

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 2024.09.11 09:07
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет

Послевузовского профессионального образования

Кафедра

Госпитальной терапии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:

Гироректор по научной работе
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

20 25 года



**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 ТЕРАПИЯ
(ОРДИНАТУРА)**

Майкоп

**Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения
Производственной (клинической) практики №2**

Категория (группа) компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Компетенции и индикаторы их достижения
УК (универсальные компетенции)	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – общую и частную патологию <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – анализировать полученную информацию (от диагноза к симптомам и от симптома(ов) – к диагнозу) <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – технологией сравнительного анализа <p>УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – пользоваться профессиональными источниками информации <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – технологией дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации
	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	<p>УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Стили профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками. <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Определять стили профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками и корректировать его характер с учетом конкретных и (или) изменяющихся условий коммуникации. – Использовать стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками. – Взаимодействовать с членами педагогического коллектива, представителями профессионального сообщества, родителями (законными представителями) обучающихся, иными заинтересованными лицами и организациями при решении задач обучения и (или) воспитания отдельных обучающихся и (или) учебной группы с соблюдением норм педагогической этики. <p><i>Владеть:</i></p>

		<p>– Способностью анализировать ситуации профессионального взаимодействия с коллегами, пациентами и их родственниками, выбирать наиболее эффективный стиль общения;</p> <p>– Навыками общения с учетом выбранного стиля</p> <p>УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции</p> <p><i>Знать:</i></p> <p>– Стили официальных и неофициальных писем, виды корреспонденций;</p> <p>– Социокультурные (культурные) различия в коммуникации.</p> <p><i>Уметь:</i></p> <p>– Вести документацию, деловую переписку с учетом особенностей стиля официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции.</p> <p><i>Владеть:</i></p> <p>– Способами и приемами ведения документации, деловой переписки с учетом особенностей стиля официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции.</p>
	<p>УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p>	<p>УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста</p> <p><i>Знать:</i></p> <p>– Методы определения личных и профессиональных интересов, образовательных мотивов и потребностей.</p> <p><i>Уметь:</i></p> <p>– Структурировать приоритеты и выявлять ограничения личностного и профессионального развития с учётом этапа индивидуального пути и меняющихся требований рынка труда.</p> <p><i>Владеть:</i></p> <p>– Приёмами оценки и самооценки результатов деятельности по решению задач личностного и профессионального развития.</p> <p>УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития</p> <p><i>Знать:</i></p> <p>– Методы и технологии целеполагания и целереализации.</p> <p><i>Уметь:</i></p> <p>– Определять и формулировать цели профессионального и личностного развития.</p> <p><i>Владеть:</i></p> <p>– Приёмами целеполагания и планирования траектории собственного профессионального и личностного развития.</p> <p>УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории</p> <p><i>Знать:</i></p>

		<p>– Перспективные сферы и направления личной и профессиональной самореализации</p> <p><i>Уметь:</i></p> <p>– Планировать варианты достижения более высоких уровней профессионального и личностного развития</p> <p><i>Владеть:</i></p> <p>– Приёмами выявления и оценки своих возможностей, личностных и профессионально-значимых качеств с целью их совершенствования.</p>
ОПК (общефессиональные компетенции)	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>знать:</p> <p>– методика сбора жалоб, анамнеза жизни и болезни, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях;</p> <p>– методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);</p> <p>– анатомо-функциональное состояние органов и систем организма человека в норме и у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями;</p> <p>– этиологию, эпидемиологию и патогенез инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза;</p> <p>– современные классификации, клиническая симптоматика инфекционных заболеваний. в том числе туберкулеза;</p> <p>– методы диагностики инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза;</p> <p>– симптомы, особенности течения и возможные осложнения у пациентов при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях, в том числе туберкулеза</p> <p>уметь:</p> <p>– осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом;</p> <p>– проводить физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию);</p> <p>– интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями;</p> <p>– оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях у пациентов с инфекционными заболеваниями;</p> <p>– пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей;</p> <p>– интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с инфекционными</p>

		<p>заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом;</p> <ul style="list-style-type: none"> – выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), в том числе с туберкулезом; – навыками обоснования и постановки диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, на консультацию к врачам-специалистам <p>ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторной и инструментальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в
--	--	---

		<p>том числе с туберкулезом</p> <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование; – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на инструментальное обследование
	<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями; – алгоритмы оказания помощи пациентам; – показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; – определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями <p>ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – навыками оценки эффективности и безопасности

		немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях знать: <ul style="list-style-type: none"> – порядок организации медицинской реабилитации; – основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов терапевтического профиля уметь: <ul style="list-style-type: none"> – составить план реабилитационных мероприятий; – разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; владеть: <ul style="list-style-type: none"> – навыком составления плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях пациентам терапевтического профиля
		ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и/или состояниях знать: <ul style="list-style-type: none"> – методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля; – методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у пациентов терапевтического профиля; уметь: <ul style="list-style-type: none"> – оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» владеть: <ul style="list-style-type: none"> – методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации
	ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу знать: <ul style="list-style-type: none"> – заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы; – медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу уметь: <ul style="list-style-type: none"> – выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; – определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу; – подготовить медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу владеть:

		<ul style="list-style-type: none"> – навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; – навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на медико-социальную экспертизу <p>ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности; – порядок выдачи медицинской документации <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить медицинскую экспертизу временной нетрудоспособности; – интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – организации и проведения медицинской экспертизы; – навыками оформления медицинской документации
	<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом. – порядки оказания медицинской помощи по профилю «инфекционные болезни» и «туберкулез»; – клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания помощи инфекционным пациентам, стандарты оказания медицинской помощи пациентам при инфекционных заболеваниях, в том числе туберкулезе, санитарные нормы и правила <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике инфекционных заболеваний и (или) состояний, в том числе туберкулеза; – организовывать и проводить мероприятия по профилактике и раннему выявлению инфекционных заболеваний и (или) состояний, в том числе туберкулеза; – организовывать мероприятия по специфической профилактике инфекционных болезней, в том числе туберкулеза <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками организации санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания, информирования населения о современных средствах профилактики инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза <p>ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением</p>

		<p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – принципы диспансерного наблюдения за пациентами с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе туберкулезом; – медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики инфекционных заболеваний и (или) состояний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях, с учетом стандартов медицинской помощи; – принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с хроническими инфекционными заболеваниями, в том числе туберкулезом; – основные принципы профилактического осмотра <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – осуществлять профилактические осмотры с целью выявления инфекционных заболеваний и (или) состояний, в том числе туберкулеза; – проводить диспансерное наблюдение за пациентами при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях, в том числе туберкулезом; – проводить санитарно-просветительную работу по формированию элементов здорового образа жизни; – оформлять и направлять экстренное извещение при выявлении инфекционного или профессионального заболевания, в том числе туберкулеза, представлять внеочередные донесения о возникновении чрезвычайной ситуации <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками оценки эффективности профилактической работы с населением и пациентами с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе туберкулезом
	<p>ОПК-9. Способен проводить анализ медикостатистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-9.1 Проводит анализ медико- статистической информации</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Медико-статистические показатели деятельности медицинской организации <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Анализировать медико-статистические показатели деятельности медицинской организации <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками ведения медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала, анализа медико-статистической информации <hr/> <p>ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Особенности работы с формализованными медицинскими документами, реализованными в медицинских информационных системах медицинских организаций; – Специфику формализованных протоколов врачей

		<p>различных специальностей</p> <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Грамотно вести медицинскую документацию средствами медицинских информационных систем <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Навыками ведения первичной медицинской документации в медицинских информационных системах; – Навыками формирования обобщающих и отчетных документов
ПК (профессиональные компетенции)	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара	<p>ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Методику осмотра и обследования пациентов с иммуно-воспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом или подозрениями на них; – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с ревматическими заболеваниями, пациентам с бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Этиологию и патогенез иммуновоспалительных ревматических 5 заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Методы клинической и параклинической диагностики иммуно-воспалительных ревматических заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Медицинские показания для направления пациентов, получающих генно-инженерные биологические или синтетические таргетные препараты к врачам-специалистам смежных специальностей; – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лабораторных и инструментальных исследований у пациентов с иммуно-воспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Правила установки диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и его обоснование. <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающих терапию генно-инженерными

		<p>биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Производить физикальное обследование пациента с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и интерпретировать его результаты; – Оценивать тяжесть состояния пациента, стратифицировать риск развития жизнеопасных осложнений, определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях; – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; – Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и остеопорозом и получающих генно-инженерные биологические и/или таргетные синтетические препараты; – Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов (ревматолога, пульмонолога, кардиолога); – Использовать алгоритм постановки диагноза в соответствии с МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов (их законных представителей) с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом. <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Навыками проведения сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Навыками проведения физикального обследования пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Навыками направления пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами на лабораторное и инструментальное обследование, а также консультации смежных
--	--	---

		<p>специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
		<p>ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников; – Принципы лечения и тактику ведения пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с применением генно-инженерных биологических и/или таргетных синтетических препаратов, в том числе при неотложных состояниях, показания к госпитализации в реанимационное отделение; – Механизмы действия лекарственных генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы; – Клинико-фармакологическую характеристику генноинженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате применения генно-инженерных биологических или синтетических таргетных препаратов; – Алгоритмы оказания помощи при осложнениях, вызванных применением генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Особенности вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой на фоне терапии генно-инженерными биологическими и таргетными синтетическими препаратами; – Правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для лечения генно-инженерными биологическими препаратами <p>уметь:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> – Разрабатывать план лечения больных ревматическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины; – Назначать рациональную медикаментозную терапию пациентам с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, остеопорозом, атеросклерозом и оценивать ее эффективность и безопасность; – Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов; – Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Оформлять медицинские документы при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Навыками разработки плана лечения больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с клиническими рекомендациями; – Навыками оценки эффективности и безопасности применения генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов – Навыками разработки плана вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой – Навыками оформления и выдачи медицинских документов при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами
		<p>ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»; – методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»; – медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; – механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;

		<p>– основные программы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»</p> <p>уметь:</p> <p>– определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;</p> <p>– участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения;</p> <p>– участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторнокурортного лечения</p> <p>владеть:</p> <p>– навыками определения медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения;</p> <p>– навыками участия в проведении мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида;</p> <p>– навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации</p>
		<p>ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>знать:</p> <p>– Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, выдачи листов временной нетрудоспособности; – порядок выдачи листов временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде;</p> <p>– оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы</p>

		<p>– медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы</p> <p>уметь:</p> <p>– определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пациентом с заболеваниями по профилю «терапия» членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;</p> <p>– оформлять медицинскую документацию пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>владеть:</p> <p>– навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, оформление и выдача листов временной нетрудоспособности;</p> <p>– навыками подготовки и оформления необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оформления медикосоциальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы;</p> <p>– навыками направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» на медико-социальную экспертизу</p>
		<p>ПК-1.5 Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>знать:</p> <p>– Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p> <p>– Принципы применения специфической и неспецифической профилактики сахарного диабета</p> <p>уметь:</p> <p>– проводить специфическую и неспецифическую профилактику инфекционных заболеваний</p> <p>– определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина)</p> <p>– определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту</p> <p>– проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p> <p>– разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака,</p>

		<p>предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела</p> <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни – навыками проведения оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни – навыками проведения специфической и неспецифической профилактики -инфекционных заболеваний – навыками определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) заболеваний – навыками оформления и направления в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания – навыками проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний – навыками формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тел
		<p>ПК-1.6 Оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); – методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы); – правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме

		<ul style="list-style-type: none"> – оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) – применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме – выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками оценки состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме; – навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме; – навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при, состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); – навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме
	<p>ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ПК-2.1 Проводит анализ медико- статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Формы отчетов о своей работе, а также о работе деятельности медицинской организации - Основы медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков - Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Составлять план работы и отчет о своей работе, а также о работе деятельности медицинской организации - Проводить анализ медико-статистических показателей, характеризующих состояние здоровья населения и подростков. - Использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками составления плана и отчета о своей работе, а также о работе деятельности медицинской организации - Навыками проведения анализа медико-статистических показателей - Навыком использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

		<p>ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – правила оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь по терапевтическому профилю, в том числе в форме электронного документа <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа
		<p>ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала – требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка <p>уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала – соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности – осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности <p>владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками организации деятельности терапевтического отделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «терапия» в соответствии порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» – навыками организации деятельности терапевтического дневного стационара медицинской организации в соответствии порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» – навыками контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала – навыками соблюдения правил внутреннего трудового распорядка, требования против

Контрольные вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации по практике «Производственная (клиническая) практика № 2»

1. Организация амбулаторно-поликлинической медицинской помощи и ее основополагающие принципы.
2. Функциональные обязанности участкового врача-терапевта.
3. Основные медицинские документы, используемые в работе участковым врачом-терапевтом (перечислить).
4. Паспорт врачебного участка (форма № 30/у-тер.) - как важный документ, характеризующий деятельность участкового врача-терапевта, его разделы и порядок оформления.
5. Основные виды амбулаторно-поликлинических учреждений городского и сельского звена.
6. Организационно-штатная структура поликлиники.
7. Медицинская карта амбулаторного больного (УФ-025/ у), ее характеристика и порядок заполнения.
8. Медицинская карта для подростков (УФ-025/ю), ее характеристика и порядок заполнения.
9. Лист добровольного информированного согласия, ее характеристика и порядок заполнения.
10. Лист записи на прием к врачу (УФ-040/у), талон амбулаторного пациента (УФ 025-10/у-97), их характеристика и порядок заполнения.
11. Направление на консультацию, госпитализацию и во вспомогательные кабинеты, его характеристика и порядок заполнения.
12. Статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза (УФ 025-8/у-95), его характеристика и порядок заполнения.
13. Контрольная карта диспансерного наблюдения (УФ-030/у), ее характеристика и порядок заполнения.
14. Книга записи вызовов врача на дом (УФ-031/у), ее характеристика и порядок заполнения.
15. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении, необычной реакцией на прививку (УФ-058/у), его характеристика и порядок заполнения.
16. Журнал учета инфекционных больных (УФ-060/у), его характеристика и порядок заполнения.
17. Справка для получения путевки (УФ-070/у), ее характеристика и порядок заполнения.
18. Санаторно-курортная карта (УФ-072/у), ее характеристика и порядок заполнения.
19. Направление на медико-социальную экспертизу (УФ-088 /у), его характеристика и порядок заполнения.
20. Установление факта временной утраты трудоспособности, листок нетрудоспособности, его характеристика, порядок заполнения и выдачи.
21. Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища по болезни (УФ-095/у), ее характеристика и порядок заполнения.
22. Журнал регистрации умерших на дому (УФ-279/у), его характеристика и порядок заполнения.
23. Дневник работы врача поликлиники (амбулатории, диспансера, консультации) (УФ), его характеристика и порядок заполнения.
24. Сводная ведомость заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению (УФ), его характеристика и порядок заполнения.

25. Врачебное свидетельство о смерти, его характеристика и порядок заполнения.
26. Журнал записи заключений КЭК, его характеристика и порядок заполнения.
27. Книга регистрации листков нетрудоспособности, ее характеристика и порядок заполнения.
28. Предназначение, срок действия рецептурного бланка формы №148-1/у-88 и порядок его выписывания (приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175 н).
29. Предназначение, срок действия рецептурного бланка формы №148-1/у-04 л, и №148-1/у-06 л и порядок их выписывания (приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175 н).
30. Предназначение, срок действия рецептурного бланка формы №107-1/у и порядок его выписывания (приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175 н).
31. Порядок хранения рецептурных бланков в амбулаторно-поликлиническом учреждении.
32. Методы общеклинического обследования больного в амбулаторно-поликлиническом учреждении.
33. Структура и содержание клинического диагноза: формулировка предварительного и окончательного диагнозов в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней».
34. Интерпретация полученных в амбулаторно-поликлиническом учреждении результатов обследования:
- общего анализа мочи;
 - анализа мочи по Нечипоренко и Зимницкому;
35. Интерпретация полученных в амбулаторно-поликлиническом учреждении результатов обследования:
- общего анализа крови;
 - суточной рН-метрии пищевода и желудка, ФГДС
 - ЭКГ (запись и расшифровка);
 - пикфлоуметрии, спирометрии, (функции внешнего дыхания);
 - КТ и МРТ;
 - рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости;
 - ирригографии;
 - УЗИ (щитовидной железы, печени, почек, желчного пузыря и желчевыводящих путей, поджелудочной железы);
 - гормонов щитовидной железы;
 - копрограммы.
35. Проведение манипуляций
- промывание желудка;
 - зондирование желудка;
 - зондирование 12-перстной кишки;
 - подготовка к рентгенологическому и эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта, ЭФГДС;
 - подготовка к рентгенологическому исследованию почек и мочевыводящих путей;
 - подготовка к проведению УЗИ органов желудочно-кишечного тракта;
 - сбор и исследование мочи по Зимницкому, Нечипоренко, Амбурже, Каковского-Аддиса;
 - сбор и исследование мокроты;
 - подготовка пациента к исследованию кала.
36. Определение показаний для госпитализации больных терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена в плановом и экстренном порядке.
37. Порядок составления плана лечения конкретного больного и проведения профилактических и реабилитационных мероприятий.
38. Составление программы реабилитации больного.
39. Организация и проведение диспансеризации населения.

40. Критерии эффективности диспансеризации, оформление документации по итогам диспансеризации.

41. Организация работы дневного стационара и стационара надому амбулаторно-поликлинического учреждения.

42. Оказание неотложной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях в амбулаторно-поликлинических условиях при:

- остром инфаркте миокарда;
- острой сосудистой недостаточности;
- гипертоническом кризе;
- стенокардии;
- острых нарушениях сердечного ритма и проводимости (пароксизмальная тахикардия, блокады и др.);
- при остановке сердечной деятельности и дыхания (сердечно-легочная реанимация);
- острой левожелудочковой недостаточности;
- отеке легких;
- приступе бронхиальной астмы;
- гипергликемической коме;
- приступе эпилепсии;
- нарушении мозгового кровообращения;
- кровотечениях из пищевода, желудка и кишечника;
- почечной колике;
- печеночной колике;
- «остром животе» (перфоративной язве желудка);
- острых аллергических реакциях (анафилактический шок, отек Квинке и др.).

43. Составление плана обследования и лечения больного с гипертонической болезнью.

44. Составление плана обследования и лечения больного с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

45. Составление плана обследования и лечения больного с хроническим гастритом.

46. Составление плана обследования и лечения больного с хроническим бронхитом.

47. Составление плана обследования и лечения больного с подозрением на ишемическую болезнь сердца.

48. Составление плана обследования и лечения больного с холециститом.

49. Составление плана обследования и лечения больного с гриппом и ОРВИ

50. Составление плана обследования и лечения больного с бронхиальной астмой.

Ситуационные задачи для ординаторов по «Производственной (клинической) практике №2»

Ситуационные задачи по кардиологии

ЗАДАЧА № 1.

