

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра факультетской терапии

Рабочая программа дисциплины

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

для обучающихся по направлению подготовки (специальность)

31.08.49 ТЕРАПИЯ

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	<i>43.е. / 144 ч..</i>
в том числе:	
контактная работа	<i>96 ч.</i>
самостоятельная работа	<i>48 ч.</i>
Промежуточная аттестация, форма/семестр	<i>Зачет / 2 семестр</i>

Тверь, 2025

I. Разработчики:

профессор кафедры факультетской терапии, д-р. м. н., доцент Фомина Л.А.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской терапии «15» апреля 2025 г. (протокол № 6)

Рассмотрена на заседании Методического совета по обучению в ординатуре (протокол №1 от «26» августа 2025 г.)

Рекомендована к утверждению на заседании Центрального координационно-методического совета (протокол №1 от «27» августа 2025 г.)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины **ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ** разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности **31.08.49 Терапия**, утвержденного приказом Минобрнауки России от 09.01.2023 № 15, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся универсальных и профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- сформировать знания, умения, навыки критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;
- сформировать знания, умения, навыки руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организации процесса оказания медицинской помощи населению;
- сформировать знания, умения, навыки выстраивания взаимодействий в рамках своей профессиональной деятельности
- сформировать знания, умения, навыки по использованию информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности и соблюдению правил информационной безопасности
- сформировать знания, умения, навыки по проведению клинической диагностики и обследования пациентов
- сформировать знания, умения, навыки по назначению лечения пациентам при заболеваниях / состояниях, контролю его эффективности и безопасности
- сформировать знания, умения, навыки по проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
- сформировать знания, умения, навыки по проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
- сформировать знания, умения, навыки по участию в оказании неотложной медицинской помощи пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
- сформировать знания, умения, навыки по оказанию медицинской помощи
- сформировать знания, умения, навыки по проведению медицинского обследования с целью установления диагноза

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения – Индикаторы достижения компетенций	В результате изучения дисциплины обучающийся должен:
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте номер и содержание	УК-1.1 Критически оценивает возможности применения достижений в методах и технологиях научной коммуникации в области медицины и фармации	Знать: <ul style="list-style-type: none">- современные достижения в методах и технологиях научной коммуникации, в том числе и использованием IT-технологий- методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении практических задач Уметь: <ul style="list-style-type: none">- анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических

компетенции		<p>задач</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценивать потенциальные выигрыши или проигрыши реализации вариантов решения практических задач; <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
	<p>УК-1.2 Анализирует различные способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональной деятельности; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать различные варианты применения в профессиональной деятельности достижений в области медицины и фармации; <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками разработки различных способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте, в том числе при решении исследовательских и практических задач.
<p>ПК-1. Способен проводить медицинское обследование пациентов с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования</p>	<p>ПК-1.1 Проводит сбор жалоб и анамнеза, выполняет физикальное обследование по органам и системам у пациентов при заболеваниях внутренних органов, интерпретирует и анализирует полученные данные</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Порядок оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях внутренних органов; - Методику сбора анамнеза и жалоб у пациентов с заболеваниями внутренних органов, правила интерпретации результатов; - Методику выполнения физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация) по органам и системам у пациентов с заболеваниями внутренних органов, правила интерпретации полученных результатов. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять сбор жалоб и анамнеза у пациентов при заболеваниях внутренних органов и интерпретировать полученные данные; - Проводить физикальное обследование у пациентов при заболеваниях внутренних органов и интерпретировать полученные данные;

		<ul style="list-style-type: none"> - Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями внутренних органов; Владеть навыками: <ul style="list-style-type: none"> - сбора жалоб и анамнеза пациентов с заболеваниями внутренних органов, с правильной оценкой полученных данных; - проведения физикального обследования пациентов с заболеваниями внутренних органов и их оценкой; - установления диагноза с учетом действующей Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
	<p>ПК-1.2 Обосновывает и планирует объем лабораторного и инструментального обследования, направление к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями внутренних органов, интерпретирует полученные результаты</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях внутренних органов; - Методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний внутренних органов, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов; - Показания при заболеваниях внутренних органов, требующие направления пациентов к врачам-специалистам; - Медицинские изделия, применяемые при обследовании пациентов с заболеваниями внутренних органов, принципы обеспечения безопасности диагностических манипуляций - Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями внутренних органов <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с заболеваниями внутренних органов в соответствии с действующим порядком оказания

		<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, интерпретировать и анализировать полученные результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями внутренних органов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи - Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями внутренних органов - Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями внутренних органов <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями внутренних органов - направления пациентов с заболеваниями внутренних органов на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - направления пациентов с заболеваниями внутренних органов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи,
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - интерпретации и анализа результатов комплексного обследования пациентов с заболеваниями внутренних органов
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ» входит в часть, формируемую участниками образовательных отношений блока 1 ОПОП ординатуры.

В процессе изучения дисциплины «ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ» формируются универсальные и профессиональные компетенции (УК-1, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2) по программе ординатуры для успешной профессиональной деятельности в качестве врача-терапевта.

4. Объём дисциплины составляет 4 зачетных единиц, 144 академических часов, в том числе 96 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 48 часов самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

В процессе преподавания дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций: разбор клинических случаев, посещение врачебных конференций, деловая и ролевая учебная игра, практическое занятие «круглый стол».

Самостоятельная работа обучающегося включает:

- подготовку к практическим занятиям;
- работу с Интернет-ресурсами;
- работу с отечественной и зарубежной научно-медицинской литературой;
- работу с компьютерными программами.

6. Формы промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачёт во 2 семестре.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

1. Патология пищевода

1.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, антирефлюксные операции, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

1.2. Кровотечения при патологии пищевода, возможности оперативного лечения.

1.3. Болезни оперированного пищевода.

2. Патология желудка

2.1. Язвенная болезнь: концепция хирургической активности.

2.2. Осложнения при хирургических вмешательствах на желудке.

2.3. Диагностика и принципы лечения желудочно-кишечных кровотечений, стеноза пилорического отдела желудка.

3. Патология печени

3.1. Диагностика и хирургическое лечение заболеваний печени и гепатоцеллюлярного рака.

3.2. Внутрипеченочное портосистемное шунтирование при лечении пищеводно-желудочных кровотечений цирротического генеза.

4. Патология билиарной системы

4.1. Лапароскопическая холецистэктомия.

4.2. Механическая желтуха на фоне холедохолитиаза.

5. Патология поджелудочной железы

5.1. Хирургическое лечение острого панкреатита.

5.2. Возможности хирургического лечения образований поджелудочной железы.

6. Патология кишечника

6.1. Долихоколон.

6.2. Хирургическое лечение при осложненной форме болезни Крона и неспецифическом язвенном колите.

6.3. Острый аппендицит, мезентериальный тромбоз.

Зачет

2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций*

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа, включая подготовку к экзамену (зачету с оценкой)	Итого часов	Формируемые компетенции			Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	практические занятия, клинические практические занятия	зачет				УК	ОПК	ПК		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.									УК -1		ПК -1		
1.1				6		6	3	9	УК -3		ПК -2	КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	
1.2				6		6	3	9	УК -4			КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	
1.3.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	
2.													
2.1.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	
2.2.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	
2.3.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	
3.													
3.1.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	
3.2.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	

4.													
4.1.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	С
4.2.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	С
5.													
5.1.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	С
5.2.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	С
6.													
6.1.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	С
6.2.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	С
6.3.				6		6	3	9				КС, ВК, НПК, ДИ, РИ, КС	
Зачет					6	6	3	9					Т, Пр, СЗ
ИТОГО:				90	6	96	48	144					

Список сокращений: _____

образовательные технологии, способы и методы обучения (с сокращениями): тренинг (Т), разбор клинических случаев (КС), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК).

формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости (с сокращениями): Т – задания в тестовой форме, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач

IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение № 1)

Оценка уровня сформированности компетенций включает следующие формы контроля:

- текущий контроль успеваемости;
- промежуточную аттестацию.

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Патология пищевода

1) Показания и противопоказания к проведению пневмокардиодилатации

2) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: этиология, основные патогенетические механизмы

3) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: атипичные клинические проявления

Критерии оценки при собеседовании:

- зачтено – выставляется при правильных ответах на вопросы;
- не зачтено – выставляется при неполных и в основном неправильных ответах на вопросы.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

1 этап – выполнение заданий в тестовой форме

Примеры заданий в тестовой форме:

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Особенность абдоминального болевого синдрома при хроническом панкреатите (1)

- 1) появление болей вне связи с приемом пищи
- 2) иррадиация в спину
- 3) максимальная болезненность в проекции солнечного сплетения
- 4) пальпаторные признаки раздражения брюшины.

Эталон ответа: 2

2. При пальпации живота больного с хроническим панкреатитом выраженная болезненность может быть выявлена (1)

- 1) в проекции солнечного сплетения
- 2) в зоне Шоффара
- 3) при проведении симптома Менделя
- 4) в левом подреберье.

Эталон ответа: 2

3. Клинический признак пенетрации язвы – это (1)

- 1) острая кинжальная боль в эпигастрии
- 2) постоянная упорная боль в эпигастрии
- 3) схваткообразная сильная боль в эпигастрии
- 4) сильная боль в эпигастрии, снижение АД.

Эталон ответа: 2

4. Симптомы, исключающие функциональный характер болей (4)

- 1) ночное возникновение ощущений
- 2) лихорадка
- 3) положительный эффект от миогенных спазмолитиков

- 4) положительный эффект от ненаркотических анальгетиков
- 5) увеличение СОЭ
- 6) положительная реакция на скрытую кровь в кале.

Эталон ответа: 1, 2, 5, 6

5. Для дуоденальной локализации язвенного дефекта характерны (1)

- 1) боли в эпигастрии натощак
- 2) боли в эпигастрии после еды
- 3) боли в левом подреберье
- 4) опоясывающие боли.

Эталон ответа: 1

6. Экстракорпоральная ударноволновая литотрипсия показана при

- 1) холестериновых конкрементах
- 2) воспалительном процессе в стенке желчного пузыря
- 3) бессимптомном течении ЖКБ
- 4) диаметре отдельных конкрементов 2-3 см.

Эталон ответа: 1, 4

7. Показания к плановому оперативному лечению ГПОД

- 1) большие размеры грыж с компрессией соседних органов
- 2) сочетание симптомных аксиальных грыж с другой хирургической патологией органов брюшной полости
- 3) симптомные параэзофагеальные грыжи
- 4) бессимптомные параэзофагеальные грыжи

Эталон ответа: 1, 2

8. В лечении больных с ахалазией кардии используют внутрисфинктерное трансэндоскопическое введение

- 1) холинолитиков
- 2) ганглиоблокаторов
- 3) новокаина
- 4) ботулинического токсина

Эталон ответа: 4

Критерии оценки выполнения заданий в тестовой форме:

- 70% и менее – не зачтено;
- 71% и более – зачтено.

2 этап - подготовка и защита рефератов

Обучающиеся готовят реферативные сообщения по материалам научно-медицинской литературе российских и зарубежных периодических изданий последних лет по проблемам хирургической патологии органов пищеварения («Терапевтический архив», «Клиническая медицина», «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии», «Клиническая гастроэнтерология и гепатология: русское издание», «Верхневолжский медицинский журнал» и др.).

Примерная тематика рефератов:

1. Хирургия хиатальных грыж: тактика и стратегия при инновационных технологиях их коррекции, диспансеризация больных.

2. Перспективы высокотехнологичных и малоинвазивных методов лечения больных с ахалазией кардии, ведение больных в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

3. Современные малоинвазивные методы лечения ЖКБ, диспансерное наблюдение за пациентами.

4. Эндоскопическая хирургия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, первичная и вторичная ее профилактика.

5. Эндоскопическая хирургия острого аппендицита.

6. Эндоскопические резекции желудка, диетические рекомендации, профилактика анемий.

7. Метаболическая поддержка послеоперационного периода при операциях на желудке.

8. Диетическое питание больных с резекциями участков пищеварительного тракта в послеоперационном периоде.

Критерии оценки при защите рефератов:

- зачтено – правильно раскрыта тема реферата, обучающий отвечает на не менее 50% дополнительных вопросов;

- не зачтено – не раскрыта тема реферата, обучающий отвечает на дополнительные вопросы неполно и в основном неправильно.

3 этап - проверка освоения практических навыков

Перечень практических навыков:

1. Обследование больного:

- Установить контакт с пациентом и родственниками больного.
- Владеть медицинской этикой и деонтологией.
- Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Владеть алгоритмом постановки клинического диагноза, наметить план обследования больного и сформулировать развернутый клинический диагноз по МКБ X.
- Назначить лечение согласно принципам доказательной медицины при заболеваниях внутренних органов.
- Оформить карту стационарного больного, амбулаторную карту, заполнить лист назначений.
- Провести беседу об основных направлениях здорового образа жизни.

2. Практические вопросы:

- Техника переливания компонентов крови, кровезаменителей.
 - Показания и противопоказания для промывания желудка.
 - Подготовка больного и оценка данных рентгенологического обследования системы пищеварения в обычных условиях.
 - Подготовка больного к эндоскопическому исследованию - эзофагогастродуоденоскопии.
 - Показания для колоноскопии и ирригографии.
 - Назначение диетотерапии при болезнях органов пищеварения.
 - Показания к проведению компьютерной томографии и МРТ органов брюшной полости.
 - Определение группы крови и резус-фактора.
3. Трактовка лабораторных исследований:
- интерпретация клинического, биохимического и серологического анализов крови, общего анализа мочи,
 - интерпретация рентгенологического исследования (пищевода, желудка,

двенадцатиперстной кишки, толстой кишки с контрастным веществом, обзорной рентгенографии брюшной полости),

- интерпретация ультразвукового исследования брюшной полости,
- интерпретация результатов эндоскопического исследования (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия),
- интерпретация результатов проведения компьютерной томографии и МРТ органов брюшной полости.

Критерии оценки выполнения практических навыков:

- «зачтено» - обучающий знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания и назначает лечение. В работе у постели больного допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «незачтено» - обучающий не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при формулировке диагноза и назначении лечения.

4 этап – итоговое собеседование по ситуационным задачам

Примеры ситуационных задач:

Задача 1

На прием к терапевту обратилась учительница В. 32 лет с жалобами на кратковременные приступы болей в правом подреберье средней интенсивности, возникающие на фоне полного благополучия, без иррадиации. Улучшение наступает после приема таблетки дротаверина. Подобные приступы отмечает в течение полугода. Страдает хроническим гайморитом с периодическими обострениями 3-4 раза в год. В детстве часто болела респираторными инфекциями. Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Эмоционально лабильна. Индекс массы тела 19. Кожа обычной окраски, дермографизм красный, стойкий. Повышенная потливость. Температура тела нормальная. ЧДД 19 в мин. ЧСС 89 уд/мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричен, не вздут, при пальпации определяется болезненность в правом подреберье. Печень – по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи отрицательные.

Задание:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите вид и тип билиарной дискинезии.
- 2) Наметьте план обследования больной, какие результаты дополнительных методов обследования вы ожидаете получить?
- 3) Каковы предрасполагающие факторы к развитию данной патологии у пациентки?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: ДЖВП (первичная), гиперкинетический тип.
2. План обследования:
 - а) клинический и биохимический анализ крови;
 - б) УЗИ печени и ЖВС.

В случае подтверждения диагноза ДЖВП результаты клинического и биохимического анализов крови не отличаются от показателей у здоровых лиц. При проведении ультразвукового исследования желчный пузырь четко контурируется,

овоидной формы, свободен от внутренних эхонегативных образований, толщина стенки не превышает 3 мм. После пробного завтрака сокращается более чем на 1/3 первоначального объема.

3. К числу предрасполагающих факторов могут быть отнесены наследственно-конституциональные, соматовегетативные расстройства, работа, связанная с эмоциональным напряжением, наличие хронической очаговой инфекции.

Задача 2

На диспансерном наблюдении у хирурга поликлиники состоит пациентка К., 50 лет. Полгода назад ей была выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни, послеоперационный период без осложнений. Через 1 месяц после операции стали беспокоить приступы выраженной боли в эпигастрии продолжительностью по 30-40 минут, иррадиирующие в спину, сопровождающиеся тошнотой, горечью во рту. При осмотре: эмоционально лабильна, раздражительна. Кожа бледная, дермографизм уртикарный. Состояние удовлетворительное. Язык влажный с белым налетом по спинке. Живот мягкий, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье и эпигастрии. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Задание:

1. О каком типе дискинетических расстройств ЖВС можно думать? Что послужило причиной их развития?
2. Наметьте план обследования.
3. Чем определяется дальнейшая тактика ведения больной К. и какова она будет в зависимости от ситуации?

Эталон ответа:

1. Можно думать о дисфункции сфинктера Одди билиарного типа. После холецистэктомии она связана с дисфункцией вегетативной нервной системы и расстройствами регуляции холереза и холекинеза, усилившимися вследствие выпавшей резервуарной функции желчного пузыря.

2. Необходимо обследование для исключения органической природы дисфункции сфинктера Одди (резидуальные конкременты, спаечный процесс либо патология головки поджелудочной железы), что требует проведения ультразвукового сканирования билиарного тракта, при необходимости – ЭРХПГ.

3. При наличии органического стеноза билиарного тракта на разных его уровнях потребуются реконструктивные операции (папиллосфинктеротомия).

В случае функциональной природы расстройства следует назначить: для уменьшения дуоденальной гипертензии миотропные спазмолитики (дюспаталин, одестон), либо прокинетики (домперидон, мотилиум). Учитывая наличие проявлений дуоденогастрального рефлюкса, показаны цитопротекторы и сорбенты желчи в желудке (сукральфат – вентер либо буферные антациды – маалокс). Для улучшения пищеварения должны быть назначены ферментные препараты, не содержащие компонентов желчи (панзинорм форте Н, мезим форте).

При неэффективности консервативной терапии должны быть обсуждены показания и противопоказания к папиллосфинктеротомии.

Задача 3

У больной Ц., 44 лет, при УЗИ органов брюшной полости и малого таза в связи с предстоящим лечением по поводу миомы матки выявлен крупный конкремент желчного пузыря размерами 28 мм, смещаемый в момент исследования к его дну и дающий позади

себя четкую акустическую тень. Сам желчный пузырь правильной формы, стенки его несколько уплотнены, не утолщены. При расспросе сообщила, что болей в верхних отделах живота и признаков билиарной диспепсии никогда не отмечала.

Задание:

1. Выберите лечебную тактику.
2. Диспансеризация.

Эталон ответа:

1. У больной Ц. имеет место бессимптомное камненосительство. Так как у нее обнаружен одиночный крупный конкремент, то риск появления симптомов болезни и развития осложнений в последующем невелик. Поэтому на данном этапе болезни можно ограничиться выжидательной тактикой и рекомендовать динамическое УЗИ гепатобилиарной зоны.

2. Проведение УЗИ органов брюшной полости, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (АлТ, АсТ, билирубин, холестерин, ГГТП, ЩФ) 1 раз в год. Коррекция питания.

Задача 4

Больная К., 51 года, госпитализирована в связи с жалобами на тупые боли в верхних отделах живота после приема пищи, вздутие его, неустойчивый стул, тошноту, горечь во рту. Подобные состояния беспокоят периодически в течение 3 лет, последнее время приобрели стойкий характер. Ранее не обследовалась. При инструментальном исследовании установлено наличие антрального гастрита, эрозивного дуоденита (Нр-), рефлюкса желчи в желудок. При УЗИ органов брюшной полости желчный пузырь увеличен в размерах, толщина его стенки 5 мм, в полости - замазкообразная желчь, поджелудочная железа диффузно неоднородна, структура ее повышенной эхогенности.

Задание:

Поставьте диагноз. Объясните последовательность поражения органов пищеварения у этой больной. Выработайте лечебную тактику.

Эталон ответа: у больной хронический калькулезный холецистит, хронический латентный панкреатит, антральный рефлюкс-гастрит, эрозивный дуоденит. Вероятнее всего, первичной патологией у больной К. явился хронический холецистит с постепенным развитием нарушений холестеринового метаболизма и формированием замазкообразной желчи, заполнившей полностью просвет органа. Хронический панкреатит развивался вторично по отношению к поражению желчного пузыря. По мере выключения функций последнего формировался дуодено-гастральный рефлюкс с развитием антрального гастрита и эрозивного дуоденита. Учитывая бесперспективность всех видов консервативной терапии, вовлечение других органов пищеварения, показано хирургическое лечение. Предпочтение должно быть отдано методу лапароскопической холецистэктомии.

Критерии оценки собеседования по ситуационным задачам:

оценка «отлично» - ставится обучающему, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на доказательной медицине;

оценка «хорошо» - заслуживает обучающий, обнаруживший полное знание программного материала;

оценка «удовлетворительно» - заслуживает обучающий, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

оценка «неудовлетворительно» - выставляется обучающему, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Критерии выставления итоговой оценки:

«Отлично»:

91-100% правильных ответов заданий в тестовой форме, зачтены практические навыки и реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «отлично».

«Хорошо»:

1. 81-90% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки и реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «хорошо»;

2. 91-100% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки и реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «удовлетворительно»;

3. 71-80% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки и реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «отлично».

«Удовлетворительно»:

1. 71-80% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки и реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «удовлетворительно»;

2. 91-100% правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки и реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «отлично»;

3. 81-90% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки, не зачтен реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «удовлетворительно».

«Неудовлетворительно»:

1. 70% и менее правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки и реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «неудовлетворительно»;

2. 70% и менее правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки и реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «удовлетворительно»;

3. 71-80% правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки, зачтен реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «неудовлетворительно»;

4. 81-90% правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки и реферат, решение ситуационной задачи с оценкой «неудовлетворительно».

При получении оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» обучающемуся выставляется «зачтено»

При получении оценки «неудовлетворительно» обучающемуся выставляется «незачтено»

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

а) основная литература:

1. Кардиология : национальное руководство / ред. Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1232 с. – ISBN 978-5-9704-1734-8. - Текст : непосредственный.

2. Общая врачебная практика : национальное руководство. В 2-х томах / ред. И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Текст : непосредственный. - Т. 1. – 973 с. - ISBN 978-5-9704-2345-5 ; Т. 2. – 888 с. – ISBN 978-5-9704-2346-2. 2.

3. Стандарты ведения больных : клинические рекомендации. Вып. 2. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1345 с. – ISBN 978-5-9704-1581-8. - Текст : непосредственный.

4. Стандарты оказания медицинской помощи. Кардиология : справочник для практических врачей. – Москва : Ремедиум, 2013. – 215 с. – ISBN 978-5-906499-09-7. - Текст : непосредственный.

б) дополнительная литература:

1. Внутренние болезни : справочник практикующего врача / сост. А. В. Тополянский, В. И. Бородулин. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2012. – 815 с. – ISBN 978-5-8948-1899-3. - Текст : непосредственный.

2. Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2-х томах. Т. 1 / ред. И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 976 с. – ISBN 978-5-9704-4164-0. - Текст : непосредственный.

3. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа : учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – Москва : МЕДпресс-информ, 2013. – 631 с. – ISBN 978-5-98322-919-8. – Текст : непосредственный.

4. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система: учебное пособие / Г. Е. Ройтберг. – 3-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2013. - 895 с. – ISBN 978-5-98322-936-5. - Текст : непосредственный.

2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Торакалгии Учебно-методическое пособие Фомина Л.А.

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;

Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));

База данных «Российская медицина» (<http://www.scsml.rssi.ru/>)

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;

Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>; Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;

Электронный образовательный ресурс Web-медицина (<http://webmed.irkutsk.ru/>)

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016:

- Access 2016;
- Excel 2016;
- Outlook 2016;
- PowerPoint 2016;
- Word 2016;
- Publisher 2016;
- OneNote 2016.

2. ABBYY FineReader 11.0

3. Карельская Медицинская информационная система К-МИС
- 4 Программное обеспечение для тестирования обучающихся SunRAV TestOfficePro
5. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»
6. Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS
7. Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного интеллекта «Рукоконтекст»
8. Справочно-правовая система Консультант Плюс

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar (mbasegeotar.ru)
3. Электронная библиотечная система «elibrary» (<https://www.elibrary.ru/>)

VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

См приложения № 2 .

VII. Научно-исследовательская работа

VIII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении № 3

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте номер и содержание компетенции

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Патологический Q, ST на изолинии, отрицательный коронарный T характерен для следующего периода

- 1) острейший
- 2) острый
- 3) подострый
- 4) рубцевания

Эталон ответа: 4

2. При стабильной стенокардии напряжения II ф.кл. в состоянии покоя на ЭКГ

- 1) нет изменений
- 2) депрессия сегмента ST
- 3) монофазная кривая Парди
- 3) «патологический» зубец Q и подъем сегмента ST

Эталон ответа: 1

3. Тахисистолическая форма фибрилляции предсердий предполагает:

- 1) частоту сокращений предсердий более 90 в минуту
- 2) частоту сокращений желудочков более 90 в минуту
- 3) частоту сокращений желудочков более 80 в минуту

Эталон ответа: 3

4. Нормальный интервал PQ составляет

- 1) 0,09-0,15
- 2) 0,12-0,15
- 3) 0,12-0,18
- 4) 0,15-0,25

Эталон ответа: 3

5. Острейший период инфаркта миокарда характеризуется

- 1) «патологическим» зубцом Q
- 2) монофазной кривой Парди
- 3) «патологическим» зубцом Q и подъемом сегмента ST

Эталон ответа: 2

6. Депрессия сегмента ST предполагает

- 1) снижение на 1 мм ниже изолинии
- 2) снижение на 1-2 мм ниже изолинии
- 3) снижение более чем на 2 мм ниже изолинии

Эталон ответа: 3

7. Быстро прогрессирующая деструктивная пневмония, развившаяся в период эпидемии гриппа, вызвана

- 1) пневмококком
- 2) клебсиеллой пневмонии

- 3) стафилококком
 - 4) микоплазмой
- Эталон ответа: 2.

8. Для аспириновой триады характерно сочетание
- непереносимости аспирина, хронического бронхита и полипов носа
 - непереносимости аспирина, бронхиальной астмы и полипов носа
 - непереносимости аспирина, конъюнктивита и вазомоторного ринита
 - непереносимости аспирина, атопического дерматита и ринита
- Эталон ответа: 2.

9. ОРГАНЫ-МИШЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- почки, печень, головной мозг, сердце
- сердце, почки, артерии, головной мозг
- сердце, скелетная мускулатура, сетчатка глаза
- печень, артерии, почки, сердце

Эталон ответа: 2.

10. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ

- 1) через 1–2 года
 - 2) через 2–3 недели
 - 3) через 1 месяц
 - 4) через 5 месяцев
 - 5) через 6 недель
- Эталон ответа: 2.

11. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ СФОРМИРОВАТЬСЯ

- 1) при остром пиелонефрите
 - 2) как вариант нефропатии беременных
 - 3) при амилоидозе почек
 - 4) при миеломной болезни
- Эталон ответа: 3.

12. МАРКЕР РАННЕГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК КАК ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

- микрогематурия
- протеинурия
- гипостенурия
- глюкозурия

Эталон ответа: 2.

13. К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНЕСЕНЫ ГРАЖДАНЕ

- 1) практически здоровые
 - 2) имеющие факторы риска хронических заболеваний
 - 3) на ранних стадиях хронических заболеваний
 - 4) нуждающиеся в высокотехнологичных видах медицинской помощи
- Эталон ответа: 1.

14. 36-ЛЕТНИЙ ПАЦИЕНТ В 19-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ ПЕРЕНЕС ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ, В ДАЛЬНЕЙШЕМ РЕЦИДИВОВ НЕ БЫЛО. ФАКТОРЫ РИСКА: КУРЕНИЕ. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНЕСЕН К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- 1) больные язвенной болезнью диспансерно не наблюдаются
- 2) длительный период течения язвенной болезни без рецидивов
- 3) отсутствие осложнений язвенной болезни
- 4) не подлежит по возрасту оценке сердечно-сосудистых рисков

Эталон ответа: 2, 4.

15. ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫМ ЧЕЛОВЕК СЧИТАЕТСЯ

- 1) при отсутствии факторов риска и острых заболеваний
- 2) при отсутствии факторов риска и наличии хронических заболеваний в стадии ремиссии
- 3) при отсутствии факторов риска и наличии хронических заболеваний без функциональной недостаточности органов
- 4) при наличии факторов риска и острых заболеваний в момент обследования

Эталон ответа: 1,3.

16. ПОСТОЯННО ДЕЙСТВУЮЩУЮ ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И ПЕРИОДИЧЕСКОГО ОСМОТРОВ ВОЗГЛАВЛЯЕТ

- 1) главный врач медицинской организации
- 2) врач-терапевт
- 3) врач-профпатолог
- 4) врач-невролог

Эталон ответа: 3.

Эталон ответа: 1.

17. для диагностики пневмонии принципиально важно наличие

- 1) рентгенологически подтвержденного легочного инфильтрата
- 2) температуры тела пациента выше 39°C
- 3) гнойной мокроты
- 4) одышки

Эталон ответа: 1.

18. К пусковым факторам развития бронхиальной астмы относятся

- 1) наследственность и ожирение
- 2) дисбаланс в системе Т-лимфоцитов и артериальная гипертензия
- 3) гиперпродукция IgE и пневмофакторы
- 4) пневмофакторы и нарушение питания

Эталон ответа: 3

19. Основной этиологический фактор при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки -

- 1) употребление жирной пищи
- 2) курение
- 3) вирусная инфекция
- 4) хеликобактер пилори

Эталон ответа: 4

Ситуационные задачи

1. Больной 64 лет внезапно потерял сознание на улице. Прохожим вызвана бригада СМП. К приезду бригады больной в сознании, жалуется на слабость, головокружение. При осмотре: бледность кожных покровов. Периферических отеков нет. Тоны сердца разной звучности, 44 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. На ЭКГ определяется полная АВ-блокада с частотой желудочковых сокращений 44 в минуту.

Вопросы:

- 1) Возможные причины потери сознания?
- 2) Неотложные мероприятия во время потери сознания?
- 3) Какие медикаменты показаны для учащения сердечных сокращений?
- 4) Ваша дальнейшая тактика по предупреждению повторных приступов?

Эталон ответа:

- 1) Приступ Морганьи-Адамса-Стокса, обычно связанный с транзиторной асистолией.
- 2) Удар в область сердца, наружный массаж сердца.
- 3) Атропин, адrenomиметики.

4) Госпитализация в ПИТ, в дальнейшем имплантация постоянного кардиостимулятора.

2. Больной 65 лет поступил в клинику с диагнозом: острый крупноочаговый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда. При мониторинговании выявлено, что интервал P-Q увеличен до 0,4 сек с выпадением комплексов QRS. Отношение предсердных волн и комплексов QRS = 4:1. Пульс 40 в минуту.

Вопросы:

- 1) Какое осложнение развилось у больного?
- 2) Какие признаки инфаркта должны быть на ЭКГ?
- 3) Какое лечение аритмии?

Эталон ответа:

- 1) Атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц II.
- 2) Наличие патологического зубца Q, монофазный подъем ST во II, III, AVF отведениях.
- 3) Атриовентрикулярная блокада при инфаркте миокарда носит преходящий характер. Для учащения ЧСС возможно назначение атропина.

3. У больного 53 лет отмечаются сердцебиения. На ЭКГ - неправильный ритм с частотой сердечных сокращений 130 в мин, регистрируются регулярные, пилообразные волны, комплексы QRS не изменены, зубцы P отсутствуют.

Вопросы:

1. О каком нарушении сердечного ритма следует думать?
2. Назовите другие формы этой аритмии и укажите их электрокардиографические признаки?
3. Больному внутривенно струйно введен кордарон 150 мг. На этом фоне отмечается снижение частоты сердечных сокращений до 75 ударов в минуту. Однако на ЭКГ по-прежнему отсутствуют зубцы P, определяется неправильный ритм с недеформированными и нерасширенными комплексами. В динамике во всех отведениях появились частые мелкие волны, имеющие различную форму и амплитуду. Оцените характер нарушения сердечного ритма и эффективность лечебных мероприятий?

Эталон ответа:

1. У больного тахисистолическая неправильная форма трепетания предсердий.
2. Также выделяют правильную форму трепетания предсердий, характеризующуюся регулярным появлением комплексов, каждому из которых предшествует определенное постоянное количество предсердных волн. Кроме того, в зависимости от частоты желудочковых сокращений различают бради-, нормо- и тахисистолическую форму трепетания предсердий. При брадисистолической форме частота желудочковых сокращений составляет менее 60 в минуту, при нормосистолической - от 60 до 90 в минуту и при тахисистолической - более 90 в мин.
3. В результате проведенных лечебных мероприятий тахисистолическая неправильная форма трепетания предсердий переведена в нормосистолическую форму фибрилляции предсердий, сопровождающуюся менее выраженными нарушениями внутрисердечной и системной гемодинамики. В связи с этим, их следует считать эффективными.

4. Больной 45 лет поступил в клинику с симптомами острого передне-перегородочного инфаркта миокарда. Через 10 часов почувствовал «замирание» в работе сердца, усилилась слабость, появилось головокружение. На ЭКГ: ритм синусовый, пульс 78 в минуту. Периодически появляются по 2-3 широких желудочковых комплекса длительностью более 0,18 сек, неправильной, полиморфной формы, после которых имеются полные компенсаторные паузы.

Вопросы:

1. Какое нарушение сердечного ритма выявлено у больного?
2. Какие еще подобные нарушения сердечного ритма считаются прогностически неблагоприятными?
3. Предвестником каких, более тяжелых, осложнений острого периода инфаркта миокарда они могут являться?
4. Какими изменениями на ЭКГ характеризуются такие осложнения?

Эталон ответа:

1. У больного выявлена групповая желудочковая экстрасистолия.
2. К прогностически неблагоприятным желудочковым экстрасистолам также традиционно относят частые (более 30 в час), политопные и ранние (типа R на T).
3. Они могут являться предшественниками пароксизмальной желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков.

4. На ЭКГ пароксизмальная желудочковая тахикардия проявляется приступообразным учащением сердечных сокращений до 150-200 ударов в минуту при сохранении в большинстве случаев правильного ритма, деформацией и расширением комплекса QRS более 0,12 сек с дискордантным расположением сегмента ST и зубца T. Фибрилляция желудочков характеризуется появлением на ЭКГ частых (от 200 до 500 в минуту), но нерегулярных волн, отличающихся друг от друга формой и амплитудой. Комплексы QRS при этом не регистрируются.

5. У больного 53 лет отмечаются сердцебиения. На ЭКГ - неправильный ритм с частотой сердечных сокращений 100 в минуту, регистрируются регулярные, пилообразные волны, комплексы QRS не изменены, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы:

1. О каком нарушении сердечного ритма следует думать?
2. Назовите другие формы этой аритмии и укажите их электрокардиографические признаки?
3. Факторы риска данной патологии и меры профилактики?

Эталон ответа:

1. У больного тахисистолическая неправильная форма трепетания предсердий.
2. Также выделяют правильную форму трепетания предсердий, характеризующуюся регулярным появлением комплексов, каждому из которых предшествует определенное постоянное количество предсердных волн. Кроме того, в зависимости от частоты желудочковых сокращений различают бради-, нормо- и тахисистолическую форму трепетания предсердий. При брадисистолической форме частота желудочковых сокращений составляет менее 60 в минуту, при нормосистолической - от 60 до 90 в минуту и при тахисистолической - более 90 в мин.
3. Данная патология относится к ИБС. Факторы риска:

- корригируемые: стрессовые ситуации, курение, алкоголь, повышение насыщенных жирных кислот в пище, гиподинамия, ожирение;

- некорригируемые: наследственность, пол, возраст.

Меры профилактики включают: коррекцию веса (ИМТ до 25), повышение физической активности (дозированная ходьба), введение достаточного количества овощей и фруктов, клетчатки в рацион питания, борьба с курением и употреблением алкоголя, снижение стрессовых ситуаций (психолог, психотерапевт).

6. Больной 40 лет, обратился с жалобами на частые изжоги и отрыжку воздухом после употреблении пива, жирной пищи, занятий в тренажерном зале. Участились эпизоды икоты, длящейся по несколько часов. Жалобы появляются в течение многих лет, стали прогрессировать по частоте и выраженности. Для купирования изжоги использует антациды. Курит по 1 пачке сигарет в день, ведет малоподвижный образ жизни, существенно прибавил в весе за последний год. При осмотре гастроэнтеролога поликлиники отмечен только налет по спинке языка.

Задания:

Выскажите о предполагаемом диагнозе, обоснуйте его и дайте рекомендации по модификации образа жизни, предотвращающего рефлюксные события. Назначьте дообследование.

Эталон ответа: У больного имеется ГЭРБ, нуждается в исключении ГПОД. Вероятными причинами симптомов являются погрешности в диете, избыточная масса тела, курение и занятия физическими упражнениями, повышающими давление в брюшной полости.

Больному рекомендуется 3-4-х разовое питание без переедания и исключение продуктов, которые провоцируют изжогу. Ужин должен быть не позднее, чем за два часа до сна. Отказ от курения, нормализация массы тела. Также необходимо избегать ситуаций, повышающих внутрибрюшное давление: ношения тугих поясов, бандажей, поднятия тяжестей более 8-10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса. При возникновении изжоги или регургитации в горизонтальном положении рекомендуется подъем изголовья кровати.

На первом этапе необходимо провести рентгенографию желудка с контрастным веществом, ЭГДС, клинический анализ крови.

7. Больной 57 лет обратился в поликлинику с жалобами на изжогу, упорную тошноту и периодически возникающую обильную рвоту съеденной накануне пищи, приносящую облегчение.

В возрасте 30 лет впервые была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Последние годы к врачам не обращался, не обследовался, самостоятельно принимал соду и омепразол в связи с участвовавшими изжогами. Последние два месяца появилась тошнота и тяжесть в эпигастрии, стал вызывать рвоту для облегчения самочувствия. Потерял в весе 5 кг, ослабел. Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 78 уд. в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии определяется шум плеска натошак. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Эталон ответа. У больного с большой долей вероятности имеется язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная рубцовым стенозом пилородуоденальной зоны.

Задание: Выскажите предположительно об основном заболевании и его осложнениях, предложите и обоснуйте очередность проведения инструментальных исследований желудка – эндоскопического или рентгенологического.

Эталон ответа: Благодаря отсутствию дисфагии лучше начать исследование с ЭГДС для получения максимума информации о состоянии желудка, начало исследования с контрастирования барием не позволит быстро провести ЭГДС в связи с возможной длительной задержкой контраста.

8. Женщина 39 лет, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 39 °С, одышку, малопродуктивный кашель. За последние 3 месяца второй раз болеет пневмонией, периодически возникает жидкий стул. После первой госпитализации одышка сохраняется постоянно.

Объективно: питание пониженное (за полгода потеряла в весе 10 кг). При осмотре полости рта — кандидоз слизистой. При перкуссии легочный звук, при аускультации в легких дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. В общем анализе крови: лейкоциты — $2,1 \times 10^9/\text{л}$; лимфоциты — 12 %; Нб — 94 г/л; СОЭ — 30 мм/ч.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки признаки двусторонней полисегментарной пневмонии.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

9. Больная 32 лет страдает бронхиальной астмой. Базисную терапию получает нерегулярно. Ухудшение на фоне ОРВИ в течение последней недели, сальбутамол использовала до 20 вдохов в сутки. Поступила в стационар с затяжным приступом удушья. При поступлении наблюдалась тяжелая гипоксемия с PaO_2 —53 мм рт.ст. и гиперкапния с PaCO_2 —55 мм рт.ст.

Состояние тяжелое, сидит, опираясь руками о край кровати, на расстоянии слышно шумное хриплое дыхание. При перкуссии коробочный звук, при аускультации дыхание резко ослаблено по всем полям. ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС 136 в минуту, АД 95/60 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

10. Мужчина 72 года, научный работник. На приеме у терапевта по поводу небольшого покашливания, колющих болей в правом боку, субфебрильной температуры тела. Никаких других респираторных проявлений заболевания не было, не отмечалось переохлаждений или контактов с больными ОРЗ. Больной по 10 ч в сутки сидел за столом, писал книгу. Явления выраженной интоксикации отсутствовали. Участковый врач при аускультации выявил крепитирующие хрипы в нижних отделах задней поверхности грудной клетки справа, выставил диагноз пневмонии, назначил макролиды, муколитики. Через 2 недели подобные явления повторились, но при аускультации хрипы выслушивались слева. Врач вновь поставил диагноз пневмонии. Еще через 10 дней самочувствие

больного ухудшилось: возникла резкая боль в правом боку, одышка, появилось кровохарканье, повысилась температура тела до 37,5 °C.

В течение нескольких лет у больного отмечается мерцательная аритмия и тяжелым варикозным поражением голеней.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

11. У мужчины 32 лет, ранее практически здорового, возник приступ кашля, на фоне которого появились резкие боли в грудной клетке слева, одышка.

При обследовании: слева перкуторно тимпанит, резкое ослабление дыхания, голосового дрожания и бронхофонии, справа без патологии. ЧДД 28 в минуту, сатурация кислорода 94%.

В анамнезе редкие ОРЗ

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

12. Мужчина, 55 лет был направлен участковым терапевтом в стационар по поводу приступов удушья. При поступлении предъявляет жалобы на выраженную одышку, которая появилась внезапно без видимых причин 4 дня назад. В анамнезе: ИБС, пароксизмальная форма мерцательной аритмии, варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Состояние тяжелое, выраженный цианоз, кожа влажная. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, ЧСС 112 в минуту, АД 145/85 мм.рт.ст.

При поступлении рентгенологическая картина без особенностей, РаО₂ — 50 мм рт.ст., На ЭКГ — правограмма, зубец S в I отведении, глубокий зубец Q в III отведении.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

13. Женщина 63 лет обратилась с жалобами на кашель с мокротой желто-зелёного цвета или бесцветной в основном по утрам до 50 – 100 мл в день. Иногда ощущает хрипы по утрам свистящего характера, затруднённое дыхание, тянущие боли за грудиной. В молодости лечилась по поводу фиброзно-кавернозного туберкулёза. В последующем, особенно после 40 лет стали частыми бронхиты, в последние годы – ежесезонные. В периоды обострений всегда появлялась слизисто-гнойная мокрота до 100 мл в сутки. В последние шесть месяцев стали появляться свистящие хрипы по утрам, был назначен симбикорт с небольшим эффектом. Курила до 50 лет.

Представлены данные обследования: МСКТ лёгких: уменьшение в объёме верхней доли правого лёгкого, мелкие плотные очаги в S 1,2 и 8 слева и в S3 справа, цилиндрические бронхоэктазы в 5 и 10 сегментах справа и в 5 сегменте слева. Множественные очаги фиброза с обеих сторон. Анализ мокроты: слизисто-гнойная, лейкоциты до 50 в поле зрения. Посев мокроты: Staph. aureus 10 в 3 ст. Исследование ФВД: рестриктивный тип нарушений.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы с серым оттенком, небольшой акроцианоз. Пульс 74 в 1 мин, ритмичный. Sp O₂ – 98% . Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, при перкуссии заук с коробочным оттенком, дыхание с удлинённым выдохом, ослаблено в верхних отделах справа, влажные мелкопузырчатые и рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.

2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

14. Мужчина 54 лет, поступил в отделение реанимации в тяжелом состоянии с выраженными болями в верхних отделах живота, иррадиирующими в спину, рвотой, повышением температуры до фебрильных цифр, выставлен диагноз «Острый панкреатит». Через 3 дня у пациента появились жалобы на нарастающую одышку. Была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки. Все левое легочное поле затенено, структура затенения довольно однородная. В правом легочном поле патологических изменений не выявляется, смещение органов средостения вправо.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

15. У пациента 75 лет появилась постоянная интенсивная боль в правой половине грудной клетки, из-за которой он начал самостоятельно принимать нестероидные противовоспалительные средства. Учитывая хорошую ответную реакцию на терапию, к врачу не обращался. Однако боль вскоре возобновилась, в связи с чем к лечению добавил таблетки анальгина. Показаться терапевту его убедил сосед, поскольку боль сохранялась более 2 месяцев. Терапевтом была назначена обзорная рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме в среднем легочном поле правого легкого определяется округлое затенение однородной структуры, с неровными, нечеткими контурами. Целостность V и VI ребер нарушена.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

16. Пациентка Н., 23 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на частые приступы удушья в течение дня и ночью (до 20 раз в сутки), кашель с вязкой стекловидной мокротой, одышку в покое (затруднен выдох). После ингаляции сальбутамола наступало незначительное улучшение, но затем приступы удушья повторялись и перестали сниматься сальбутамолом. Бронхиальной астмой болеет пять лет. При обследовании у аллерголога выявлена сенсibilизация к аллергенам домашней пыли. Базисную терапию (ингаляции будесонида) самостоятельно прекратила принимать около двух месяцев назад в связи с хорошим самочувствием. Последний месяц приступы затрудненного дыхания беспокоили 3–4 раза в неделю, чаще ночью, проходили после ингаляции сальбутамола. Ухудшение состояния отмечает в течение суток и связывает с переездом в новую квартиру. При осмотре: состояние тяжелое, диффузный цианоз кожных покровов, экспираторная одышка в покое, речь словами. Пациентка возбуждена, находится в положении сидя с упором на верхние конечности, заметно участие в акте дыхания мышц грудной клетки и западение надключичных ямок, отмечаются громкие дистанционные свистящие хрипы на вдохе и выдохе. ЧД 32/мин, пульс 124 уд./мин. При перкуссии легких отмечается коробочный звук. При аускультации легких — свистящие хрипы по всем легочным полям. ПСВ после ингаляции сальбутамола — 49 %, SatO₂ — 88 %.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

17. Пациентка Н., 27 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на приступы удушья

ежедневные и нередко ночью, кашель с вязкой стекловидной мокротой, одышку, усиливающуюся при быстрой ходьбе, чувство постоянной заложенности в груди с ощущением свиста. Бронхиальной астмой болеет шесть лет. Получает ингаляции серетида (сальметерол 25 мкг и флутиказол 50 мкг) по 2 вдоха 2 раза в день и при удушье. Две недели назад заболела ОРВИ (насморк, слабость, першение в горле, сухой кашель, субфебрильная температура тела), принимала арбидол, парацетамол и мукалтин. Явления ринита и фарингита практически исчезли, нормализовалась температура тела. Однако стала отмечать ухудшение течения астмы: приступы удушья стали возникать ежедневно, ночью спит плохо из-за затруднений дыхания, практически постоянное чувство заложенности в груди с ощущением свиста. По данным пикфлоуметра отмечает снижение абсолютных показателей в среднем на 30 %.

В дебюте бронхиальной астмы обследовалась у аллерголога, выявлена сенсibilизация к аллергенам домашней пыли, шерсти животных, около 2-х лет назад стала отмечать затруднение дыхания при приеме цитрамона и нимесулида.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожа с серым оттенком, грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания, при перкуссии коробочный звук, при аускультации дыхание жесткое, множество сухих хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичны, граница относительной сердечной тупости несколько уменьшены по. ЧД 22/мин, пульс 104 уд./мин, АД 125/85 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

УК-3

Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов, их количество указано в скобках

1. Олигурия предполагает (1)

- 1) выделение за сутки менее 2000 мл мочи
- 2) выделение за сутки менее 1500 мл мочи
- 3) выделение за сутки менее 1000 мл мочи
- 4) выделение за сутки менее 500 мл мочи
- 5) выделение за сутки менее 300 мл мочи

2. Гипостенурия предполагает (1)

- 1) понижение минутного диуреза
- 2) монотонность удельной плотности мочи
- 3) снижение удельной плотности мочи
- 4) повышение удельной плотности мочи
- 5) понижение минутного диуреза при повышенной дневной плотности мочи

3. Поллакиурия - это (1)

- 1) затрудненное мочеиспускание
- 2) болезненное мочеиспускание
- 3) редкое мочеиспускание
- 4) учащенное мочеиспускание
- 5) мочеиспускание в ночное время

4. Анализ мочи по Нечипоренко предполагает определение количества выделенных с мочой лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров (1)

- 1) за сутки
- 2) за час
- 3) за минуту
- 4) определение количества мочи, выделенное за 1 ми-нуту
- 5) в 1 мл мочи

5. Проба мочи по Зимницкому назначается (1)

- 1) для уточнения характера заболевания почек
- 2) для решения вопроса об этиологии заболевания почек
- 3) для решения вопроса о патогенезе заболевания почек
- 4) для оценки функции почек
- 5) для выявления скрытого поражения клубочков

6. У здоровых людей содержание белка в суточной моче не выше (1)

- 1) 10 мг
- 2) 30 мг
- 3) 50 мг
- 4) 100 мг;
- 5) 1,0 г

7. Возможный источник кровотечения при наличии терминальной гематурии (в последней порции мочи) (1)

- 1) мочевого пузыря;
- 2) мочеиспускательный канал
- 3) паренхима почек, чашечно-лоханочная система или мочеточник

8. Бактериологическое исследование мокроты адекватно отражает характер микрофлоры нижних отделов респираторного тракта (1)

- 1) всегда
- 2) никогда
- 3) только собранной утром, не позже, чем через 1 час с момента ее откашливания до начала антибактериальной терапии
- 4) собранная в первые сутки после начала антибактериальной терапии
- 5) собранная в течение первой недели от начала антибактериальной терапии

9. Крупозную пневмонию вызывает (1)

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) пневмококк
- 4) пневмобацилла Фридлендера

10. Возбудитель бронхопневмонии, протекающей артралгиями и быстрым развитием экссудативного плеврита (1)

- 1) пневмококк
- 2) стафилококк
- 3) стрептококк
- 4) синегнойная палочка
- 5) палочка Фридлендера

11. Быстро прогрессирующая деструктивная пневмония, развившаяся в период эпидемии гриппа, вызвана (1)

- 1) пневмококком
- 2) палочкой Фридлендера
- 3) стафилококком
- 4) микоплазмой

12. Типичный рентгенологический признак стафилококковой пневмонии (1)

- 1) интенсивное гомогенное затемнение доли, множественные полости распада, содержащие жидкость
- 2) интенсивное гомогенное затемнение доли или сегмента
- 3) наличие негомогенных облаковидных слабоинтенсивных теней
- 4) наличие негомогенных полиморфных очагов затемнения; тонкостенных, не содержащих

выпота, полостей, количество которых быстро меняется

- 5) наличие мелких, нежных, тяжистых теней в нижних отделах легких

13. При рентгенологическом исследовании легких у больных интерстициальной (вирусной или микоплазменной) пневмонией наблюдается (1)

- 1) усиление легочного рисунка
- 2) усиление легочного рисунка с гиповентиляцией, облаковидные негомогенные слабо интенсивные тени
- 3) мелкие, нежные, пятнистые тени в нижних и паравертебральных отделах легких
- 4) интенсивное гомогенное затемнение доли или сегмента
- 5) негомогенные полиморфные очаги затемнения

14. При пневмококковой крупозной пневмонии на рентгенограммах легких отмечается (1)

- 1) интенсивное затемнение в форме треугольника с вершущкой, направленной к корню
- 2) интенсивное гомогенное затемнение доли, ранние множественные полости распада, содержащие жидкость
- 3) интенсивное гомогенное затемнение, доленое и сегментарное
- 4) усиление легочного рисунка
- 5) мелкие, нежные, пятнистые тени в нижних отделах легких

15. Рестриктивный тип нарушений вентиляции легких обусловлен (1)

- 1) нарушением проходимости дыхательных путей
- 2) наличием препятствий для нормального расправления легких на вдохе
- 3) легочной гипертензией
- 4) увеличением венозного возврата крови к сердцу

16. Обструктивный тип нарушений вентиляции легких обусловлен (1)

- 1) нарушением проходимости дыхательных путей
- 2) наличием препятствий для нормального расправления легких на вдохе
- 3) легочной гипертензией
- 4) высоким центральным венозным давлением

17. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это (1)

- 1) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
- 2) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
- 3) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе

18. Направленность изменения индекса Тиффно при обструктивных заболеваниях легких (1)

- 1) снижение
- 2) увеличение

19. Направленность изменения индекса Тиффно при рестриктивных заболеваниях легких (1)

- 1) снижение
- 2) увеличение

20. Остаточный объем лёгких (ОО, RV) может быть определен (1)

- 1) методом спирометрии
- 2) методом пульсоксиметрии
- 3) методом пикфлоуметрии
- 4) методом бодиплетизмографии
- 5) методом мультиспиральной компьютерной томографии лёгких

Ситуационные задачи

1. Мужчина 63 лет обратился с жалобами на головные боли, прогрессирующую общую слабость, чувство головокружения, отеки лица, стоп и голеней.

Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые появились отеки головные боли. Из анамнеза жизни известно, что при диспансеризации периодически выявлялись изменения в анализе мочи в виде

микроальбинурии, эритроцитурии, однако углубленное обследование пациент не проходил. Отмечал подъем артериального давления в пределах 150-170/100-110 мм рт.ст., гипотензивные препараты регулярно не принимал. В последнее время головные боли усилились, стал отмечать тошноту, кожный зуд, слабость, постепенное снижение диуреза.

Объективно: состояние средней тяжести. Заторможен. Пониженного питания (масса тела 61 кг, рост 177 см, ИМТ 19,4). Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, отеки голеней и стоп, конечности на ощупь теплые. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 86 в минуту. АД 190/110 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Мочевыделение 4-5 раз в сутки, моча темного цвета.

Данные дополнительных методов исследования: в клиническом анализе крови: гемоглобин – 74 г/л, эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,9 \times 10^9/л$, тромбоциты – $190 \times 10^9/л$, СОЭ – 56 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1006, белок – 0,7 г/л, лейкоц. – 3-8 в п/зр., эр. 30-40 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-2, зернистые 1-2. Креатинин крови 380 мкмоль/л, мочевины 10,9 ммоль/л. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, уменьшение вольтажа, сглаженность и двухфазность зубца Т, единичные желудочковые экстрасистолы.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Опишите клинические синдромы, имеющиеся у данного пациента.
4. Какими методами можно определить стадию хронической болезни почек? Какой метод является наиболее информативным для верификации основного клинического диагноза?
5. Назначьте лечение.

Эталонные ответы.

1. Хроническая болезнь почек стадия С5 (терминальная), СКФ 14 мл/мин, в исходе хронического гломерулонефрита.
2. Дифференциальная диагностика проводится с острым почечным повреждением (состояние развивается быстро, развивается олигурия либо анурия, быстро нарастают уровни креатинина и мочевины). Следует провести дифференциальную диагностику с ХСН (отеки «холодные», начинаются со стоп, отеки лица не характерны, в анамнезе заболевания сердца).
3. Анемический синдром, синдром артериальной гипертензии, отечный синдром, синдром уремической интоксикации.
4. Оценка скорости клубочковой фильтрации. Наиболее информативный метод – нефробиопсия.
5. Диета с ограничением белка, жидкости, поваренной соли. При данной стадии ХБП показана заместительная почечная терапия (перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почки). Посиндромная терапия: гипотензивные препараты, препараты эритропоэтина, аминокислоты («Кетостерил»).

2. Больная П., 67 лет, предъявляет жалобы на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. В течение 15 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, нерегулярно принимает метформин, уровень гликемии контролирует редко. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Объективно: повышенного питания, кожные покровы бледные, следы расчесов на туловище и конечностях, отеки стоп и голеней. Границы сердца расширены влево, тоны приглушены, акцент II тона на аорте, АД - 180/110 мм рт.ст.

Клинический анализ крови: Hb - 94 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,6 \times 10^9$, СОЭ - 18 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза 11,2 ммоль/л, креатинин 160 мкмоль/л, мочевины 9,1 ммоль/л, гликированный гемоглобин 8,3%.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1009, лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, глюкоза +, белок 0,4 г/л. Суточная протеинурия 500 мг.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить для подтверждения диагноза?
3. Каков патогенез развившегося патологического состояния у данной пациентки?
4. Назначьте лечение.

Эталонные ответы.

1. Хроническая болезнь почек стадия С4 (СКФ 29 мл/мин/1,73м²) в исходе сахарного диабета 2

типа.

2. Определение уровня гликированного гемоглобина, УЗИ почек, нефробиопсия
3. Микроангиопатия сосудов почек с развитием диффузного гломерулосклероза.
4. Нормализация гликемии (метформин, препараты сульфонилмочевины, ингибиторы α -глюкозидазы, инсулинотерапия по назначению эндокринолога). Гипотензивная терапия – предпочтительны иАПФ, БРА, диуретики тиазидные либо тиазидоподобные. Коррекция анемии – препараты железа, эритропоэтина. Подготовка к заместительной почечной терапии.

3. Пациент А., 70 лет, в течение длительного времени страдает аденомой простаты, хроническим обструктивным пиелонефритом. На момент осмотра предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, появление отеков на стопах и голенях, головные боли, снижение массы тела, перебои в работе сердца, уменьшение объема выделяемой мочи.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 178 см, масса тела 66 кг. Пониженного питания, правильного телосложения. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Отеки стоп и голеней. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца ясные, частые экстрасистолы, ЧСС 96 в минуту, АД 170/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Клинический анализ крови: эритроциты $2,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 88 г/л, лейкоциты $8 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $299 \cdot 10^9/л$, СОЭ 28 мм/ч, лейкоцитарная формула без особенностей. Общий анализ мочи: относительная плотность 1009 г/л, прозрачность – мутная, лейкоциты 30-40 в поле зрения, эритроциты единичные в поле зрения, белок 0,1 г/л, цилиндры отсутствуют, глюкоза – отр., бактерии +++, слизь +++.

Биохимический анализ крови: креатинин 179 мкмоль/л, мочевины 8,0 ммоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий белок 60 г/л, билирубин 14,2 ммоль/л, калий 5,6 ммоль/л.

УЗИ почек: двусторонняя пиелэктазия.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Каков патогенез развившегося состояния?
3. Дайте интерпретацию данным дополнительных методов исследования.
4. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Назначьте лечение.

Эталонные ответы.

1. Хроническая болезнь почек, стадия С 3б в исходе хронического вторичного пиелонефрита. Аденома предстательной железы. Артериальная гипертензия 2 степени.
2. Развитие ХБП обусловлено гибелью нефронов в исходе вторичного обструктивного пиелонефрита.
3. Анемия средней степени тяжести, повышение СОЭ. Гипостенурия, лейкоцитурия, микроальбуминурия, бактериурия. Гиперкреатининемия, гипопропротеинемия, гиперкалиемия.
4. Острое почечное повреждение, анемии иного генеза (железодефицитная, В12 дефицитная, анемия хронических заболеваний), эссенциальная артериальная гипертензия.
5. Гипотензивная терапия – предпочтительны иАПФ, БРА, диуретики тиазидные либо тиазидоподобные. Коррекция анемии – препараты железа, эритропоэтина. Подготовка к заместительной почечной терапии. Антибиотикотерапия (фторхинолоны).

4. Пациентка В., 25 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в пояснице, преимущественно справа, озноб, повышение температуры тела до 38,5, рези при мочеиспускании. Из анамнеза: беременна, срок 25-26 недель, заболела накануне после переохлаждения, заболевание развилось в течение нескольких часов.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,3°C. Сознание ясное. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, без хрипов, частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, шевеления плода ощущает, высота стояния дна матки соответствует сроку беременности. Симптом поколачивания по поясничной области положительный, в большей степени справа.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимые дополнительные методы исследования и опишите наиболее вероятные

изменения в них.

3. Назначьте лечение (немедикаментозное, лекарственные препараты, разрешенные при беременности).

4. Каков патогенез развития данного заболевания у беременных?

5. Каковы критерии эффективности антибиотикотерапии при данном заболевании?

Эталоны ответов.

1. Беременность 25-26 недель. Острый правосторонний пиелонефрит.

2. Общий анализ мочи (лейкоцитурия, бактериурия). Анализ мочи по Нечипоренко – лейкоцитурия. Клинический анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ (обусловленное беременностью и бактериальной инфекцией), возможно снижение гемоглобина и гематокрита, обусловленное беременностью. УЗИ почек: увеличение правой почки, возможно увеличение толщины и снижение эхогенности паренхимы почки, возможна пиелозктазия.

3. Постельный режим, преимущественно на левом боку. Объем употребляемой жидкости около 2 л в сутки (при отсутствии признаков гестоза), брусничный лист, фитолизин, морсы из брусники и клюквы, канефрон, почечный чай. Из антибактериальных препаратов максимально безопасны пенициллины (амоксциллин, тикарциллин, пиперацillin) либо цефалоспорины 2-3 поколений (цефтриаксон, цефтазидим, цефотаксим, цефиксим).

4. Изменение уродинамики (спазм артериол, флестаз, интерстициальный отек). Сдавление мочеточников беременной маткой. Снижение мышечного тонуса мочевого пузыря - влияние прогестерона.

5. Улучшение самочувствия, снижение температуры тела не выше субфебрильной через 48-72 часа от начала приема препаратов, исчезновение боли и дизурических явлений.

5. Врач скорой медицинской помощи осматривает мужчину 56 лет с жалобами на интенсивные боли в левом боку, с иррадиацией в половые органы, тошноту и рвоту, не приносящую облегчения, затрудненное мочеиспускание. Из анамнеза: во время диспансеризации при УЗИ в обеих почках были обнаружены конкременты, ранее подобных приступов не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациент беспокоен, возбужден. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Со стороны дыхательной и сердечно – сосудистой систем патологии не выявлено. Пальпация живота значительно затруднена ввиду выраженного болевого синдрома. Симптом поколачивания по поясничной области резко положительный слева.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Неотложная помощь при данном состоянии.

3. Опишите возможные изменения в общем анализе мочи при данной патологии.

4. Каковы показания к хирургическому лечению?

Эталоны ответов.

1. Мочекаменная болезнь, двусторонний нефролитиаз. Почечная колика слева.

2. Спазмолитические препараты: дротаверин, бускопан. Анальгетики (НПВС): кеторолак, диклофенак, напроксен, ибупрофен, кетопрофен. При неэффективности – госпитализация в урологическое отделение.

3. Макрогематурия, невыраженная лейкоцитурия.

4. Отсутствие эффекта от консервативной терапии, наличие крупных конкрементов, гнойных осложнений, выраженный гидронефроз.

УК-4

Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов, их количество указано в скобках

1. Обструктивный тип нарушений вентиляции легких обусловлен (1)

1) нарушением проходимости дыхательных путей

2) наличием препятствий для нормального расправления легких на вдохе

3) легочной гипертензией

4) высоким центральным венозным давлением

2. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это (1)
- 1) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
 - 2) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
 - 3) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе
3. Направленность изменения индекса Тиффно при обструктивных заболеваниях легких (1)
- 1) снижение
 - 2) увеличение
4. Направленность изменения индекса Тиффно при рестриктивных заболеваниях легких (1)
- 1) снижение
 - 2) увеличение
5. Остаточный объем лёгких (ОО, RV) может быть определен (1)
- 1) методом спирометрии
 - 2) методом пульсоксиметрии
 - 3) методом пикфлоуметрии
 - 4) методом бодиплетизмографии
 - 5) методом мультиспиральной компьютерной томографии лёгких
6. Жизненная емкость лёгких (ЖЕЛ, VC) состоит (3)
- 1) из резервного объема вдоха (РОВд., IRV)
 - 2) из резервного объема выдоха (РОВыд., ERV)
 - 3) из функциональной остаточной емкости лёгких (ФОЕ, FRC)
 - 4) из остаточного объема (ОО, RV)
 - 5) из дыхательного объема (ДО, Vt)
7. Критерии дифференциального диагноза нестабильной стенокардии с инфарктом миокарда (3)
- 1) изменения комплекса QRS в сочетании с подъемом сегмента ST и последующей инверсией зубца T
 - 2) повышение активности трансаминаз
 - 3) показатели состава периферической крови
 - 4) регистрация желудочковых экстрасистол
8. В отделение неотложной кардиологии доставлен больной 32 лет с жалобами на давящие боли за грудиной, без иррадиации, субфебрильную температуру тела. На ЭКГ — подъем сегмента ST во всех отведениях. Заболевание связывает с переохлаждением. Наиболее вероятный диагноз (1)
- 1) миокардит
 - 2) нестабильная стенокардия
 - 3) перикардит
 - 4) синдром Титце
 - 5) трахеобронхит
9. ЭКГ-признак, отражающий ишемию миокарда (1)
- 1) снижение амплитуды зубцов R
 - 2) высокий зубец R в V1
 - 3) глубокий, уширенный зубец Q
 - 4) депрессия сегмента ST в II, III, avF
10. Проявления острой коронарной недостаточности на ЭКГ (3)
- 1) подъем сегмента ST
 - 2) горизонтальная депрессия сегмента ST на 0,15 — 0,2 мВ
 - 3) замедление AV-проводимости
 - 4) заставший отрицательный зубец T во всех отведениях
 - 5) появление патологического зубца Q
 - 6) наличие патологического зубца Q в III отведении, исчезающего при вдохе

11. Доказательный ЭКГ-признак инфаркта миокарда (1)

- 1) депрессия сегмента ST
- 2) низкий вольтаж зубцов
- 3) высокий равносторонний зубец T
- 4) зубец QS в сочетании с подъемом сегмента ST

12. Составляющие резорбционно-некротического синдрома при инфаркте миокарда (3)

- 1) повышение температуры
- 2) нейтрофильный лейкоцитоз
- 3) увеличение трансаминаз в сыворотке крови
- 4) шум трения перикарда
- 5) нарушение ритма сердца

13. Состояния, требующие неотложной госпитализации в кардиологический стационар (2)

- 1) впервые возникшая стенокардия
- 2) стабильная стенокардия, III функциональный класс
- 3) нестабильная стенокардия

14. Сахарный диабет первого типа следует лечить (1)

- 1) только диетотерапией
- 2) сульфаниламидными препаратами
- 3) инсулином на фоне диетотерапии
- 4) голоданием
- 5) бигуанидами

15. У юноши 18 лет после гриппа появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови – 16 ммоль/л, в моче – 5%, ацетон в моче. Тип диабета у больного (1)

- 1) сахарный диабет 1 типа
- 2) сахарный диабет 2 типа
- 3) сахарный диабет 2 типа инсулинзависимый
- 4) сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY)
- 5) вторичный сахарный диабет

Ситуационные задачи

1. Больная 57 лет, жалобы на одышку, чувство нехватки воздуха. Ухудшение развилось резко после физической перегрузки. В течение 20 лет частые подъемы АД до высоких цифр.

Объективно: при осмотре ведет себя беспокойно, часто покашливает, стремится сесть. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, выражен цианоз губ и акроцианоз. В легких - мелкопузырчатые хрипы в умеренном количестве и больше в верхних отделах. ЧД 32 в 1 мин. Границы сердца расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии, тоны глухие, акцент II тона над легочной артерией; ЧСС 120 в 1 мин, АД 220/140 мм рт.ст. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ: синусовая тахикардия, депрессия ST в II, III, aVF, V5-V6, D; значительное снижение вольтажа зубца R и подъем сегмента ST в I, aVL, V3-V4.

Задание:

Выставьте диагноз.

Укажите дифференцируемые состояния

Назначьте лечение.

Эталон ответа:

- 1) ИБС. Крупноочаговый инфаркт миокарда передней стенки и верхушки левого желудочка, осложненный интерстициальным отеком легких. Гипертоническая болезнь III ст.
- 2) Дифференцировать с ТЭЛА, гипертоническим кризом.
- 3) В/в лазикс, наркотические анальгетики, ганглиоблокаторы (пентамин) или нейролептаналгезия, периферические вазодилататоры (1% р-р нитроглицерина).

2. Пациентка Т., 58 лет, предъявляет жалобы на тупые слабоинтенсивные боли в области поясницы,

повышение температуры тела до 37,3-37,5°C, рези при мочеиспускании, некоторое уменьшение объема выделяемой мочи, мутность мочи. Заболела 2 дня назад после купания в реке. Из анамнеза: 7 лет назад был диагностирован сахарный диабет 2 типа. Во время беременности 30 лет назад переносила острый пиелонефрит.

Объективно: состояние средней тяжести. Телосложение правильное, тип конституции гиперстенический (рост 161 см, масса тела 82 кг, ИМТ 31,6). Температура тела 37,5°C. Кожные покровы бледные, отек стоп и голеней. В легких везикулярное дыхание, без хрипов, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 86 в минуту, АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Поколачивание по пояснице слабо болезненно с двух сторон.

Данные общего анализа мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность 1010. Белок – отр, глюкоза +, бактерии +++, слизь +++, эритроциты 2-3 в поле зрения, лейкоциты 20-30 в поле зрения, цилиндры – нет. Соли – оксалаты. В клиническом анализе крови – гемоглобин 96 г/л, эритроциты $3,0 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $10,6 \cdot 10^9$ /л (палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 2%, базофилы 1%, моноциты 8%, лимфоциты 21%), тромбоциты $250 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 25 мм/ч.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз. Острым или хроническим является данное заболевание? Ответ обоснуйте.
2. Дайте интерпретацию данным дополнительных методов исследования.
3. Какие исследования необходимы для оценки функции почек?
4. Каков патогенез анемии у данной пациентки?
5. Назначьте лечение.

3. Больная В., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 38,5 °С, озноб, слабость. Из анамнеза: заболела впервые. Хронические заболевания отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести. Правильного телосложения, нормостеник. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом поколачивания положительный справа. Почки не пальпируются. В общем анализе мочи макрогематурия (эритроциты до 100 в поле зрения), лейкоциты 40-50 в поле зрения, бактерии ++, цилиндры – нет, белок – отр., глюкоза – отр.

По данным УЗИ почек: левая почка обычных размеров и положения. Контуры четкие, ровные. Толщина паренхимы в пределах нормы (15-17 мм). Эхоструктура однородная, эхогенность обычная. Кортикомедуллярная дифференциация четкая, граница «паренхима-почечный синус» выражена обычно. Чашечно-лоханочный комплекс не расширен. Правая почка увеличена в размерах до 130*60 мм, паренхима утолщена до 20-22 мм, отмечается расширение чашечно-лоханочного комплекса (лоханка 24 мм, чашечки до 12 мм). В проекции лоханки в среднем сегменте правой почки визуализируется гиперэхогенное образование с четкими контурами, с четкой акустической тенью, размером 21 мм.

Вопросы.

1. Предполагаемый диагноз.
2. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Лечебная тактика (неотложная помощь и последующее лечение).

4. Больная Н., 32 лет, предъявляет жалобы на боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38,3°C, озноб. Заболела остро после переохлаждения.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы гиперемированы. В легких везикулярное дыхание, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. ЧСС 100 уд/мин. Ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом поколачивания положительный справа.

Клинический анализ крови: эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 127 г/л, лейкоциты $15 \cdot 10^9$ /л (палочкоядерные нейтрофилы 10%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, эозинофилы 4%), тромбоциты $310 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/ч.

Вопросы.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести для подтверждения диагноза? Опишите возможные изменения в общем анализе мочи при данной патологии.

3. Назначьте лечение.

5. Пациент Б., 20 лет, студент, предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, разбитость, боли в поясничной области средней интенсивности, темный цвет мочи, головную боль разлитого характера. Три недели назад перенес фолликулярную ангину, принимал амоксициллин. Симптомы купировались, однако ощущалась слабость и головные боли. Последние 2 дня отмечает значительное снижение диуреза.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,0°C. Лицо одутловатое, стопы и голени пастозны. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 104 в минуту, АД 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по поясничной области слабо болезненно с двух сторон.

В общем анализе мочи: цвет – мутно-красный. Относительная плотность – 1020, эритроциты 50-60 в поле зрения, лейкоциты 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 4-5 в поле зрения, белок 0,1 г/л, глюкоза – отр.

Вопросы.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие синдромы имеются у данного пациента?
3. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Патогенез артериальной гипертензии при данной патологии.
5. Назначьте и обоснуйте лечение (диета, питьевой режим, лекарственные препараты).

6. Пациентка К., 59 лет, жалуется на постепенное снижение объема выделяемой мочи, частые головные боли, слабость, отеки на лице и нижних конечностях. Несколько лет назад при профилактическом обследовании были обнаружены изменения в анализах мочи в виде микрогематурии, микроальбуминурии.

Кожные покровы бледные, стопы и голени пастозные. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. АД 160/100 мм рт.ст., ЧСС 78 в минуту, тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

В анализе мочи: относительная плотность 1010, эритроциты 7-10 в поле зрения, лейкоциты 5-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4, белок 0,4 г/л. Анализ мочи по Нечипоренко – эритроциты 5000 в 1 мл, лейкоциты 2000 в 1 мл, цилиндры гиалиновые 45.

Вопросы:

1. Дайте интерпретацию анализа мочи общего и по Нечипоренко.
2. Какая форма гломерулонефрита у пациента?
3. Назовите наиболее достоверный способ установления точного диагноза.
4. Назначьте лечение.

ПК-1.

Способен проводить медицинское обследование пациентов с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования

Контрольные вопросы

1. Патология пищевода
 - 1) Показания и противопоказания к проведению пневмокардиодилатации
 - 2) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: этиология, основные патогенетические механизмы
 - 3) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: атипичные клинические проявления
 - 4) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: основные диагностические критерии
 - 5) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: принципы терапии, диспансерное наблюдение
 - 6) Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: клинические симптомы, тактика ведения
 - 7) Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: диспансеризация
 - 8) Лечебное питание при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы
2. Патология желудка
 - 1) Особенности ведения больных после субтотальной резекции желудка
 - 2) Тактика ведения больных при желудочно-кишечных кровотечениях

- 3) Принципы коррекции анемического синдрома после желудочно-кишечных кровотечений
- 4) Лечебное питание после операций на желудке
- 5) Показания к оперативному лечению больных с язвенной болезнью
- 6) Хронический гастрит: этиологические и патогенетические аспекты, основные клинические синдромы
- 7) Хронический гастрит: лечебные и профилактические направления, диспансеризация
- 8) Принципы эрадикационной терапии при *Helicobacter pilory*

3. Патология печени

- 1) Неалкогольная жировая болезнь печени: морфологические варианты
- 2) Неалкогольная жировая болезнь печени: принципы лечения
- 3) Неалкогольная жировая болезнь печени: профилактические направления, диспансеризация
- 4) Основные синдромы при заболеваниях печени, их клинические и диагностические критерии
- 5) Дифференциальная диагностика хронического гепатита и цирроза печени
- 6) Лечение, профилактика хронического гепатита
- 7) Диспансеризация больных с хроническим гепатитом и циррозом печени
- 8) Диетические аспекты при патологии печени

4. Патология билиарной зоны

- 1) Факторы риска патологии билиарной зоны
- 2) Классификация дискинезий желчевыводящих путей и их профилактика
- 3) Патология большого дуоденального сосочка и тактика ведения таких больных
- 4) Хронические холециститы: особенности клиники в пожилом и старческом возрасте
- 5) Желчекаменная болезнь: здоровый образ жизни в ее профилактике
- 6) Билиарные циррозы: особенности клинической картины и диагностические критерии
- 7) Диетические рекомендации при патологии билиарной зоны
- 8) .

5. Патология поджелудочной железы

- 1) Физиология и анатомия поджелудочной железы
- 2) Хронический панкреатит: этиология, основные клинические синдромы
- 3) Хронический панкреатит: принципы лечения
- 4) Хронический панкреатит: профилактические направления, диспансеризация
- 5) Диагностические критерии синдрома экзокринной недостаточности
- 6) Клинические критерии болевого синдрома при хроническом панкреатите
- 7) Диетические рекомендации при патологии поджелудочной железы

6. Патология кишечника

- 1) Демпинг-синдром и гипогликемический синдром
- 2) Синдром раздраженной кишки: этиологические и патогенетические аспекты
- 3) Синдром раздраженной кишки: клинические синдромы, диагностические критерии
- 4) Синдром раздраженной кишки: принципы терапии и ее особенности в пожилом возрасте
- 5) Воспалительные заболевания кишечника: НЯК, болезнь Крона - профилактика рецидивов и диспансерное наблюдение
- 6) Воспалительные заболевания кишечника: НЯК, болезнь Крона – лечебные мероприятия
- 7) Диетические рекомендации при патологии кишечника: СРК, НЯК, болезни Крона.

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько ответов

1. Патологический Q, ST на изолинии, отрицательный коронарный Т характерен для следующего периода

- 1) острейший
- 2) острый
- 3) подострый
- 4) рубцевания

Эталон ответа: 4

2. При стабильной стенокардии напряжения II ф.кл. в состоянии покоя на ЭКГ

- 1) нет изменений
- 2) депрессия сегмента ST
- 3) монофазная кривая Парди
- 3) «патологический» зубец Q и подъем сегмента ST

Эталон ответа: 1

3. Тахисистолическая форма фибрилляции предсердий предполагает:

- 1) частоту сокращений предсердий более 90 в минуту
- 2) частоту сокращений желудочков более 90 в минуту
- 3) частоту сокращений желудочков более 80 в минуту

Эталон ответа: 3

4. Нормальный интервал PQ составляет

- 1) 0,09-0,15
- 2) 0,12-0,15
- 3) 0,12-0,18
- 4) 0,15-0,25

Эталон ответа: 3

5. Острейший период инфаркта миокарда характеризуется

- 1) «патологическим» зубцом Q
- 2) монофазной кривой Парди
- 3) «патологическим» зубцом Q и подъемом сегмента ST

Эталон ответа: 2

6. Депрессия сегмента ST предполагает

- 1) снижение на 1 мм ниже изолинии
- 2) снижение на 1-2 мм ниже изолинии
- 3) снижение более чем на 2 мм ниже изолинии

Эталон ответа: 3

7. Для диагностики пневмонии принципиально важно наличие

- 1) рентгенологически подтвержденного легочного инфильтрата
- 2) температуры тела пациента выше 39°C
- 3) гнойной мокроты
- 4) одышки

Эталон ответа: 1.

8. К пусковым факторам развития бронхиальной астмы относятся

- 1) наследственность и ожирение
- 2) дисбаланс в системе Т-лимфоцитов и артериальная гипертензия
- 3). гиперпродукция IgE и пневмофакторы
- 4) пневмофакторы и нарушение питания

Эталон ответа: 3

9. Основной этиологический фактор при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки -

- 1) употребление жирной пищи
- 2) курение
- 3) вирусная инфекция
- 4) хеликобактер пилори

Эталон ответа: 4

10. Анализ мочи по Нечипоренко предполагает определение количества выделенных с мочой лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров (1)

- 1) за сутки

- 2) за час
- 3) за минуту
- 4) определение количества мочи, выделенное за 1 минуту
- 5) в 1 мл мочи

Эталон ответа: 5

11. Проба мочи по Зимницкому назначается (1)

- 1) для уточнения характера заболевания почек
- 2) для решения вопроса об этиологии заболевания почек
- 3) для решения вопроса о патогенезе заболевания почек
- 4) для оценки функции почек
- 5) для выявления скрытого поражения клубочков

Эталон ответа: 4

12. У здоровых людей содержание белка в суточной моче не выше (1)

- 1) 10 мг
- 2) 30 мг
- 3) 50 мг
- 4) 100 мг;
- 5) 1,0 г

Эталон ответа: 4

13. Возможный источник кровотечения при наличии терминальной гематурии (в последней порции мочи) (1)

- 1) мочевого пузыря;
- 2) мочеиспускательный канал
- 3) паренхима почек, чашечно-лоханочная система или мочеточник

Эталон ответа: 1

14. Пусковой механизм развития артериальной гипертензии при остром гломерулонефрите (1)

- 1) гиперреактивность нервных центров регуляции АД
- 2) гипергидратация, задержка натрия и воды
- 3) гиперреактивность симпато-адреналовой системы
- 4) увеличение секреции прессорных аминов (активация прессорной системы)
- 5) снижение активности депрессорной системы почек (калликреин-кининовой системы и простагландинов)

Эталон ответа:

15. В патогенезе отеков при нефротическом синдроме играют роль (4)

- 1) повышение сосудистой проницаемости
- 2) увеличение секреции альдостерона
- 3) повышение артериального давления
- 4) снижение онкотического давления сыворотки крови
- 5) увеличение реабсорбции натрия

Эталон ответа: 1, 2, 4, 5

16. Главные клинические признаки поражения канальцев (4)

- 1) ацидоз
- 2) глюкозурия
- 3) гипоизостенурия
- 4) артериальная гипертензия
- 5) цилиндрурия

Эталон ответа: 1, 2, 3, 5

17. Для нефротического синдрома характерно (1)

- 1) эритроцитурия по 101-108/л
- 2) лейкоцитурия более 106/л

- 3) протеинурия более 100 мг/сутки
- 4) бактериурия более 10⁵/мл
- 5) протеинурия более 3,5 г/сутки

Эталон ответа: 5

18. Совокупность отеков, высокой протеинурии, гипопроteinемии, диспротеинемии, гиперлипидемии составляет (1)

- 1) нефротический синдром
- 2) мочевого
- 3) метаболический
- 4) синдром инфекционных осложнений
- 5) хроническую почечную недостаточность

Эталон ответа: 1

19. Нефротический синдром характерен (4)

- 1) для острого гломерулонефрита
- 2) для мочекаменной болезни
- 3) для хронического гломерулонефрита
- 4) для системной красной волчанки
- 5) для диабетического гломерулосклероза

Эталон ответа: 1, 3, 4, 5

20. Патологические процессы, непосредственно формирующие ХПН (1)

- 1) склерозирование большей части нефронов
- 2) некроз клубочков
- 3) васкулит почечных артерий
- 4) воспаление клубочков
- 5) дистрофия канальцев
- 6) некроз канальцев

Эталон ответа: 1

21. Наиболее характерное для интерстициальной (вирусной, микоплазменной) пневмонии изменение в анализе крови (1)

- 1) анемия
- 2) лейкопения
- 3) умеренный нейтрофильный лейкоцитоз
- 4) высокий (значительный) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево;
- 5) агранулоцитоз

Эталон ответа: 2

22. Типичные клинические признаки хронического бронхита (3)

- 1) кашель
- 2) выделение мокроты
- 3) одышка
- 4) боли в грудной клетке

Эталон ответа: 1, 2, 3

23. Быстро прогрессирующая деструктивная пневмония, развившаяся в период эпидемии гриппа, вызвана (1)

- 1) пневмококком
- 2) палочкой Фридлендера
- 3) стафилококком
- 4) микоплазмой

Эталон ответа: 1, 2, 3, 5

24. Для хронического обструктивного бронхита характерно (1)

- 1) инспираторная одышка

- 2) экспираторная одышка
- 3) приступы инспираторного удушья
- 4) приступы экспираторного удушья

Эталон ответа:2

25. Плевриты ☐ заболевания листков плевры, при которых происходит выпот в плевральную полость (2)

- 1) воспалительного характера
- 2) вследствие нарушения крово- и лимфообращения
- 3) в результате снижения коллоидно-осмотического давления плазмы крови
- 4) при нарушении целостности плевральных листков

Эталон ответа:1, 4

26. Парапневмонический плеврит возникает (1)

- 1) на фоне разрешения пневмонии
- 2) в процессе развития пневмонии
- 3) вне связи с пневмонией

Эталон ответа:2

27. В зависимости от характера экссудата выделяют виды плевритов (4)

- 1) фибринозного
- 2) туберкулезного
- 3) серозного
- 4) хилезного
- 5) геморрагического

Эталон ответа:1, 3, 4, 5

28. Эмпиема ☐ это воспалительное поражение листков плевры с накоплением в плевральной полости жидкости (1)

- 1) серозного характера
- 2) хилезного характера
- 3) гнойного характера
- 4) геморрагического характера
- 5) фибринозного характера

Эталон ответа:3

29. Плевральный экссудат - это (1)

- 1) плевральная жидкость с содержанием белка $< 20\text{г/л}$ и плотностью < 1015
- 2) плевральная жидкость с содержанием белка $> 30\text{ г/л}$ и плотностью > 1018
- 3) скопление крови в плевральной полости
- 4) скопление лимфы в плевральной полости

Эталон ответа:2

30. Наиболее характерные клинические признаки экссудативного плеврита (3)

- 1) нарастающая одышка
- 2) отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания
- 3) расширение и выбухание межреберных промежутков
- 4) тупой перкуторный звук
- 5) подкожная эмфизема

Эталон ответа:2, 3, 4

31. На рентгенограммах грудной клетки больных с плевральным выпотом наблюдается (1)

- 1) гомогенное затемнение доли легкого
- 2) гомогенное затемнение сегмента легкого
- 3) гомогенное затемнение со скошенной книзу и внутрь верхней границы
- 4) гомогенное затемнение с верхушкой, направленной к корню

Эталон ответа:3

32. Плевральный транссудат - это (1)

- 1) плевральная жидкость с содержанием белка < 20 г/л и относительной плотностью < 1015 ;
- 2) плевральная жидкость с содержанием белка > 30 г/л и относительной плотностью более 1018
- 3) скопление крови в плевральной жидкости
- 4) скопление гноя в плевральной жидкости

Эталон ответа: 1

Обследование больного:

- Установить контакт с пациентом и родственниками больного.
- Владеть медицинской этикой и деонтологией.
- Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Владеть алгоритмом постановки клинического диагноза, наметить план обследования больного и сформулировать развернутый клинический диагноз по МКБ X.
- Назначить лечение согласно принципам доказательной медицины при заболеваниях внутренних органов.
- Оформить карту стационарного больного, амбулаторную карту, заполнить лист назначений.

2. Практические вопросы:

- Показания и противопоказания для промывания желудка.
- Подготовка больного и оценка данных рентгенологического обследования системы пищеварения в обычных условиях.
- Интерпретация протоколов УЗИ исследования печени, желчных путей и поджелудочной железы.
- Подготовка больного к эндоскопическому исследованию - эзофагогастродуоденоскопии.

Оценка результатов.

- Показания для колоноскопии и ирригографии. Оценка результатов.
- Назначение диетотерапии при болезнях органов пищеварения.
- Показания к проведению компьютерной томографии и МРТ органов брюшной полости, оценка результатов.
- Определение группы крови и резус-фактора.

