкмоль/л. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

17. Больной А. 64 лет, жалуется на периодические боли в собственно эпигастрии больше справа через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью, изжогу, кислую отрыжку. Боли носят локальный характер, не иррадиируют, уменьшаются после молочной пищи. Анамнез заболевания: в течение 2 лет периодически возникали боли и изжога, которые снимал приёмом молока, иногда Маалокса и Алмагеля. Полгода тому назад обследовался, выявлен гастродуоденит, принимал Омез 20 мг 2 раза и Маалокс. В течение 3 месяцев клинические проявления отсутствовали, в последнее время вновь появились и усилились боли, особенно ночные, изжога и отрыжка возникали ежедневно. Накануне госпитализации была двукратная рвота содержимым желудка, а затем желчью. Больной курит, последние 3 года по 2 пачки сигарет в день. Отец оперирован по поводу желудочного кровотечения (причину не знает). Объективно: кожа нормальной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Легкие без патологических изменений. Расширена левая граница сердца до левой среднеключичной линии. Уплотнены стенки лучевых артерий (пальпируются в виде - 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот участвует в дыхании. При пальпации отмечает незначительную болезненность в правом подреберье и в собственно эпигастрии. При пальпации отделы кишечника не изменены. Печень по краю рёберной дуги, пузырьные симптомы (Кера, Мерфи. Ортнера) отрицательные. Селезенка не пальпируется. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. ФГДС: пищевод проходим, розетка кардии плотно смыкается, складки слизистой пищевода нормальные. В антральном отделе желудка определяются очаги отёка и яркой гиперемии, а также единичные подслизистые кровоизлияния. Луковица ДПК деформирована, на задней стенке луковицы - послеязвенный рубец звёздчатого характера, на передней стенке глубокий язвенный дефект (до мышечного слоя) размером 10×12 мм, над дефектом нависает значительно увеличенные гиперемированные складки слизистой, образующие воспалительный вал. На остальном протяжении слизистая ДПК с очагами гиперемии. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте обследование и лечение и обоснуйте его.

18. Больной П. 55 лет поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке и даже при одевании, кашель с желтой вязкой мокротой до 150 мл/сутки, сердцебиение, слабость, потливость. В течение 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500 метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает Эуфиллин внутрь. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты.

Курит. Индекс курения - 120 пачек-лет. Алкоголь употребляет 2 раза в месяц понемногу. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Состояние тяжелое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - 36,8°C. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отёки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем лёгочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на лёгочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень

выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - $10,6 \times 10^9/л$; эозинофилы - 0%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты - 20%; моноциты - 5 %. СОЭ - 22 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Лёгочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол лёгочной артерии. Спирограмма: индекс Тиффно – 65; ОФВ1 после БДТ - 29%. КЩС - pO_2 , 46 мм рт. ст., $СаO_2$ - 78%. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его.

19. Мужчина 40 лет, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический пиелонефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отёки век по утрам, повышение

АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность неотягощена. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчёсов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В анализах.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч. Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевины - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, K^+ - 6,2 ммоль/л, Na^+ - 138 ммоль/л, P - 1,9 ммоль/л, Ca - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.

В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок – 1,3 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008.

УЗИ почек: правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объёмные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей. Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение и обоснуйте его. Сформулируйте план мероприятий по мониторингу эффективности и безопасности терапии.

20. Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки. При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отёков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $6,7 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте обследование и лечение и обоснуйте его.

21. Больная 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С. Болеет в течение 3 дней. Объективно: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налётом беловатого цвета, легко снимающимся, налёт растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована. Сформулируйте предварительный диагноз. Назначьте обследование и лечение.

22. Больная А., 49 лет на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. 5 лет назад перенесла холецистэктомию по поводу калькулёзного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Сформулируйте предварительный диагноз. Определите тактику лечения больной.

23. Больной 45 лет обратился к терапевту с жалобами на появление одышки при физической нагрузке, тяжести в груди, эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашля с трудно отделяемой мокротой, преимущественно по утрам ежедневно. Считает себя больным около года. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1 пачке в день около 20 лет. У отца гипертоническая болезнь, ХСН. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 180 см, вес 85 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x9x7 см. Дизурических явлений нет. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

24. Больная К. 55 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через час после еды, тошноту. В течение 15 лет страдает хроническим гастритом,

обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение недели на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала антациды по потребности. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита

отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходит, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Взят биоптат из антрального отдела желудка: тест на Нр положительный. При гистологическом исследовании биоптата: атрофия и хроническая полиморфноклеточная инфильтрация слизистой желудка.

25. Мужчина 52 лет обратился к терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемию кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза: накануне вечером употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Семейный анамнез: у отца подагра, подагрический полиартрит. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост – 178 см, вес 108 кг, ИМТ – 36 кг/м². Окружность талии – 116 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Кожные покровы над I плюсне-фаланговым суставом правой стопы гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава, пальпация сустава резко болезненна, движение резко ограничено. В анализах: общий анализ крови: эритроциты – 4,9*10¹²/л, лейкоциты – 12,8*10⁹/л, тромбоциты – 240*10⁹/л, СОЭ – 35 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,8 ммоль/л, ТГ – 2,3 ммоль/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л; мочевиная кислота – 612 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, креатинин – 82 мкмоль/л. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

26. Больная Н. 30 лет обратилась к терапевту с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании. Анамнез: заболела остро, около недели назад – повысилась температура до 38°C, стала беспокоить боль в горле при глотании. Принимала жаропонижающие с положительным эффектом – температура снизилась до 37°C, однако боль в горле продолжала беспокоить. Сопутствующие заболевания: хронический некалькулезный холецистит. При осмотре: состояние больной средней тяжести. Температура тела 38°C. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отёков нет,

При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отёчность глоточных миндалин, множественные гнойные фолликулы. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5-2 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Дыхание в лёгких везикулярное, проводится во все отделы, ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=90 ударов в минуту. АД=100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

27. Больной К. 47 лет обратился к терапевту с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, слабость, озноб, кашель со слизистой мокротой. Анамнез: заболел остро, 2 дня назад повысилась температура до 38°C, слабость, озноб. Принимал парацетамол. Накануне обращения к врачу появился сухой кашель. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=100 ударов в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка

не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

28. Пациент К. 62 лет. Жалобы на одышку экспираторного характера при незначительной физической нагрузке, приступообразный кашель с большим количеством мокроты, повышение температуры до 37,5°C. Анамнез заболевания: кашель в течение последних 10-15 лет. Последние 10 лет стал отмечать одышку при физической нагрузке, которая прогрессирует и стала беспокоить при обычной нагрузке. За медицинской помощью не обращался. Настоящее ухудшение в течение 2 недель: усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объем, усилилась экспираторная одышка, два дня назад стала повышаться температура до 37,5°C. Принимал амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха до 6-7 раз в день без улучшения. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1-1,5 пачки в сутки. В анамнезе ангионевротический отек при применении пенициллина, цефтриаксона. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 170 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над и подключичных ямок. Перкуторный звук – коробочный. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 102 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10×9×8 см. Отёков нет.

Общий анализ крови: лейкоциты - $8,2 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы – 61%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 89%. ФВД-ОФВ1 – 36%, ЖЕЛ – 52%, тест с бронхолитиком отрицательный. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

29. Больной 55 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 56 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

30. Мужчина 40 лет. При госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке. Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,4°C, справа отмечается сглаживание межрёберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лёгкого ослаблено, в нижних - не проводится. Слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - $9,9 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки. Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулёза методом микроскопии – КУМ отриц. Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет. Общий анализ мочи: норма. На рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей. Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного