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиочная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

Эталон ответа:

1. ЭХОКГ (расширение камер сердца, диффузное снижение насосной и сократительной функции ЛЖ, увеличение митрально-септальной сепарации, митральный клапан в виде «рыбьего зева», митральная регургитация). Рентгенография грудной клетки (расширение тени сердца с увеличением КТИ более 50%, признаки венозного застоя).

2. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Приступы кардиальной астмы. НК 11Б ст. (111 ф.к. по NYHA).

3. Ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, небольшие дозы бета-блокаторов, при необходимости - небольшие дозы сердечных гликозидов. Радикальный метод лечения - трансплантация сердца.

ЗАДАЧА №2

Мужчина 75 лет

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин.. Диффузные изменения миокарда.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

Эталон ответа:

1. Суточное мониторирование ЭКГ, электрофизиологическое исследование (ЧПЭС).
2. Синдром слабости синусового узла. Синдром тахи-бради: синусовая брадикардия, пароксизмальная мерцательная аритмия. Приступы МЭС.
3. При подтверждении диагноза показана имплантация ИВР.

ЗАДАЧА №3

Мужчина 55 лет

Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперлипидемия 11 Б тип.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль/л, триглицериды 2,25 ммоль/л, альфа-холестерин 0,8 ммоль/л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?
2. Что такое коэффициент атерогенности, как он вычисляется и каковы его нормы?
3. Каковы методы коррекции дислипотеидемии в данном случае?

Эталон ответа:

1. Общий холестерин менее 4,2 ммоль/л, альфа-холестерин более 1 ммоль/л, триглицериды менее 2 ммоль/л.
2. $КА = (\text{общ.ХС} - \text{альфа-ХС}) : \text{альфа-ХС}$. Норма менее 3.
3. Диета с ограничением жиров животного происхождения и углеводов. Коррекция углеводного обмена. Применение статинов или фибратов.

ЗАДАЧА № 4

Мужчина 59 лет

В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза в день (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время. На снятой ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.

Вопросы:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?

Эталон ответа:

1. ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз коронарных артерий.
2. Больного необходимо госпитализировать в БИТ.

ЗАДАЧА №5

Мужчина 43 лет.

При эхокардиографическом исследовании получены следующие результаты: ЛП = 3,8 см, КДР = 5,2 см, КСР = 3,4 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см, ПЖ = 2,4 см. Клапанный аппарат intact, насосная и сократительная функция в пределах нормы. По данным Д-ЭХОКГ: патологических токов не обнаружено.

Вопросы:

1. Проявлением каких заболеваний может быть вышеописанная эхокг картина?
2. Какая дополнительная информация Вам необходима для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте возможные клинические диагнозы.

Эталон ответа:

1. Гипертрофическая кардиомиопатия и артериальная гипертензия с гипертоническим сердцем.
2. Данные анамнеза (указания на повышение АД), результаты исследования сосудов глазного дна (наличие или отсутствие гипертонической ангиопатии).
3. Гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выносящего тракта левого желудочка.

Артериальная гипертензия . Гипертоническое сердце: асимметрическая гипертрофия левого желудочка.

ЗАДАЧА №6

Женщина 53 лет

В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм ртст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

АНАЛИЗЫ.КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л. В остальном - без особенностей.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Гипотиреоз. Гиперлипидемия 11Б тип.
2. Исследование гормонов щитовидной железы и ТТГ. УЗИ щитовидной железы.
3. При подтверждении диагноза - адекватная заместительная терапия тиреоидными гормонами.

ЗАДАЧА №7

Мужчина 56 лет

В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.

Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент 11 тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах

единичные влажные хрипы. ЧСС = 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210/130 мм рт.ст. S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ.

ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроретинопатия.

АНАЛИЗ КРОВИ: холестерин 8,2 ммоль/л, триглицериды 2,86 ммоль/л (в остальном - без особенностей).

АНАЛИЗ МОЧИ: без особенностей.

СЦИНТИГРАФИЯ ПОЧЕК: Правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭХОКГ: Аорта уплотнена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа:

1. Брюшная аортография, определение активности ренина плазмы.
2. Диагноз: Стенозирующий атеросклероз левой почечной артерии. Вазоренальная гипертония (злокачественное течение). Гипертоническое сердце. Мерцательная аритмия (тахисистолическая форма). НК 11Б ст. (111 ф.к. по NYHA). Гиперлипидемия 11Б тип.

ЗАДАЧА №8

Мужчина 29 лет.

Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако, нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт.ст.), в связи с чем был освобожден от службы в Армии. Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе.

Объективно: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм рт.ст., S = D, АД на нижних конечностях 160/100 мм рт.ст., S = D. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХОКГ: ЛП=3,2 см, КДР=5,0 см, КСР=3,2 см, Тмжп=1,2 см, Тзс=1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения

Эталон ответа:

1. Коарктация аорты. Симптоматическая артериальная гипертония.
2. Рентгенография органов грудной клетки (узурация ребер, деформация дуги аорты), МР-томография аорты, аортография.
3. Хирургическая коррекция или ангиопластика.

ЗАДАЧА №9

Больной 28 лет

С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.

Объективно: ЧСС = 80 уд\мин., АД = 120\80 мм ртст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд\мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.

ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4.4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз пациента.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
3. Тактика медикаментозного лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

Эталон ответа:

1. Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. Относительная коронарная недостаточность. Предсердная экстрасистолия.

2. Нагрузочный тест, ЭКГ- мониторинг, определение липидов крови. При склонности к повышению АД - исследование глазного дна и АД-мониторирование для исключения артериальной гипертонии и гипертонического сердца.

3. Бета-блокаторы, верапамил, дилтиазем. При наличии нарушений ритма - кордарон. Противопоказаны сердечные гликозиды, нитровазодилаторы, с осторожностью следует применять диуретики. (в связи с уменьшением преднагрузки или венозного возврата к сердцу).

ЗАДАЧА №10

Мужчина 39 лет

В течение 2 лет периодически беспокоят давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветренную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы. Боли купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает атиенолол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевация сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистолия.

В крови: холестерин 5,1 ммоль\л, триглицериды 1,2 ммоль\л.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Внесите коррекцию в проводимую терапию, если, по Вашему мнению, она необходима

Эталон ответа:

1. ИБС. Вазоспастическая (вариантная) стенокардия. Желудочковая экстрасистолия.
2. С учетом выставленного диагноза не показано применение бета-блокаторов. Целесообразно назначение антагонистов кальция, возможно в сочетании с нитратами пролонгированного действия и аспирином.

ЗАДАЧА №11

Женщина 30 лет

Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт.ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт.ст.). Применение гипотензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160-170/110 мм рт.ст.).

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания.

ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт.ст., S=D. В эпигастриальной области выслушивается систоло-диастолический шум. В остальном по органам - без особенностей.

АНАЛИЗ МОЧИ: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей.

ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов.

ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
3. Методы лечения.

Эталон ответа:

1. Стеноз левой почечной артерии. Реноваскулярная гипертония (злокачественное течение). Наиболее вероятной причиной развития реноваскулярной гипертонии у женщины в молодом возрасте является фибромускулярная дисплазия почечной артерии.

2. Брюшная аортография, из неинвазивных методов информативными могут быть МР-томография и дуплексное сканирование почечных артерий. Исследование активности ренина плазмы.

3. Хирургическое лечение.

ЗАДАЧА №12

Женщина 29 лет

Считает себя больной в течение 5 лет, когда вскоре после родов стала прогрессивно прибавлять в весе на фоне повышенного аппетита (за 5 лет прибавила около 15 кг). Одновременно впервые в жизни стали регистрироваться повышенные цифры АД (до 180/100), появилась повышенная раздражительность, утомляемость, нарушение сна. Последний год артериальная гипертония приобрела кризовый характер: внезапные подъемы АД сопровождаются сердцебиением, потливостью, ознобом, внутренней

дрожью, чувством страха и полиурией. Кризы купируются самостоятельно, возникают с частотой до 4-6 раз в месяц.

Объективно: Повышенного питания (при росте 162 см весит 95 кг). Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. На коже живота белые широкие стрии. ЧСС = 70 уд/мин., АД = 170/100 мм ртст.. По органам - без особенностей.

Эталон ответа:

1. Гипоталамический синдром. Артериальная гипертензия
2. (кризовое течение). Ожирение 111 ст.
3. Мероприятия, направленные на снижение веса (низкокалорийная диета, физическая активность). Применение общепринятых гипотензивных средств (ингибиторы АПФ в сочетании бета-блокаторами и диуретиками), седативные средства. Для профилактики кризов пирроксан или дифенин.

Задачи по ревматологии

ЗАДАЧА № 1

Больная У., 50 лет, кассир, обратилась с жалобами на умеренные боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных суставах в покое, усиливающиеся во второй половине ночи, утреннюю скованность в указанных суставах до 1 часа и ограничение объема движений в пораженных суставах. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 3 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли во II-III пястнофаланговых суставах обеих кистей при движениях, припухлость, утренняя скованность в течение 30 мин. В последующем в процесс вовлеклись лучезапястные и проксимальные межфаланговые суставы кистей. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала НПВП при ухудшении самочувствия. Наследственность: у матери и старшей сестры - заболевания суставов. Объективно: Периферические лимфоузлы не увеличены. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. II-IV пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые суставы увеличены в объеме, отмечаются припухлость мягких тканей, повышение местной температуры, болезненность при пальпации; переразгибание в проксимальных межфаланговых суставах с одновременной сгибательной контрактурой дистальных межфаланговых суставов. Объем активных движений в указанных суставах ограничен. Деформация кистей в виде «плавников моржа». По внутренним органам – без патологии. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нб - 98 г/л; эр. - $3,02 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,9; лейкоц. – $4,2 \times 10^9/л$; э - 4%; п/я - 3%; с/я - 39%; л - 45%; м - 9%; СОЭ - 38 мм/час. 2. Рентгенограмма кистей с захватом лучезапястных суставов: остеопороз, сужение суставных щелей II-IV пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов, единичные узур.

Вопросы:

Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Как называется выявленная деформация пальцев? Каковы ее причины? 4. Каков механизм формирования суставных девиаций? 5. Назначьте дополнительное обследование. 6. Сделайте заключение по общему анализу крови.

Эталон ответа:

1. Суставной синдром. 2. Ревматоидный артрит с преимущественным поражением суставов (пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных), серо(?), активность (?), рентгенологическая стадия ?, ФК II (наличие

критериев заболевания - артрит суставов кистей, симметричный, утренняя скованность, артрит 3 и более суставов, рентгенологические изменения). 3. «Лебединая шея»: переразгибание проксимального межфалангового сустава и сгибательная контрактура дистального межфалангового сустава, при фиксации этого положения возникают выраженные функциональные нарушения, так как больной не может сжать пальцы в кулак. 4. Результат образования угла между двумя смежными костями вследствие развития подвывихов и продолжительной контрактуры отдельных мышечных групп, которые со временем приобретают необратимый характер. 5. Ревматоидный фактор, общий анализ мочи, уровень тромбоцитов, в сыворотке крови – уровень электролитов, протеинограмма, сывороточное железо, исследование синовиальной жидкости. Иммунограмма. 6. Анемия нормохромная средней степени тяжести – «анемия хронического воспаления», ускорение СОЭ (признак воспаления, маркер активности заболевания), лейкопения, лимфоцитоз. 7. Установление диагноза и стадии заболевания. 8. Ревматоидный артрит с преимущественным поражением суставов кистей (пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных), серо(?), активность II, рентгенологическая стадия II, ФК II.

ЗАДАЧА № 2

Больная Ф., 78 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли в коленных суставах при физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 мин, ограничение объема движений. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 25 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости, по поводу чего пациентка принимает НПВП в течение 2-3 недель. Настоящее ухудшение в течение 2 недель: усилились боли и ограничение подвижности в коленных суставах, появилась припухлость правого коленного сустава. Из истории жизни: работала почтальоном. Травмы суставов отрицает. Объективно: Рост – 164 см, вес 96 кг. Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отёков нет. «О»-образная деформация коленных суставов. Коленные суставы увеличены в объеме, припухлость правого коленного сустава, там же – местное повышение температуры. При пальпации – болезненность обоих коленных суставов, костные разрастания, состояние суставных концов правильное. Объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. По внутренним органам – без патологии. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Hb - 119 г/л; эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$; ЦП - 1,0; лейкоц. - $7,2 \times 10^9/л$; э - 4%; п/я 5%; с/я - 50%; л - 35%; м - 6%; СОЭ - 31 мм/час. 2. Билирубин общий - 12,8 (прямой - 4,3 л, непрямой - 8,5) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, общий белок - 78 г/л. 3. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 3-4 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 2-3 в п.зр. 4. Рентгенограмма коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Чем обусловлено ухудшение состояния в течение 2 последних недель? 4. Перечислите факторы риска развития заболевания. 5. Назначьте дополнительное обследование. 6. Сделайте заключение по общему анализу крови.

