

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

**Кафедра факультетской терапии**

**Рабочая программа дисциплины**

**ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ**

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, 2024**

**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 2024 г. (протокол № 6)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «29» мая 2024 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «28» августа 2024 г. (протокол №1)

## II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины **ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ЭЛЕКТОКАРДИОГРАФИИ** 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	<b>УК-1.1</b> Критически оценивает возможности применения достижений в методах и технологиях научной коммуникации в области медицины и фармации	<b>Знать:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- современные достижения в методах и технологиях научной коммуникации, в том числе и использованием IT-технологий</li><li>- методы критического анализа и оценки современных научных</li></ul>

<p>применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте номер и содержание компетенции</p>	<p><b>УК-1.2</b> Анализирует различные способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>достижений, а также методы генерирования новых идей при решении практических задач</p> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач</li> <li>- оценивать потенциальные выигрыши или проигрыши реализации вариантов решения практических задач;</li> </ul> <p><b>Владеть навыками:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению практических задач, в том числе в междисциплинарных областях</li> </ul>
<p>ПК-1. Способен проводить медицинское обследование пациентов с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного</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><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Порядок оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях внутренних органов;</li> <li>- Методику сбора анамнеза и жалоб у пациентов с заболеваниями внутренних органов, правила интерпретации результатов;</li> <li>- Методику выполнения</li> </ul>

<p>статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования</p>		<p>физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация) по органам и системам у пациентов с заболеваниями внутренних органов, правила интерпретации полученных результатов.  Уметь:  - 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;  - Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями внутренних органов;  Владеть навыками:  - 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>
	<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:  - 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</p>

		<p>органов, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Показания при заболеваниях внутренних органов, требующие направления пациентов к врачам-специалистам;</li><li>- Медицинские изделия, применяемые при обследовании пациентов с заболеваниями внутренних органов, принципы обеспечения безопасности диагностических манипуляций</li><li>- 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</li></ul> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с заболеваниями внутренних органов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, интерпретировать и анализировать полученные результаты</li><li>- 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</li></ul>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями внутренних органов</li><li>- 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</li></ul> <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями внутренних органов</li><li>- 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</li><li>- 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</li></ul>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- интерпретации и анализа результатов комплексного обследования пациентов с заболеваниями внутренних органов</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы**

Дисциплина «ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ЭЛЕКТОКАРДИОГРАФИИ» входит в часть, формируемую участниками образовательных отношений блока 1 ОПОП ординатуры.

В процессе изучения дисциплины «ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ЭЛЕКТОКАРДИОГРАФИИ» формируются универсальные и профессиональные компетенции (УК-1, ПК-1) 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 в 4 семестре.

## **III. Учебная программа дисциплины**

### **1. Содержание дисциплины**

Тема 1. Биоэлектрические основы ЭКГ

Тема 2. Нормальная ЭКГ

Тема 3. Анализ ЭКГ

Тема 4. ЭКГ при нарушениях ритма сердца

Тема 5. ЭКГ при нарушениях проводимости

Тема 6. ЭКГ при гипертрофиях различных отделов сердца

Тема 7. ЭКГ при хронических формах ИБС

Тема 8. ЭКГ при инфаркте миокарда

Тема 9. ЭКГ при легочном сердце, патологии перикарда

Тема 10. ЭКГ при патологии миокарда, пороках сердца

Тема 11. Нагрузочные пробы

Тема 12. Мониторирование ЭКГ по Холтеру, чрезпищеводная стимуляция сердца

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 занятия, практические	клинические	зачет				УК	ОПК	ПК		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.				6		6	3	9	УК-1		ПК-1	КС, ВК, Т	
2.				6		6	3	9				КС, ВК, Т	
3.				6		6	3	9				КС, ВК, Т	
4.				12		12	6	18				КС, ВК, Т	
5.				12		12	6	18				КС, ВК, Т	
6.				6		6	3	9				КС, ВК, Т	
7.				6		6	3	9				КС, ВК, Т	
8.				12		6	3	18				КС, ВК, Т	
9.				6		6	3	9				КС, ВК, Т	
10.				6		6	3	9				КС, ВК, Т	
11.				6		6	3	9				КС, ВК, Т	
12				6		6	3	9				КС, ВК, Т	
Зачет					6	6	3	9				Т, Пр, СЗ	
<b>ИТОГО:</b>				<b>90</b>	<b>6</b>	<b>96</b>	<b>48</b>	<b>144</b>					

**Список сокращений:**

*образовательные технологии: 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), СЗ – решение ситуационных задач*

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

Оценочные средства для промежуточной аттестации

1 этап – выполнение заданий в тестовой форме

Примеры заданий в тестовой форме:

Выберите один правильный ответ.

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

Критерии оценки выполнения заданий в тестовой форме (зачтено/не зачтено):

Зачтено - 71% и более правильных ответов;

Не зачтено - 70% и менее правильных ответов.

**2 этап** - проверка освоения практических навыков

Перечень практических навыков:

Обучающийся получает 3 различных ЭКГ и проводит подробную их интерпретацию с полным анализом выявленных изменений.

Критерии оценки выполнения практических навыков:

- зачтено – выставляется при правильной интерпретации и анализе ЭКГ;
- не зачтено – выставляется при неполной и в основном неправильной интерпретации и анализе данных ЭКГ.

**3 этап** – итоговое собеседование по ситуационным задачам

Примеры ситуационных задач для собеседования:

Задача 1

Больной 70 лет доставлен СМП по поводу обморока. В течение 3 лет находят нерезкий аортальный стеноз с кальцификацией. В течение года сахарный диабет, по поводу которого принимает два сульфаниламидных препарата. Последние 2 года жизни умеренно выражена хроническая почечная недостаточность. Обморок возник внезапно, в покое. По словам дочери, он был короткий, без судорог и прикусывания языка. Больной отметил, что перед обмороком был приступ сердцебиения. Аналогичные приступы с последующей слабостью, но без потери сознания, ранее уже были 2 раза. Объективно: грубый систолический шум на аорте с иррадиацией на шею. Пульс 45 в минуту, ритмичный. АД 160/75 мм рт. ст. Сахар крови 5 ммоль/л, мочевины 18 ммоль/л, креатинин 200 мкмоль/л, электролитный состав не нарушен. Рентгенологически: увеличение левого желудочка, легкие – норма.

Вопросы:

- 1) Может ли быть в основе обморока влияние препаратов или гипогликемия?
- 2) Может ли быть обморок в связи с аортальным стенозом?
- 3) Можно ли предположить приступ Морганьи-Адамса-Стокса? Какие возможны причины?
- 4) На ЭКГ - узловой ритм, блокада правой ножки пучка Гиса. Как интерпретировать ЭКГ?
- 5) Какая тактика ведения больного и почему?

Эталон ответа:

- 1) Да, если учесть слишком интенсивное лечение (два препарата одного типа). Нет - отсутствует гипогликемия и имеет место спонтанное прекращение приступа.
- 2) Да, обмороки могут быть при аортальном стенозе. Нет, так как стеноз нерезкий, и обморок возник в покое, а не при физической нагрузке.
- 3) Да. Три возможные причины: сино-аурикулярная блокада, синдром слабости синусового узла (тахибрадикардия), транзиторная полная атриовентрикулярная блокада.
- 4) По данным ЭКГ наиболее вероятно СССУ.
- 5) Следует рекомендовать имплантацию пейсмейкера, так как уже были обмороки, имеется медленный ритм и блокада правой ножки пучка Гиса.

Критерии оценки собеседования по ситуационным задачам:

- оценка «отлично» - ставится обучающемуся, 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;
- оценки «хорошо» - заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание программного материала;

- оценки «удовлетворительно» - заслуживает обучающийся, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, 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, решение ситуационной задачи с оценкой «отлично».

«Хорошо»:

1. 81-90% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки, решение ситуационной задачи с оценкой «хорошо»;
2. 91-100% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки, решение ситуационной задачи с оценкой «удовлетворительно»;
3. 71-80% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки, решение ситуационной задачи с оценкой «отлично».

«Удовлетворительно»:

1. 71-80% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки, решение ситуационной задачи с оценкой «удовлетворительно»;
2. 91-100% правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки, решение ситуационной задачи с оценкой «отлично»;
3. 81-90% правильных ответов в тестовой форме, зачтены практические навыки, решение ситуационной задачи с оценкой «удовлетворительно».

«Неудовлетворительно»:

1. 70% и менее правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки, решение ситуационной задачи с оценкой «неудовлетворительно»;
2. 70% и менее правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки, решение ситуационной задачи с оценкой «удовлетворительно»;
3. 71-80% правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки, решение ситуационной задачи с оценкой «неудовлетворительно»;
4. 81-90% правильных ответов в тестовой форме, не зачтены практические навыки, решение

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.informio.ru](http://www.informio.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>);

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](http://www.studmedlib.ru));
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar ([mbasegeotar.ru](http://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 рецидива
- 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, адреномиметики.
- 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 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 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 учатившимися 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 предполагаемые 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  $\text{PaO}_2$ —53 мм рт.ст. и гиперкапния с  $\text{PaCO}_2$ —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 предполагаемые 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 по 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 °С.

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, РаО<sub>2</sub> — 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 жёлто-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 O<sub>2</sub> – 98% . Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, при перкуссии заук с коробочным оттенком, дыхание с удлиненным 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, иррадирующими 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 %, SatO<sub>2</sub>— 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.

### **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

#### **Задания в тестовой форме**

Выберите один или несколько 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. 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 Фридендера
- 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. Параневмонический 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  $< 20$  г/л и плотностью  $< 1015$
- 2) плевральная жидкость с содержанием белка  $> 30$  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 трансудат - 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

### Контрольные задания

#### 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 утащения 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 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 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. 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 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 ml 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 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.

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 \*10<sup>12</sup>, лейкоц 11,7\*10<sup>9</sup> (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, хр гастрит.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает 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 распираания 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 распираание в правой половине грудной клетки. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

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

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 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 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. 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 отстает 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 °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 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.

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 °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 алкоголь.

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 назначениям 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.

**Справка**

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины

---

(название дисциплины, модуля, практики)

<b>№ п\п</b>	<b>Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы</b>	<b>Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы</b>
	Учебная комната №2 кафедра факультетской терапии КБ СМП	- Ноутбук - Набор ЭКГ

**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				