3. Трактовка лабораторных исследований:

- Анализ крови клинический.
- Анализ мочи на желчные пигменты, α -амилазу.
- Анализ крови на липидный спектр, билирубин, белковый спектр.
- Пробы на активность ревматического и воспалительного процесса (СРБ, ДФА, АСЛ-О).
- Биохимический анализ крови на остаточный азот, мочевины, креатинин, электролитный состав, КЩР.
- Оценка биохимических показателей крови, определяющих функциональное состояние печени: холестаза, воспаление, печеночная недостаточность.

Ситуационные задачи

1. Больной 64 лет внезапно потерял сознание на улице. Прохожим вызвана бригада СМП. К приезду бригады больной в сознании, жалуется на слабость, головокружение. При осмотре: бледность кожных покровов. Периферических отеков нет. Тоны сердца разной звучности, 44 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. На ЭКГ определяется полная АВ-блокада с частотой желудочковых сокращений 44 в минуту.

Вопросы:

- 1) Возможные причины потери сознания?
- 2) Неотложные мероприятия во время потери сознания?
- 3) Какие медикаменты показаны для учащения сердечных сокращений?
- 4) Ваша дальнейшая тактика по предупреждению повторных приступов?

Эталон ответа:

- 1) Приступ Морганьи-Адамса-Стокса, обычно связанный с транзиторной асистолией.
- 2) Удар в область сердца, наружный массаж сердца.
- 3) Атропин, адrenomиметики.

4) Госпитализация в ПИТ, в дальнейшем имплантация постоянного кардиостимулятора.

2. Больной 65 лет поступил в клинику с диагнозом: острый крупноочаговый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда. При мониторинговании выявлено, что интервал P-Q увеличен до 0,4 сек с выпадением комплексов QRS. Отношение предсердных волн и комплексов QRS = 4:1. Пульс 40 в минуту.

Вопросы:

- 1) Какое осложнение развилось у больного?
- 2) Какие признаки инфаркта должны быть на ЭКГ?
- 3) Какое лечение аритмии?

Эталон ответа:

- 1) Атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц II.
- 2) Наличие патологического зубца Q, монофазный подъем ST во II, III, AVF отведениях.
- 3) Атриовентрикулярная блокада при инфаркте миокарда носит преходящий характер. Для уращения ЧСС возможно назначение атропина.

3. У больного 53 лет отмечаются сердцебиения. На ЭКГ - неправильный ритм с частотой сердечных сокращений 130 в мин, регистрируются регулярные, пилообразные волны, комплексы QRS не изменены, зубцы P отсутствуют.

Вопросы:

1. О каком нарушении сердечного ритма следует думать?
2. Назовите другие формы этой аритмии и укажите их электрокардиографические признаки?
3. Больному внутривенно струйно введен кордарон 150 мг. На этом фоне отмечается снижение частоты сердечных сокращений до 75 ударов в минуту. Однако на ЭКГ по-прежнему отсутствуют зубцы P, определяется неправильный ритм с недеформированными и нерасширенными комплексами. В динамике во всех отведениях появились частые мелкие волны, имеющие различную форму и амплитуду. Оцените характер нарушения сердечного ритма и эффективность лечебных мероприятий?

Эталон ответа:

1. У больного тахисистолическая неправильная форма трепетания предсердий.
2. Также выделяют правильную форму трепетания предсердий, характеризующуюся регулярным появлением комплексов, каждому из которых предшествует определенное постоянное количество предсердных волн. Кроме того, в зависимости от частоты желудочковых сокращений различают бради-, нормо- и тахисистолическую форму трепетания предсердий. При брадисистолической форме частота желудочковых сокращений составляет менее 60 в минуту, при нормосистолической - от 60 до 90 в минуту и при тахисистолической - более 90 в мин.
3. В результате проведенных лечебных мероприятий тахисистолическая неправильная форма трепетания предсердий переведена в нормосистолическую форму фибрилляции предсердий, сопровождающуюся менее выраженными нарушениями внутрисердечной и системной гемодинамики. В связи с этим, их следует считать эффективными.

4. Больной 45 лет поступил в клинику с симптомами острого передне-перегородочного инфаркта миокарда. Через 10 часов почувствовал «замирание» в работе сердца, усилилась слабость, появилось головокружение. На ЭКГ: ритм синусовый, пульс 78 в минуту. Периодически появляются по 2-3 широких желудочковых комплекса длительностью более 0,18 сек, неправильной, полиморфной формы, после которых имеются полные компенсаторные паузы.

Вопросы:

1. Какое нарушение сердечного ритма выявлено у больного?
2. Какие еще подобные нарушения сердечного ритма считаются прогностически неблагоприятными?
3. Предвестником каких, более тяжелых, осложнений острого периода инфаркта миокарда они могут являться?
4. Какими изменениями на ЭКГ характеризуются такие осложнения?

Эталон ответа:

1. У больного выявлена групповая желудочковая экстрасистолия.
2. К прогностически неблагоприятным желудочковым экстрасистолам также традиционно относят

частые (более 30 в час), полиморфные и ранние (типа R на T).

3. Они могут являться предшественниками пароксизмальной желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков.

4. На ЭКГ пароксизмальная желудочковая тахикардия проявляется приступообразным учащением сердечных сокращений до 150-200 ударов в минуту при сохранении в большинстве случаев правильного ритма, деформацией и расширением комплекса QRS более 0,12 сек с дискордантным расположением сегмента ST и зубца T. Фибрилляция желудочков характеризуется появлением на ЭКГ частых (от 200 до 500 в минуту), но нерегулярных волн, отличающихся друг от друга формой и амплитудой. Комплексы QRS при этом не регистрируются.

5. У больного 53 лет отмечаются сердцебиения. На ЭКГ - неправильный ритм с частотой сердечных сокращений 100 в минуту, регистрируются регулярные, пилообразные волны, комплексы QRS не изменены, зубцы P отсутствуют.

Вопросы:

1. О каком нарушении сердечного ритма следует думать?

2. Назовите другие формы этой аритмии и укажите их электрокардиографические признаки?

3. Факторы риска данной патологии и меры профилактики?

Эталон ответа:

1. У больного тахисистолическая неправильная форма трепетания предсердий.

2. Также выделяют правильную форму трепетания предсердий, характеризующуюся регулярным появлением комплексов, каждому из которых предшествует определенное постоянное количество предсердных волн. Кроме того, в зависимости от частоты желудочковых сокращений различают бради-, нормо- и тахисистолическую форму трепетания предсердий. При брадисистолической форме частота желудочковых сокращений составляет менее 60 в минуту, при нормосистолической - от 60 до 90 в минуту и при тахисистолической - более 90 в мин.

3. Данная патология относится к ИБС. Факторы риска:

- корригируемые: стрессовые ситуации, курение, алкоголь, повышение насыщенных жирных кислот в пище, гиподинамия, ожирение;

- некорригируемые: наследственность, пол, возраст.

Меры профилактики включают: коррекцию веса (ИМТ до 25), повышение физической активности (дозированная ходьба), введение достаточного количества овощей и фруктов, клетчатки в рацион питания, борьба с курением и употреблением алкоголя, снижение стрессовых ситуаций (психолог, психотерапевт).

6. Больной К. 27 лет жалуется на малопродуктивный кашель с небольшим количеством желтой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 °C.

Заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно парацетамол, отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: выросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы. При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 105/60 мм.рт.ст.

В анамнезе редкие простудные заболевания, не курит, наследственность отягощена по артериальной гипертензии.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.

2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

Эталон ответа:

1. При объективном обследовании выявлены изменения в нижних отделах правого легкого, о чем свидетельствует следующее: правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузырчатые хрипы. Данные изменения сопровождаются дыхательной недостаточностью (ЧДД 22 в минуту), синдромом интоксикации.

2. Пневмония с локализацией в нижних отделах правого легкого. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на малопродуктивный кашель с небольшим количеством желтой мокроты, затруднение дыхания при подъёме по лестнице, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до фебрильных цифр;

- анамнеза: заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, принимал самостоятельно парацетамол, отмечал снижение температуры, но выросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия;

- данных объективного обследования: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузырчатые хрипы.

3. План обследования:

- клинический анализ крови (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, может быть лейкопения при вирусной этиологии пневмонии, ускорение СОЭ);

- биохимический анализ крови: СРБ (увеличение), фибриноген (увеличение), прокальцитонин (увеличение);

- рентгенография грудной клетки (прямая и правая боковая проекции) – инфильтрация в нижней доле справа либо очаговая, либо занимающая всю нижнюю долю;

- микроскопическое исследование мокроты – нейтрофиллы, отсутствие ВК (микобактерии) и АК (атипичные клетки);

- бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам;

- ЭКГ – тахикардия.

4. Обильное питье;

Антибактериальная терапия: амоксициллин по 0,5 в/м 3 раза в день 7-10 дней в зависимости от самочувствия и состояния больного;

Муколитики: бромгексин по 1 таблетки (0,008) 3 раза в день 2 недели;

Антиоксиданты: аскорбиновая кислота 5% 2 мл в/м 10 дней;

Парацетамол 1-2 таблетки (0,5-1,0) при повышении температуры.

7. Больной Н. 66 лет жалуется на кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, затруднение дыхания при подъёме по лестнице, выраженную слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 °С.

Заболел остро 3 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно жаропонижающие средства, отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: выросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы. При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 24 в минуту, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание ослаблено, крепитация. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст.

В анамнезе простудные заболевания, артериальная гипертензия (принимает эналаприл, амлодипин), не курит.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.

2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

8. Мужчина 56 лет беспокоят кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, затруднение дыхания, одышка, усиливающаяся при нагрузке, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5 0 С.

Ухудшение в течение 7 дней, когда после переохлаждения появились малопродуктивный кашель, одышка, повысилась температура до 37,5-37,8 5 0 С, слабость, стал отмечать свист в груди. Обратился в поликлинику, госпитализирован.

Из анамнеза: курит 15-20 сигарет в течение более 30 лет, по утрам отмечает небольшой кашель с малым количеством светлой мокроты, при быстрой ходьбе стала беспокоить одышка. За последние 2-3 года стал отмечать частые простудные заболевания, сопровождающиеся усилением одышки и заложенностью в груди.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа чистая с серым оттенком, ЧДД 24 в минуту, увеличение передне-заднего размера грудной клетки, обе ее половинки симметрично участвуют в акте дыхания, отсутствует западение надключичных ямок, при сравнительной перкуссии грудной клетки звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрипы по всем полям. Границы сердца не изменены, тоны приглушены ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 125/75 мм.рт.ст.

Выполнены: Rg-графия грудной клетки: эмфизема, пневмосклероз;

Анализ крови клинический: Нв 165 г/л, эрит 6,2 *10¹², лейкоц 11,7*10⁹ (э 2, б 2, п 4, с 72, л 16, м 4), СОЭ 20 мм/ч

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

9. Больная М, 34 года, беспокоят колющие боли в правой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающиеся при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38 0 С, снижение аппетита.

Больна в течение 7 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около 3 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хронический гастрит.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, влажные мелкопузырчатые хрипы. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 102 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

10. Больная С, 29 лет беспокоят чувство тяжести и распирающего в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5 0 С, анорексия.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и азитромицин с временным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно выполняла внутримышечные инъекции диклофенака, на фоне которых боли практически исчезли, но появилось распирание в правой половине грудной клетки. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хронический вирусный гепатит С.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии тупость, при аускультации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смещены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

11. Больной Л. 39 лет жалуется на кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, небольшую одышку при ходьбе, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно жаропонижающие препараты (парацетамол), на фоне которых отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: выросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Участковым терапевтом направлен в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту, АД 100/65 мм.рт.ст.

В анамнезе ВИЧ, получает комплексную терапию, не курит, наследственность отягощена по ИБС, сахарному диабету.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

12. Больная М, 58 лет беспокоят колющие боли в левой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающиеся при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38 0 С, снижение аппетита.

Больна в течение 5 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около двух дней назад стали беспокоить колющие боли в левой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, ревматоидный артрит (получает сульфасалазин).

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Слева ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, шум трения плевры, влажные мелкопузырчатые хрипы. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 96 в минуту, АД 125/85 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

13. Больная А., 56 лет беспокоят тянущие неинтенсивные боли в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5 0 С.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и кларитромицин по 0,5 дважды в день 5 дней с

временным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно принимала парацетамол по 0,5 три раза в день, на фоне которого боли в грудной клетке существенно уменьшились, но сохранялись фебрильная температура, и выраженная слабость. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, артериальная гипертензия.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии тупость, при аускультации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смещены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 155/95 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

14. Больной М. 67 лет беспокоят кашель с небольшим количеством желто-зеленой густой мокроты, затруднение дыхания, одышка, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5 0 С.

Ухудшение в течение 10 дней, когда появились насморк, герпетические высыпания на губах, малопродуктивный кашель, выраженная одышка и заложенность в груди, повысилась температура до 37,50 С, слабость. Обратился в поликлинику, госпитализирован.

Из анамнеза: курит 10-20 сигарет в течение более 40 лет, 7 лет назад был выставлен диагноз ХОБЛ (получает тиотропия бромид по 1 дозе ежедневно), страдает ИБС: стенокардия 3 ф кл.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа чистая с серым оттенком, ЧДД 24 в минуту, увеличение передне-заднего размера грудной клетки, обе ее половинки симметрично участвуют в акте дыхания, отсутствует западение надключичных ямок, при сравнительной перкуссии грудной клетки звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрипы по всем полям. Границы относительной тупости сердца не определяются, тоны глухие, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 140/875 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

15. Больной К. 54 года жалуется на выраженный малопродуктивный кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,0 0 С, при физической активности (ходьба) появляется одышка.

Заболел несколько дней назад, связывает с выраженным переохлаждением, до этого в течение 2 недель употреблял алкоголь. Вначале отмечал повышение температуры до фебрильных цифр и сухой кашель, через 2 дня присоединились слабость, исчез аппетит, появилась одышка. Вызвал участкового терапевта, был назначен азитромицин, мукалтин и парацетамол. На фоне лечения самочувствие без улучшения, усилился кашель, и появилась желтая мокрота. Дано направление в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 20 в минуту, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах слева по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание ослаблено, крепитация. Над остальной поверхностью легких легочный звук и везикулярное дыхание с удлиненным выдохом. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 102 в минуту, АД 155/90 мм.рт.ст.

В анамнезе простудные заболевания, хронический панкреатит, курит, злоупотребляет алкоголем.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

16. Мужчина 22 года обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на периодическую заложенность в груди, сопровождающуюся сухим приступообразным кашлем. За последние 3 месяца такие состояния отмечал 1-2 раза в неделю, появляются при любых резких запахах (табачный дым, парфюм, средства для уборки), проходят после прекращения контакта с источником запаха.

В анамнезе ОРВИ, в детстве страдал атопическим дерматитом.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

17. Мужчина 37 лет обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на приступообразный сухой кашель, появляющийся при вдыхании табачного дыма, в помещениях с высокой влажностью и сильной запыленностью. Периодический кашель беспокоит около 2-3 лет, дважды обращался к терапевту, выполнялись лабораторные исследования и ФЛГ грудной клетки (без патологии), был выставлен диагноз аллергический ринит.

В анамнезе ОРВИ, не переносит антибиотики пеницилинового ряда (сыпь).

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

18. Женщина 29 лет, 7 лет назад был выставлен диагноз бронхиальная астма легкой степени тяжести, начало заболевания связывает с ремонтом в квартире, когда появились приступы удушья, обследовалась у аллерголога и пульмонолога, был назначен комбинированный препарат серетид – сальметерол 25 мкг, флутиказон 50 мкг. Препарат получала 2 раза в сутки и по потребности при приступах удушья. После окончания ремонта в квартире затруднений дыхания и приступов удушья не было, препарат принимала нерегулярно, а потом отменила самостоятельно, к врачу не обращалась.

Ухудшение около 2 месяцев, перенесла вирусную инфекцию, сменила работу (работает в архиве), начала использовать препарат, назначенный ранее, однако приступы удушья беспокоят практически ежедневно, отмечает сухой кашель, особенно днем.

В анамнезе ОРВИ, у брата полиноз.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипы единичные сухие по передней поверхности грудной клетки, отчетливо слышны при глубоком дыхании. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

19. Женщина 22 года, обратилась к участковому терапевту по рекомендации аллерголога.

Отмечает приступы сухого кашля ежегодно в течение 1,5-2 месяцев (конец апреля-май-начало июня), когда проходит цветение березы, обследовалась у аллерголога и пульмонолога, была выявлена аллергия на пыльцу сосны, березы. Подобные состояния около 4 лет, специально планирует отпуск на май и старается уехать в Архангельск к родителям, сама проживает в Твери. Лекарственные препараты не применяла.

В анамнезе ОРВИ, у брата атопический дерматит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

20. Женщина 32 года, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, диагноз выставлен в 16 лет. За последний год на фоне стандартной терапии (сальметерол 25 мкг и флутиказон 125 мкг ежедневно два раза в день) стала отмечать частое затруднение дыхания, использовала сальбутамол. Около 2-х месяцев назад на фоне простуды отмечалось обострение бронхиальной астмы, по поводу которого находилась на лечении в терапевтическом отделении, где получала дексаметазон в/в капельно. После выписки через 3 недели вновь стала применять сальбутамол ежедневно дополнительно к стандартной своей терапии (сальметерол 25 мкг, флутиказон 125 мкг. два раза в день).