Эталон ответа:

1. Суставной синдром. 2. Остеоартроз коленных суставов, рентгенологическая стадия -?, синовит правого коленного сустава. ФК II. 3. Обострение основного заболевания (боль, синовит). 4. Возраст, избыточный вес, профессиональная деятельность. 5. Возможно исследование синовиальной жидкости, УЗИ суставов, протеинограмма, фибриноген. 6. В ОАК – ускорение СОЭ. 7. Наличие субхондрального склероза, краевых остеофитов, субхондральных кист, сужение суставных щелей свидетельствуют в пользу остеоартроза. Отсутствие количественных данных не позволяет оценить стадию заболевания. Стадия II-IV? 8. Первичный остеоартроз коленных суставов, рентгенологическая стадия -?, синовит правого коленного сустава. ФК II.

ЗАДАЧА № 3

Больная П., 65 лет, жалуется на выраженные боли в коленных, дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей при физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня; утреннюю скованность в течение 15 мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 15 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей после длительной нагрузки. Периодически отмечала усиление болей, сопровождавшееся припухлостью суставов. Около 10 лет назад появились боли в коленных суставах после умеренной физической нагрузки, утренняя скованность в течение 10 минут. 5 лет назад заметила появление узелков на тыльной поверхности дистальных межфаланговых суставов кистей, позднее подобные узелки появились и на проксимальных суставах. Отмечает хороший эффект от использования НПВП в виде мазей. Наследственность: у матери имеется заболевание суставов. Объективно: Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отеков нет. Под кожей определяются плотные узелки и костные разрастания в области II-V проксимальных, II-V дистальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, кожные покровы над ними обычного цвета и температуры, объем активных движений ограничен. Коленные суставы увеличены в объеме, деформированы, кожа над ними не изменена, определяются болезненность, костные разрастания; состояние суставных концов правильное, объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. По внутренним органам – без особенностей. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нб- 125 г/л; эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,9; лейкоц. - $5,8 \times 10^9/л$; э - 3%; п/я - 5%; с/я - 55%; л - 32%; м - 5%; СОЭ - 12 мм/час. 2. Билирубин общий - 14,6 (прямой - 3,3, непрямой - 11,3) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, АСТ - 0,18 ммоль/л, АЛТ - 0,24 ммоль/л, холестерин - 6,9 ммоль/л, общий белок - 75 г/л. 3. ОАМ: отн. плотность - 1014, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Назовите причины изменения суставов кистей, дайте авторские названия. 4. Что такое крепитация, каков механизм ее появления? 5. Назначьте дополнительное обследование. 6. Сделайте заключение по лабораторным данным.

Эталон ответа:

1. Суставной синдром. 2. Полиостеоартроз с поражением крупных (коленных) и мелких (дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей), ремиссия,

рентгенологическая стадия-?, ФК II. 3. Костные разрастания. Узелки Гебердена – плотные костные разрастания, исходящие из оснований концевых и головок средних фаланг (дистальные межфаланговые суставы). Узелки Бушара – твердые образования у основания средних фаланг пальцев кисти (проксимальные межфаланговые суставы). 4. Хруст, треск или скрип в суставах при движениях. Возникает вследствие нарушения конгруэнтности суставных поверхностей, ограничение подвижности в суставе или блокады «суставной мышью». 5. Рентгенография коленных суставов, кистей, исследование синовиальной жидкости. 6. ОАК – вариант нормы. Биохимический анализ крови – гиперхолестеринемия. 7. Сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты. 8. Полиостеоартроз первичный с поражением крупных (коленных) и мелких (дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей), ремиссия, рентгенологическая стадия-?, ФК II.

ЗАДАЧА № 4

Больная Х., 62 лет, жалуется на умеренные боли в II-V проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных, голеностопных суставах в покое, ограничение объема движений, скованность в указанных суставах утром до 6-8 часов, судороги, парестезии верхних конечностей, общую слабость, недомогание. Из анамнеза заболевания: около 15 лет назад появились боли и припухлость проксимальных межфаланговых суставов кистей при движениях, утренняя скованность в течение 1 ч, ограничение подвижности. В течение последующих 5 лет в процесс вовлеклись лучезапястные, голеностопные суставы, длительность утренней скованности увеличилась до 3 часов. Около 2 лет назад появились слабость, недомогание, периодическое повышение температуры тела до 37,8°C, боли в ногтевых фалангах пальцев кистей. В течение последнего года – снижение массы тела на 12 кг. В течение последнего месяца усилились боли в суставах, увеличилась длительность утренней скованности до 6 часов, ухудшилось общее самочувствие. Объективно: Пониженного питания. Кожные покровы бледные, livedoreticularis на латеральной поверхности бедер, инфаркты кожи в области ногтевых пластинок. На разгибательной стороне локтевых суставов – округлые плотные образования до 1-3 см в диаметре, безболезненные при пальпации. Пальпируются увеличенные до 1-2 см передние и задние шейные, подмышечные лимфоузлы справа и слева, овальной формы, 3-4 в каждой области, умеренной плотности, безболезненные, не спаянные с кожей. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Деформация кистей в виде «ласт моржа». II-V проксимальные межфаланговые, лучезапястные суставы припухшие, болезненные при пальпации. Голеностопные суставы также увеличены в объеме, кожа над ними не изменена. Объем активных движений в суставах ограничен из-за болезненности. По внутренним органам – без патологии. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Hb - 85 г/л; эр. - $2,68 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,87; тромбоциты $426 \times 10^9/л$; лейкоц. - $10,4 \times 10^9/л$; э - 7%; п/я - 6%; с/я - 40%; л - 40%; м - 7%; СОЭ - 52 мм/час. 2. ОАМ: отн. плотность - 1018, белок – 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – 0-1 в п.зр., эпителий - 1-2 в п.зр. 3. Общий белок – 60 г/л, СРБ – 9,1 мг/л (N=1-6 мг/л), РФ+. 4. Рентгенография кистей (см. ниже).

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Назовите критерии заболевания. 4. Что такое livedoreticularis, как выглядит, чем образовано? 5. Назовите причины увеличения лимфоузлов. 6. Оцените данные ОАК и биохимического анализа крови. 7. Обоснуйте уточненный диагноз.

Эталон ответа:

1. Суставной синдром. 2. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, дигитальный артериит, livedoreticularis, амиотрофия, периферическая лимфаденопатия), серо(?), активность ?, рентгенологическая стадия ?, ФК III. 3. Сетчатое ливедо = «мраморная» кожа. Синевато-фиолетовая окраска кожи за счет сетчатого или древовидного рисунка просвечивающих сосудов. 4. Артрит суставов кистей, симметричный, утренняя скованность, артрит 3 и более суставов, ревматоидные узелки, рентгенологические изменения. 5. Лимфаденопатия – проявление активности аутоиммунного процесса. 6. ОАК: анемия нормохромная средней степени («анемия хронического воспаления»), ускорение СОЭ (признак воспаления, маркер активности заболевания), лимфоцитоз, тромбоцитоз, нейтропения. Биохимия крови – гипопроотеинемия, повышение СРБ. Наличие ревматоидного фактора. 7. Узур. 8. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, дигитальный артериит, livedoreticularis, анемия, амиотрофия, периферическая лимфаденопатия), серопозитивный, активность III, рентгенологическая стадия III, ФК III.

ЗАДАЧА № 5

Больная Б., 79 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли в I плюснефаланговых суставах, дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника при незначительной физической нагрузке, в ночные часы, утреннюю скованность в течение 30 мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений. Из анамнеза заболевания: в течение 25 лет отмечает умеренные боли в обоих I плюснефаланговых суставах после длительной физической нагрузки, утреннюю скованность. Около 10 лет беспокоят периодические боли в поясничном отделе позвоночника, проксимальных межфаланговых суставах кистей. 1-2 раза в год отмечает усиление болей, сопровождающееся гиперемией суставов. В течение последнего месяца усилились боли в суставах кистей, в том числе ночные, уменьшился объем движений, увеличилась длительность скованности. Из истории жизни: живет в деревне, в доме с печным отоплением; более 50 лет работала дояркой. Объективно: Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отёков нет. При пальпации – болезненность поперечных отростков I-IV поясничных позвонков. Плотное утолщение II-V проксимальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, припухлость периартикулярных тканей. Кожные покровы над III-IV проксимальными межфаланговыми суставами справа гиперемированы, повышение местной температуры, определяются костные разрастания, объем активных движений ограничен. I плюснефаланговые суставы увеличены в объеме, кожа над ними не изменена, hallux valgus, при пальпации – болезненность. По внутренним органам – без патологии. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Hb -130 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,0, лейкоц. - $8,3 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я - 6%, с/я - 51%, л - 30%, м - 9%, СОЭ - 25 мм/час. 2. Креатинин - 0,012 ммоль/л, АСТ - 0,13 ммоль/л, АЛТ - 0,16 ммоль/л, холестерин - 8,3 ммоль/л, общий белок - 82 г/л. 3. На рентгенограмме коленных суставов, кистей с захватом лучезапястных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Что собой представляет hallux valgus? Механизм его образования. 4. Перечислите причины ограничения объема движений в суставах. 5. Какие

факторы риска заболевания имеются у больной? 6. Сделайте заключение по общему анализу крови. 7. Оцените данные биохимического анализа крови. 8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Эталон ответа:

1. Суставной синдром. 2. Полиостеоартроз первичный с поражением мелких (проксимальных межфаланговых суставов кистей, I плюснефаланговых суставов), суставов позвоночника. Синовит проксимальных межфаланговых суставов. ФК II. 3. Подвывихи головок плюснефаланговых суставов. Отклонение оси I пальца стопы кнаружи. 4. Проявление защитной реакции в связи с болевым синдромом и результат развивающихся мышечных контрактур. Значительное ограничение подвижности – следствие суставных девиаций, деформаций и анкилозов. 5. Избыточная масса тела, тяжелый физический труд в течение жизни. 6. В ОАК ускорение СОЭ подтверждает наличие вторичного синовита. 7. В биохимическом анализе крови – гиперхолестеринемия.

8. Полиостеоартроз первичный с поражением мелких (проксимальных межфаланговых суставов кистей, I плюснефаланговых суставов), суставов позвоночника. Синовит проксимальных межфаланговых суставов. ФК II.

ЗАДАЧА № 6

Больной З., 18 лет, студент, обратился с жалобами на выраженные боли в коленных, голеностопных суставах, припухлость и ограничение подвижности в указанных суставах, недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке. Из анамнеза заболевания: в течение 3 недель отмечает недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке, сердцебиение, повышение температуры тела до 37,8°C. 5 дней назад появились сильнейшие летучие боли в коленных, затем в голеностопных суставах при малейших движениях, сопровождающиеся припухлостью и покраснением кожных покровов над суставами. Отмечал кратковременный эффект от приема аспирина. Обратился самостоятельно в связи с усилением слабости и одышки. Около 1 месяца назад перенес ангину, не лечился, продолжал посещать занятия. Объективно: Кожные покровы повышенной влажности, чистые. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Коленные, голеностопные суставы увеличены в объеме, кожа над ними горячая на ощупь, припухлость периартикулярных тканей, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставе. Состояние суставных концов правильное, костные выступы не определяются, шумов при движении нет. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 102 уд/мин; I тон на верхушке ослаблен. Систолический шум на верхушке, длительный, дующий, проводится в левую подмышечную область, не зависит от положения тела. АД 125/80 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нв - 120 г/л, эр. - 4,0×10¹²/л, ЦП - 1,0, лейкоц. - 8,9×10⁹/л, э - 4%, п/я - 5%, с/я - 53%, л - 32%, м - 6%, СОЭ - 22 мм/час. 2. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок, сахар - нет, лейкоц. - 3-4 в п.зр, эр. - 1-2 в п.зр, эпителий - 1-2 в п.зр. 3. Билирубин общий - 14,6 (прямой - 3,3, непрямой - 11,3) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, АСТ - 0,18 ммоль/л, АЛТ - 0,24 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, глюкоза - 5,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Назовите механизм появления систолического шума на верхушке. 4. Назовите диагностические критерии заболевания у данного пациента. 5. Назначьте дополнительное исследование. 6. Сделайте заключение по общему анализу крови. 7. Оцените данные биохимического исследования крови. 8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Эталон ответа:

1. Суставной, поражения клапанов. 2. Острая ревматическая лихорадка (молодой возраст, связь с перенесенной ангиной, кардит, полиартрит, лихорадка). 3. Ведущий симптом - ревматический вальвулит. 4. Полиартрит, кардит (большие диагностические критерии), лихорадка (малый диагностический критерий). 5. СРБ, бактериологическое исследование мазка из зева (обнаружение β гемолитического стрептококка группы А), серологические исследования (АСЛ-О, АСГ), ЭхоКГ (поражение клапанов), ЭКГ (уточнение характера нарушений сердечного ритма и проводимости). 6. ОАК: ускорение СОЭ. 7. Биохимическое исследование: без патологии. 8. Острая ревматическая лихорадка (молодой возраст, связь с перенесенной ангиной, кардит, полиартрит, лихорадка).