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 18 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипы единичные сухие по передней поверхности грудной клетки, отчетливо слышны при глубоком дыхании. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

21. Мужчина 25 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, диагноз выставлен около 5 лет назад. За последний год на фоне стандартной терапии (сальметерол 25 мкг и флутиказон 125 мкг ежедневно два раза в день) приступов удушья и затруднений дыхания не отмечает, активен, занимается в спортзале. Стабилизацию состояния связывает с переходом на новую работу.

В анамнезе простудные, хр гастрит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 68 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

22. Женщина 30 лет. Около полугода стала отмечать «невозможность» глубокого вдоха и ощущение нехватки воздуха после приема обезболивающих средств (парацетамол при головной боли). Обратилась у участковому терапевту по месту жительства, было назначено обследование: клинический и биохимический анализы крови, ФЛГ, ЭхоКГ, спирометрия – без патологии. Обращалась к ЛОР-врачу – полипы носа, была предложена полипэктомия, от которой пока воздержалась.

В анамнезе ОРВИ, у отца атопический дерматит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

23. Женщина 57 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести в течение более 30 лет, последние 3-4 года получает ИГКС (беклометазон по 400 мкг два раза в день) и сальбутамол по потребности (до трех раз в день). За последний год на фоне стандартной терапии стала отмечать частые сердцебиения и перебои в работе сердца. Обратилась к кардиологу, было выявлено увеличение ЧСС до 96 в минуту и экстрасистолы до 2-3 в минуту. Проводилось холтер-ЭКГ, где отмечены эпизоды ишемии, тахикардии до 112 в минуту и наджелудочковые экстрасистолы. Кардиолог выставил диагноз ИБС и рекомендовал бисопролол по 0,005 в сутки.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 18 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1,5 см, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 92 в минуту, АД 135/80 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз (основной).
3. Какую форму ИБС можно предположить
4. Дайте обоснование назначения кардиолога и их правильности.
5. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

24. Мужчина 56 лет, обратился на прием к терапевту с жалобами на одышку, малопродуктивный кашель с трудноотделяемой густой желтой мокротой, снижение переносимости физической нагрузки, субфебрильную температуру тела. Ухудшение около 7 дней, связывает с ОРВИ. Подобные жалобы возникают периодически 3-5 раз в год, в таких случаях самостоятельно принимает азитромицин/ципрофлоксацин, отхаркивающие средства и эуфиллин. Курит много лет по 1 пачки в день. Два года назад при диспансеризации было рекомендовано обследование по поводу одышки, на ЭКГ выявлялась гипертрофия правых отделов сердца.

При осмотре состояние средней тяжести, кожа с серо-фиолетовым оттенком. Переднезадний размер грудной клетки увеличен, ребра располагаются горизонтально, надключичные ямки выбухают. При перкуссии над всей поверхностью легких звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание ослаблено с удлиненным выдохом, рассеянные сухие хрипы, единичные влажные в межлопаточной области. Границы относительной тупости сердца уменьшены, при аускультации тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС 92 в минуту, АД 140/85 мм.рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

На обзорной рентгенограмме легочные поля повышенной прозрачности. Диафрагма уплощена и смещена вниз, тень сердца уменьшена. Тени ребер расположены более горизонтально, чем обычно.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

25. Мужчина 57 лет доставлен в клинику бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на кровохарканье, которое появилось несколько часов назад. В течении последнего месяца отмечал слабость, снижение аппетита, головокружение, около трех дней невыраженный сухой кашель и субфебрильная температура тела. Похудел на 3 кг за последний месяц. Свое состояние связывает с

увеличением объема работы и простудой.

Объективно: состояние средней тяжести. Вес 72 кг, рост 183 см. Кожа чистая, несколько бледная. Пальпируются подмышечные л/у справа, плотные, безболезненные, до 3 см. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при перкуссии по передней поверхности справа укорочение перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту. Границы сердца не изменены, тоны сердца ритмичны, несколько приглушены, ЧСС 78 в минуту, АД 125/85 мм.рт.ст.

В анамнезе ОРВИ, пневмония, не курит, алкоголь не употребляет, занимается спортом 2-3 раза в неделю.

На обзорной рентгенограмме в среднем легочном поле справа определяется гомогенное затемнение, прилежащее к тени правого корня.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

ПК-2

Способен назначить лечение пациентам при острых и хронических заболеваниях внутренних органов, в том числе требующих неотложной помощи, и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

- 1) амоксициллин
- 2) цефтриаксон
- 3) пенициллин
- 4) гентамицин

Эталон ответа: 1.

2. ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭН-ДОКАРДИТА

- 1) активная иммунизация
- 2) коррекция водно-электролитных нарушений
- 3) лечение тромбоэмболических и других осложнений
- 4) ранняя массивная и длительная антибактериальная терапия

Эталон ответа: 4.

3. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАРОКСИЗМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) антикоагулянты
- 2) антиагреганты
- 3) тромболитики
- 4) ингибиторы фибринолиза

Эталон ответа: 1.

4. СТАНДАРТНАЯ ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ВКЛЮЧАЕТ

- 8) ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин
- 9) H₂-гистаминоблокатор + кларитромицин + антацид
- 10) ингибитор протонной помпы + ампициллин + антацид
- 11) H₂-гистаминоблокатор + препарат висмута + антацид

Эталон ответа: 1.

5. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ УЛУЧШЕНИЯ СО СТОРОНЫ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОМ

БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

- 1) нормализация СОЭ
- 2) нормализация формы и величины эритроцитов
- 3) увеличение числа ретикулоцитов
- 4) увеличение числа эритроцитов и гемоглобина

Эталон ответа: 3.

6. ПРИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВУЮ КИСЛОТУ ПРИНИМАЮТ

- 1) 1-2 недели
- 2) до 1 месяца
- 3) не более 3 месяцев
- 4) многие месяцы

Эталон ответа: 4.

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДИВЕРТИКУЛИТА ПАЦИЕНТАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВКЛЮЧЕНИЕ В ПИЩЕВОЙ РАЦИОН

- 11) омега-3 жирных кислот
- 12) жирорастворимых витаминов
- 13) пищевых волокон
- 14) углеводов с низким гликемическим индексом

Эталон ответа: 3.

8. ПРИ ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЛИЧИЕ

- 8) камнеобразующих солей
- 9) лейкоцитурии
- 10) гематурии
- 11) бактериурии

Эталон ответа: 1.

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- 12) острый пиелонефрит
- 13) хронический пиелонефрит
- 14) рецидивирующий цистит
- 15) бессимптомная бактериурия

Эталон ответа: 4.

10. ЭКВИВАЛЕНТ ПРИСТУПА УДУШЬЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

- 1) постоянный непродуктивный кашель
- 2) кашель с отделением слизистой мокроты
- 3) пароксизмальный непродуктивный кашель
- 4) одышка постоянного характера

Эталон ответа: 3.

11. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОВОДЯТ

- 1) до полной нормализации температуры тела и лабораторных показателей
- 2) до исчезновения вегетаций на клапане по данным ЭхоКГ
- 3) до восстановления внутрисердечной гемодинамики
- 4) до исчезновения внесердечных проявлений

Эталон ответа: 1.

12. ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГПОД

- 1) большие размеры грыж с компрессией соседних органов
- 2) сочетание симптомных аксиальных грыж с другой хирургической патологией органов брюшной полости
- 3) симптомные параэзофагеальные грыжи

4) бессимптомные параэзофагеальные грыжи

Эталон ответа: 1, 2

13. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ВНУТРИСФИНКТЕРНОЕ ТРАНСЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ

- 1) холинолитиков
- 2) ганглиоблокаторов
- 3) новокаина
- 4) ботулинического токсина

Эталон ответа: 4

14. Острый или хронический характер лейкоза определяется (2)

- 1) характером начала болезни (быстрое, постепенное)
- 2) характером и длительностью течения
- 3) эффективностью или устойчивостью к цитостатической терапии
- 4) видом и особенностями клеток, составляющих субстрат опухоли (видом подавляющего большинства лейкозных клеток)
- 5) видом клеток-родоначальников опухолевого клона

Эталон ответа: 4, 5

15. Наиболее частые виды острого лейкоза (2)

- 1) миелобластный
- 2) лимфобластный
- 3) миеломонобластный
- 4) монобластный
- 5) недифференцируемый
- 6) промиелоцитарный
- 7) эритромиелоз

Эталон ответа: 1, 2

16. При остром лейкозе основные поражения локализуются (1)

- 1) в коже; подкожной клетчатке
- 2) в лимфоузлах
- 3) во внутренних органах
- 4) в нервной системе
- 5) в костно-мышечной системе
- 6) в костном мозге

Эталон ответа: 6

17. Внекостномозговые поражения (лейкозные инфильтраты) при остром лейкозе локализуются (4)

- 1) в коже; подкожной клетчатке
- 2) в лимфоузлах
- 3) во внутренних органах
- 4) в нервной системе
- 5) в костно-мышечной системе

Эталон ответа: 1, 2, 3, 4

18. Начальные клинические проявления острых лейкозов (3)

- 1) характерных, тем более патогномичных симптомов нет
- 2) любые жалобы и объективные симптомы общего или/и местного характера со стороны любых органов и систем
- 3) анемический синдром
- 4) геморрагический синдром
- 5) лимфоаденопатия
- 6) сплено- и/или гепатомегалия
- 7) общие и/или местные септико-некротические явления

Эталон ответа: 1, 2 4

19. Основные и характерные гематологические признаки острых лейкозов со стороны периферической крови (4)

- 1) лейкоцитоз
- 2) нормальное количество лейкоцитов
- 3) наличие эозинофилов и базофилов
- 4) отсутствие эозинофилов и базофилов
- 5) тромбоцитопения
- 6) «лейкемический провал» при острых миелозах
- 7) большое количество бластов (десятки процентов)

Эталон ответа: 4, 5, 6, 7

20. «Лейкемический провал» - это (1)

- 1) отсутствие миелобластов при наличии всех других миелоидных форм
- 2) отсутствие полиморфноядерных гранулоцитов при наличии их предшественников
- 3) отсутствие промиелоцитов, миелоцитов, метамиелоцитов при наличии миелобластов и полиморфноядерных гранулоцитов
- 4) отсутствие моноцитов при наличии всех генераций гранулоцитов
- 5) значительное уменьшение или полное отсутствие нейтрофильных лейкоцитов

Эталон ответа: 3

21. Основные и характерные для острых лейкозов изменения со стороны костного мозга (1)

- 1) лейкоцитоз
- 2) лейкопения
- 3) отсутствие эозинофилов и базофилов
- 4) тромбоцитоз
- 5) тромбоцитопения
- 6) «лейкемический провал» при острых миелозах
- 7) большое количество бластов (десятки процентов)

Эталон ответа: 7

22. При острых лейкозах выраженность поражения лимфоузлов, печени, селезенки (их увеличение) и нервной системы обусловлены, главным образом (1)

- 1) степенью анемии
- 2) характером и тяжестью вторичной инфекции
- 3) характером и тяжестью нарушений иммунной системы
- 4) наличием и степенью их лейкозной инфильтрации
- 5) степенью нарушения нормального кроветворения

Эталон ответа: 4

23. Терминальная стадия острых лейкозов определяется преимущественно (4)

- 1) длительностью времени с момента появления клинических признаков болезни
- 2) тяжестью и характером септико-некротических явлений
- 3) тяжестью и характером геморрагических явлений
- 4) поликлоновостью опухоли
- 5) резким угнетением нормального кроветворения
- 6) наличием и степенью лейкозной инфильтрации вне костного мозга
- 7) резистентностью к цитостатической терапии

Эталон ответа: 4, 5, 6, 7

24. Более доброкачественное течение острого лейкоза свойственно (1)

- 1) миелобластному
- 2) лимфобластному
- 3) миеломонобластному
- 4) монобластному
- 5) недифференцируемому

- 6) промиелоцитарному
- 7) эритромиелозу

Эталон ответа: 2

25. Непосредственные причины смерти при остром лейкозе (4)

- 1) дыхательная недостаточность
- 2) сердечная недостаточность
- 3) почечно-печеночная недостаточность
- 4) инфекционные гнойно-септические осложнения
- 5) геморрагии в ЦНС
- 6) нейрорлейкемия
- 7) опухолевая интоксикация

Эталон ответа: 4, 5, 6, 7

26. Гематологическая ремиссия острого лейкоза характеризуется (1)

- 1) уменьшением количества бластов в крови и костном мозге по сравнению с исходным количеством до лечения
- 2) исчезновением бластов из периферической крови при сохранении в ней других изменений, несмотря на повышенное число бластов в костном мозге
- 3) полной нормализацией морфологического состава периферической крови вне зависимости от состава костного мозга
- 4) нормализацией периферической крови и снижением количества бластов в костном мозге (не более 5%)

Эталон ответа: 4

27. Верификация диагноза острого лейкоза ставится на основании (2)

- 1) типичных общеклинических признаков
- 2) морфологического исследования периферической крови
- 3) морфологического исследования костного мозга
- 4) биопсии лимфоузлов, печени или других тканей

Эталон ответа: 2, 3

28. Основание для диагноза острого лейкоза по данным исследования костного мозга (1)

- 1) лейкоцитоз
- 2) наличие бластов
- 3) наличие эозинофилов и базофилов
- 4) отсутствие эозинофилов и базофилов
- 5) тромбоцитоз
- 6) тромбоцитопения
- 7) «лейкемический провал» при острых миелозах
- 8) большое количество бластов (десятки процентов)

Эталон ответа: 8

29. Гистологическое исследование костного мозга (трепанобиоптата) необходимо (2)

- 1) для верификации диагноза ОЛ, поставленного по данным исследования крови и/или пунктата грудины
- 2) при невозможности добыть костный мозг пункцией грудины
- 3) для верификации полной гематологической ремиссии болезни

Эталон ответа: 2, 3

30. Клетки костного мозга или периферической крови, похожие на лейкозные бласты, могут и должны рассматриваться как бласты, если (1)

- 1) они даже единичные в препарате
- 2) их содержание составляет 1-2%
- 3) их содержание составляет до 10%
- 4) их содержание составляет несколько десятков процентов
- 5) при наличии их в крови и в костном мозге в любом количестве

Эталон ответа: 4

31. Бластоподобные клетки встречаются (2)

- 1) при мононуклеозе
- 2) при коллагенозах
- 3) при сепсисе
- 4) после лечения цитостатиками
- 5) после лечения преднизолоном по любому поводу

Эталон ответа: 4, 5

32. Основными направлениями комплексной терапии острых лейкозов являются (4)

- 1) подавление вторичной инфекции
- 2) стимуляция механизмов инфекционного и клеточного-гомеостатического иммунитета
- 3) торможение лейкозной пролиферации для замедления прогрессирования болезни
- 4) лечение анемии
- 5) лечение геморрагических явлений
- 6) максимально возможное уничтожение лейкозных бластов (эрадикация) для последующего восстановления нормального клеточного состава костного мозга и крови

Эталон ответа: 1, 4, 5, 6

33. Смысл комплексности лечения острых лейкозов (2)

- 1) в сочетании лекарственных и хирургических методов ликвидации опухолевого процесса
- 2) в одновременном применении препаратов различных по механизму, направленности цитостатического действия и влиянию на разные фазы митотического цикла клеток
- 3) в одновременном применении лечебных воздействий на основной (лейкозный) процесс, его непосредственные последствия (анемию, кровоточивость, инфекцию, нейрорлейкемию) и другие проявления болезни
- 4) в сочетании лекарственной терапии со специальной диетой, физиотерапевтическим и санаторно-курортным лечением

Эталон ответа: 2, 3

34. Непосредственное противоопухолевое воздействие при лечении острых лейкозов (1)

- 1) радиоционные воздействия
- 2) хирургическая операция
- 3) лейкоферез
- 4) плазмоферез
- 5) лечение цитостатиками
- 6) трансфузии лейкоцитарной массы
- 7) трансплантация костного мозга

Эталон ответа: 5

35. Цитостатическая терапия острого лейкоза состоит из следующих этапов (программ) (4)

- 1) индивидуальный подбор препаратов в эффективных дозах
- 2) постепенное увеличение доз и их снижение по достижении лечебного эффекта или при возникновении побочных эффектов
- 3) индукция ремиссии болезни;
- 4) закрепление ремиссии (поддерживающая терапия)
- 5) профилактика нейрорлейкемии
- 6) лечение рецидивов болезни

Эталон ответа: 3, 4, 5, 6

36. Там, где это возможно, ремиссия острого лейкоза достигается в срок (1)

- 1) 1-7 суток
- 2) 1-2 месяца
- 3) 1 год
- 4) 5 лет
- 5) более 5 лет

Эталон ответа: 2

37. Поддерживающая терапия острого лейкоза продолжается в течение (1)

- 1) 1-7 суток
- 2) 1-2 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 5 лет
- 5) более 5 лет

Эталон ответа: 5

38. Миелопролиферативные гемобластозы (2)

- 1) эритремия
- 2) хронический миелолейкоз
- 3) волосатоклеточный лейкоз
- 4) плазмоцитома
- 5) лимфогранулематоз
- 6) миелофиброз

Эталон ответа: 1, 2

39. Лимфопролиферативные гемобластозы (5)

- 1) хронический миелолейкоз
- 2) острый лимфолейкоз
- 3) хронический лимфолейкоз
- 4) волосатоклеточный лейкоз
- 5) панмиелофтиз
- 6) лимфогранулематоз
- 7) лимфосаркома

Эталон ответа: 2, 3, 4, 6, 7

40. Хронический миелолейкоз развивается (1)

- 1) из клеток ранних предшественников миелопоэза, не способных дифференцироваться до зрелых форм
- 2) из клеток ранних предшественников миелопоэза, дифференцирующихся до зрелых форм
- 3) из полипотентных клеток гемопоэза, не способных к созреванию
- 4) клеток костного мозга, с ранним развитием мие-лофиброза и остеомиелосклероза
- 5) из клеток предшественников миелопоэза, сохраняющих способность дифференцироваться до зрелых форм с преимущественной пролиферацией эритроидного костного мозга
- 6) из зрелых форм лимфоцитов
- 7) из В-лимфоцитов

Эталон ответа: 2

Практические навыки

Обследование больного:

- Установить контакт с пациентом и родственниками больного.
- Владеть медицинской этикой и деонтологией.
- Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Владеть алгоритмом постановки клинического диагноза, наметить план обследования больного и сформулировать развернутый клинический диагноз по МКБ X.
- Назначить лечение согласно принципам доказательной медицины при заболеваниях внутренних органов.
- Оформить карту стационарного больного, амбулаторную карту, заполнить лист назначений.

2. Практические вопросы:

- Показания и противопоказания для промывания желудка.
- Подготовка больного и оценка данных рентгенологического обследования системы пищеварения в обычных условиях.

- Интерпретация протоколов УЗИ исследования печени, желчных путей и поджелудочной железы.
 - Подготовка больного к эндоскопическому исследованию - эзофагогастродуоденоскопии.
- Оценка результатов.
- Показания для колоноскопии и ирригографии. Оценка результатов.
 - Назначение диетотерапии при болезнях органов пищеварения.
 - Показания к проведению компьютерной томографии и МРТ органов брюшной полости, оценка результатов.
 - Определение группы крови и резус-фактора.
3. Трактовка лабораторных исследований:
- Анализ крови клинический.
 - Анализ мочи на желчные пигменты, α -амилазу.
 - Анализ крови на липидный спектр, билирубин, белковый спектр.
 - Пробы на активность ревматического и воспалительного процесса (СРБ, ДФА, АСЛ-О).
 - Биохимический анализ крови на остаточный азот, мочевины, креатинин, электролитный состав, КЩР.
 - Оценка биохимических показателей крови, определяющих функциональное состояние печени: холестаза, воспаление, печеночная недостаточность.

Ситуационные задачи

1. Больной К. 27 лет жалуется на малопродуктивный кашель с небольшим количеством желтой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 °C.

Заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно парацетамол, отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: выросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы. При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 105/60 мм.рт.ст.

В анамнезе редкие простудные заболевания, не курит, наследственность отягощена по артериальной гипертензии.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. При объективном обследовании выявлены изменения в нижних отделах правого легкого, о чем свидетельствует следующее: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузырчатые хрипы. Данные изменения сопровождаются дыхательной недостаточностью (ЧДД 22 в минуту), синдромом интоксикации.

2. Пневмония с локализацией в нижних отделах правого легкого. Диагноз поставлен на основании:
- жалоб на малопродуктивный кашель с небольшим количеством желтой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до фебрильных цифр;

- анамнеза: заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, принимал самостоятельно парацетамол, отмечал снижение температуры, но выросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия;

- данных объективного обследования: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней

поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузырчатые хрипы.

3. План обследования:

- клинический анализ крови (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, может быть лейкопения при вирусной этиологии пневмонии, ускорение СОЭ);
- биохимический анализ крови: СРБ (увеличение), фибриноген (увеличение), прокальцитонин (увеличение);
- рентгенография грудной клетки (прямая и правая боковая проекции) – инфильтрация в нижней доле справа либо очаговая, либо занимающая всю нижнюю долю;
- микроскопическое исследование мокроты – нейтрофиллы, отсутствие ВК (микобактерии) и АК (атипичные клетки);
- бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам;
- ЭКГ – тахикардия.

4. Обильное питье;

Антибактериальная терапия: амоксициллин по 0,5 в/м 3 раза в день 7-10 дней в зависимости от самочувствия и состояния больного;

Муколитики: бромгексин по 1 таблетки (0,008) 3 раза в день 2 недели;

Антиоксиданты: аскорбиновая кислота 5% 2 мл в/м 10 дней;

Парацетамол 1-2 таблетки (0,5-1,0) при повышении температуры.

2. Больной Н. 66 лет жалуется на кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, выраженную слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 3 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно жаропонижающие средства, отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: выросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы. При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 24 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание ослаблено, крепитация. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст.

В анамнезе простудные заболевания, артериальная гипертензия (принимает эналаприл, амлодипин), не курит.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

3. Мужчина 56 лет беспокоят кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, затруднение дыхания, одышка, усиливающаяся при нагрузке, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5 0 С.

Ухудшение в течение 7 дней, когда после переохлаждения появились малопродуктивный кашель, одышка, повысилась температура до 37,5-37,8 5 0 С, слабость, стал отмечать свист в груди. Обратился в поликлинику, госпитализирован.

Из анамнеза: курит 15-20 сигарет в течение более 30 лет, по утрам отмечает небольшой кашель с малым количеством светлой мокроты, при быстрой ходьбе стала беспокоить одышка. За последние 2-3 года стал отмечать частые простудные заболевания, сопровождающиеся усилением одышки и заложенностью в груди.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа чистая с серым оттенком, ЧДД 24 в минуту, увеличение передне-заднего размера грудной клетки, обе ее половинки симметрично участвуют в акте дыхания, отсутствует западение надключичных ямок, при сравнительной

перкуссии грудной клетки звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрипы по всем полям. Границы сердца не изменены, тоны приглушены ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 125/75 мм.рт.ст.

Выполнены: Rg-графия грудной клетки: эмфизема, пневмосклероз;

Анализ крови клинический: Нв 165 г/л, эрит 6,2 *10¹², лейкоц 11,7*10⁹ (э 2, б 2, п 4, с 72, л 16, м 4), СОЭ 20 мм/ч

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

4. Больная М, 34 года, беспокоят колющие боли в правой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающиеся при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38,0 °С, снижение аппетита.

Больна в течение 7 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около 3 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хронический гастрит.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, влажные мелкопузырчатые хрипы. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 102 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

5. Больная С, 29 лет беспокоят чувство тяжести и распирания в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5 °С, анорексия.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и азитромицин с временным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно выполняла внутримышечные инъекции диклофенака, на фоне которых боли практически исчезли, но появилось распирание в правой половине грудной клетки. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хронический вирусный гепатит С.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии тупость, при аускультации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смещены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

6. Больной Л. 39 лет жалуется на кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, небольшую одышку при ходьбе, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно жаропонижающие препараты (парацетамол), на фоне которых отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: выросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Участковым терапевтом направлен в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком. Над остальной поверхностью лёгких ясный лёгочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту, АД 100/65 мм.рт.ст.

В анамнезе ВИЧ, получает комплексную терапию, не курит, наследственность отягощена по ИБС, сахарному диабету.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

7. Больная М, 58 лет беспокоят колющие боли в левой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающиеся при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38 0 С, снижение аппетита.

Больна в течение 5 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около двух дней назад стали беспокоить колющие боли в левой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесённые заболевания: простудные, ревматоидный артрит (получает сульфасалазин).

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Слева ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, шум трения плевры, влажные мелкопузырчатые хрипы. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 96 в минуту, АД 125/85 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

8. Больная А., 56 лет беспокоят тянущие неинтенсивные боли в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5 0 С.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и кларитромицин по 0,5 дважды в день 5 дней с временным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно принимала парацетамол по 0,5 три раза в день, на фоне которого боли в грудной клетке существенно уменьшились, но сохранялись фебрильная температура, и выраженная слабость. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесённые заболевания: простудные, артериальная гипертензия.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая,

обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии тупость, при аускультации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смещены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 155/95 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

9. Больной М. 67 лет беспокоят кашель с небольшим количеством желто-зеленой густой мокроты, затруднение дыхания, одышка, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5 0 С.

Ухудшение в течение 10 дней, когда появились насморк, герпетические высыпания на губах, малопродуктивный кашель, выраженная одышка и заложенность в груди, повысилась температура до 37,50 С, слабость. Обратился в поликлинику, госпитализирован.

Из анамнеза: курит 10-20 сигарет в течение более 40 лет, 7 лет назад был выставлен диагноз ХОБЛ (получает тиотропия бромид по 1 дозе ежедневно), страдает ИБС: стенокардия 3 ф кл.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа чистая с серым оттенком, ЧДД 24 в минуту, увеличение передне-заднего размера грудной клетки, обе ее половинки симметрично участвуют в акте дыхания, отсутствует западение надключичных ямок, при сравнительной перкуссии грудной клетки звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрипы по всем полям. Границы относительной тупости сердца не определяются, тоны глухие, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 140/875 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

10. Больной К. 54 года жалуется на выраженный малопродуктивный кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,0 0 С, при физической активности (ходьба) появляется одышка.

Заболел несколько дней назад, связывает с выраженным переохлаждением, до этого в течение 2 недель употреблял алкоголь. Вначале отмечал повышение температуры до фебрильных цифр и сухой кашель, через 2 дня присоединились слабость, исчез аппетит, появилась одышка. Вызвал участкового терапевта, был назначен азитромицин, мукалтин и парацетамол. На фоне лечения самочувствие без улучшения, усилился кашель, и появилась желтая мокрота. Дано направление в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 20 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах слева по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание ослаблено, крепитация. Над остальной поверхностью легких легочный звук и везикулярное дыхание с удлиненным выдохом. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 102 в минуту, АД 155/90 мм.рт.ст.

В анамнезе простудные заболевания, хронический панкреатит, курит, злоупотребляет алкоголем.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

11. Мужчина 22 года обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на периодическую заложенность в груди, сопровождающуюся сухим приступообразным кашлем. За последние 3 месяца такие состояния отмечал 1-2 раза в неделю, появляются при любых резких запахах (табачный дым, парфюм, средства для уборки), проходят после прекращения контакта с

источником запаха.

В анамнезе ОРВИ, в детстве страдал атопическим дерматитом.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

12. Мужчина 37 лет обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на приступообразный сухой кашель, появляющийся при вдыхании табачного дыма, в помещениях с высокой влажностью и сильной запыленностью. Периодический кашель беспокоит около 2-3 лет, дважды обращался к терапевту, выполнялись лабораторные исследования и ФЛГ грудной клетки (без патологии), был выставлен диагноз аллергический ринит.

В анамнезе ОРВИ, не переносит антибиотики пеницилинового ряда (сыпь).

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

13. Женщина 29 лет, 7 лет назад был выставлен диагноз бронхиальная астма легкой степени тяжести, начало заболевания связывает с ремонтом в квартире, когда появились приступы удушья, обследовалась у аллерголога и пульмонолога, был назначен комбинированный препарат серетид – сальметерол 25 мкг, флутиказон 50 мкг. Препарат получала 2 раза в сутки и по потребности при приступах удушья. После окончания ремонта в квартире затруднений дыхания и приступов удушья не было, препарат принимала нерегулярно, а потом отменила самостоятельно, к врачу не обращалась.

Ухудшение около 2 месяцев, перенесла вирусную инфекцию, сменила работу (работает в архиве), начала использовать препарат, назначенный ранее, однако приступы удушья беспокоят практически ежедневно, отмечает сухой кашель, особенно днем.

В анамнезе ОРВИ, у брата полиноз.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипы единичные сухие по передней поверхности грудной клетки, отчетливо слышны при глубоком дыхании. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

14. Женщина 22 года, обратилась к участковому терапевту по рекомендации аллерголога. Отмечает приступы сухого кашля ежегодно в течение 1,5-2 месяцев (конец апреля-май-начало июня), когда проходит цветение березы, обследовалась у аллерголога и пульмонолога, была выявлена аллергия на пыльцу сосны, березы. Подобные состояния около 4 лет, специально планирует отпуск на май и старается уехать в Архангельск к родителям, сама проживает в Твери. Лекарственные препараты не применяла.

В анамнезе ОРВИ, у брата атопический дерматит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

15. Женщина 32 года, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, диагноз выставлен в 16 лет. За последний год на фоне стандартной терапии (сальметерол 25 мкг и флутиказон 125 мкг ежедневно два раза в день) стала отмечать частое затруднение дыхания, использовала сальбутамол. Около 2-х месяцев назад на фоне простуды отмечалось обострение бронхиальной астмы, по поводу которого находилась на лечении в терапевтическом отделении, где получала дексаметазон в/в капельно. После выписки через 3 недели вновь стала применять сальбутамол ежедневно дополнительно к стандартной своей терапии (сальметерол 25 мкг, флутиказон 125 мкг. два раза в день).

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 18 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипы единичные сухие по передней поверхности грудной клетки, отчетливо слышны при глубоком дыхании. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

16. Мужчина 25 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, диагноз выставлен около 5 лет назад. За последний год на фоне стандартной терапии (сальметерол 25 мкг и флутиказон 125 мкг ежедневно два раза в день) приступов удушья и затруднений дыхания не отмечает, активен, занимается в спортзале. Стабилизацию состояния связывает с переходом на новую работу.

В анамнезе простудные, хр гастрит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 68 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

17. Женщина 30 лет. Около полугода стала отмечать «невозможность» глубокого вдоха и ощущение нехватки воздуха после приема обезболивающих средств (парацетамол при головной боли). Обратилась у участковому терапевту по месту жительства, было назначено обследование: клинический и биохимический анализы крови, ФЛГ, ЭхоКГ, спирометрия – без патологии. Обращалась к ЛОР-врачу – полипы носа, была предложена полипэктомия, от которой пока воздержалась.

В анамнезе ОРВИ, у отца атопический дерматит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины

грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

18. Женщина 57 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести в течение более 30 лет, последние 3-4 года получает ИГКС (беклометазон по 400 мкг два раза в день) и сальбутамол по потребности (до трех раз в день). За последний год на фоне стандартной терапии стала отмечать частые сердцебиения и перебои в работе сердца. Обратилась к кардиологу, было выявлено увеличение ЧСС до 96 в минуту и экстрасистолы до 2-3 в минуту. Проводилось холтер-ЭКГ, где отмечены эпизоды ишемии, тахикардии до 112 в минуту и наджелудочковые экстрасистолы. Кардиолог выставил диагноз ИБС и рекомендовал бисопролол по 0,005 в сутки.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 18 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1,5 см, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 92 в минуту, АД 135/80 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз (основной).
3. Какую форму ИБС можно предположить
4. Дайте обоснование назначениям кардиолога и их правильности.
5. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
6. Назначьте лечение по основной и сопутствующей патологии.

19. Мужчина 56 лет, обратился на прием к терапевту с жалобами на одышку, малопродуктивный кашель с трудноотделяемой густой желтой мокротой, снижение переносимости физической нагрузки, субфебрильную температуру тела. Ухудшение около 7 дней, связывает с ОРВИ. Подобные жалобы возникают периодически 3-5 раз в год, в таких случаях самостоятельно принимает азитромицин/ципрофлоксацин, отхаркивающие средства и эуфиллин. Курит много лет по 1 пачки в день. Два года назад при диспансеризации было рекомендовано обследование по поводу одышки, на ЭКГ выявлялась гипертрофия правых отделов сердца.

При осмотре состояние средней тяжести, кожа с серо-фиолетовым оттенком. Переднезадний размер грудной клетки увеличен, ребра располагаются горизонтально, надключичные ямки выбухают. При перкуссии над всей поверхностью легких звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание ослаблено с удлиненным выдохом, рассеянные сухие хрипы, единичные влажные в межлопаточной области. Границы относительной тупости сердца уменьшены, при аускультации тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС 92 в минуту, АД 140/85 мм.рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

На обзорной рентгенограмме легочные поля повышенной прозрачности. Диафрагма уплощена и смещена вниз, тень сердца уменьшена. Тени ребер расположены более горизонтально, чем обычно.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

20. Мужчина 57 лет доставлен в клинику бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на кровохарканье, которое появилось несколько часов назад. В течении последнего месяца отмечал

слабость, снижение аппетита, головокружение, около трех дней невыраженный сухой кашель и субфебрильная температура тела. Похудел на 3 кг за последний месяц. Свое состояние связывает с увеличением объема работы и простудой.

Объективно: состояние средней тяжести. Вес 72 кг, рост 183 см. Кожа чистая, несколько бледная. Пальпируются подмышечные л/у справа, плотные, безболезненные, до 3 см. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при перкуссии по передней поверхности справа укорочение перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту. Границы сердца не изменены, тоны сердца ритмичны, несколько приглушены, ЧСС 78 в минуту, АД 125/85 мм.рт.ст.

В анамнезе ОРВИ, пневмония, не курит, алкоголь не употребляет, занимается спортом 2-3 раза в неделю.

На обзорной рентгенограмме в среднем легочном поле справа определяется гомогенное затемнение, прилежащее к тени правого корня.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

Справка
о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины

(название дисциплины, модуля, практики)

№ п\п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
	Учебная комната №2 кафедра факультетской терапии КБ СМП	- Ноутбук - Проектор - Негатоскоп - Набор ЭКГ - Набор лабораторных исследований - Набор рентгенограм, протоколов УЗИ, ФГДС

**Лист регистрации изменений и дополнений
в рабочую программу дисциплины
на _____ учебный год**

(название дисциплины, модуля, практики)

для обучающихся,

специальность: _____
(название специальности)

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры «_____» _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)

подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий
1				
2				
3				