ЗАДАЧА № 7

Больная У., 44 лет, предъявляет жалобы на умеренные боли в пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных суставах в покое, усиливающиеся во вторую половину ночи, утреннюю скованность в указанных суставах до 1,5 часов и ограничение объема движений в пораженных суставах. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 3 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли во II-III проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, припухлость, утренняя скованность в течение 30 мин. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала НПВП при ухудшении самочувствия. В течение последних 6 месяцев в процесс вовлеклись лучезапястные и пястно-фаланговые суставы кистей. Наследственность: у матери и бабушки - заболевания суставов. Объективно: Рост 168 см, вес 56 кг. Кожные покровы бледные. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов. II-IV пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые суставы припухшие, местная температура повышена, отмечается болезненность при пальпации; деформация пальцев типа «шеи лебедя». Объем активных движений в указанных суставах ограничен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Hb - 98 г/л, эр. - $3,02 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9; лейкоц. – $4,2 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я - 3%, с/я - 39%, л - 45%, м - 9%, СОЭ - 38 мм/час. 2. Рентгенография кистей (см. ниже).

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Опишите выявленную деформацию пальцев. Каковы ее причины? 4. Назовите наиболее важную причину утренней скованности. 5. Назначьте дополнительное исследование. 6. Сделайте заключение по общему анализу крови.

Эталон ответа:

1. Суставной синдром. 2. Ревматоидный артрит с преимущественным поражением суставов (пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных), серо(?), активность ?, рентгенологическая стадия ?, ФК II (наличие критериев заболевания - артрит суставов кистей, симметричный, утренняя скованность, артрит 3 и более суставов, рентгенологические изменения). 3. «Лебединая шея»: переразгибание проксимального межфалангового сустава и сгибательная контрактура дистального межфалангового сустава, при фиксации этого положения возникают выраженные функциональные нарушения (больной не может сжать пальцы в кулак). 4. Одной из причин развития утренней скованности является нарушение нормального ритма выработки гормонов надпочечников со смещением пика их продукции на более поздний период суток, а также аккумуляция цитокинов в отечной жидкости воспаленных суставов во время сна. 5. Ревматоидный фактор, общий анализ мочи, уровень тромбоцитов, в сыворотке крови – уровень электролитов, протеинограмма, железо, исследование синовиальной жидкости. Иммунограмма. 6. Анемия нормохромная средней степени – «анемия хронического воспаления», ускорение СОЭ (признак воспаления, маркер активности заболевания), лейкопения, лимфоцитоз. 7. Остеопороз, сужение суставных щелей и подвывихи II-IV пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставов, единичные узур. 8. Установление диагноза и стадии заболевания. 9. Ревматоидный артрит с преимущественным поражением суставов кистей (пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных), серо(?), активность II, рентгенологическая стадия III, ФК II.

ЗАДАЧА № 8

Больной А., 65 лет, жалуется на выраженные боли при ходьбе в правых коленном тазобедренном суставах, усиливающиеся к концу дня, утреннюю скованность в течение 20-25 мин, а также после периода покоя, уменьшение объема движений в правом тазобедренном суставе. Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 8 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в области тазобедренного сустава и паховой области справа после значительной физической нагрузки, ограничение объема внутренней, затем наружной ротации бедра, утренняя скованность в течение 10-15 мин. Около 2 лет назад стал прихрамывать. Не обследован, периодически принимает НПВП с положительным эффектом. В течение последнего года появились и усилились боли в правом коленном суставе, увеличилась длительность утренней скованности до 35-40 минут, ограничилось отведение в правом тазобедренном суставе. Ходит с тростью. Из истории жизни: в молодости занимался тяжелой атлетикой, прыжками с парашютом. Травмы суставов отрицает. Объективно: Рост – 176 см, вес 73 кг. Отмечено нет. Локальная болезненность при пальпации правого тазобедренного сустава, атрофия мышц бедра и ягодицы справа. Объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. Остальные суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нв - 128 г/л, эр. - $4,8 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,0; лейкоц. - $7,2 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я 5%, с/я - 50%, л - 35%, м - 6%, СОЭ - 24 мм/час. 2. Билирубин общий - 16,8 мкмоль/л, прямой - 4,3 мкмоль/л, непрямой - 12,5 мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, АСТ - 0,14 ммоль/л, АЛТ - 0,22 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л, общий белок - 78 г/л. 3. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок - нет, сахар - нет, лейкоц. – 1-2 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 2-3 в п.зр.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Какова причина хромоты? 4. Каков механизм развития болей в коленном и тазобедренном суставах, и паховой области справа? 5. Назначьте дополнительное исследование. 6. Сделайте заключение по общему анализу крови. 7. Оцените результат биохимического анализа крови. 8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Эталон ответа:

1. Суставной синдром. 2. Остеоартроз правого тазобедренного сустава, рентгенологическая стадия-?, ФК II, вне обострения. 3. Изначально – за счет спазма мышц, затем из-за деформации головки бедра, ее вдавливания в ямку подвздошной кости или на фоне подвывиха, что ведет к укорочению конечности. 4. Спазм мышц ягодичных, поясничных, отводящих бедра. 5. Исследование синовиальной жидкости, УЗИ суставов, протеинограмма, фибриноген. 6. В ОАК ускорение СОЭ – неспецифический признак. 7. В пределах нормы. 8. Первичный остеоартроз правого тазобедренного сустава, рентгенологическая стадия-?, ФК II.

ЗАДАЧА № 9

Больная П., 75 лет, жалуется на боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей, I плюснефаланговых суставах обеих стоп при физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня; утреннюю скованность в течение 30 мин и скованность после периода покоя, уменьшение объема движений. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 25 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли во II-IV проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, I плюснефаланговых суставах обеих стоп после длительной нагрузки, утренняя скованность в течение 20 мин. Периодически отмечала усиление болей, сопровождавшееся припухлостью суставов. Около 20 лет назад появились боли в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей после умеренной физической нагрузки. 10 лет назад заметила появление узелков на тыльной поверхности дистальных межфаланговых суставов кистей, через 1 год подобные узелки появились и в области проксимальных суставов, уменьшился объем движений в указанных суставах. Отмечает хороший эффект от использования НПВП в виде мазей. Наследственность: у матери и дочери - заболевание суставов. Объективно: Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отёков нет. Под кожей определяются плотные узелки и костные разрастания в области II-V проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, кожные покровы над ними обычного цвета и температуры, объем активных движений ограничен. Кожные покровы над II-III проксимальными межфаланговыми суставами слева гиперемированы, местная температура повышена. I плюснефаланговые суставы увеличены в объеме, кожа над ними не изменена, hallux valgus, при пальпации – болезненность, объем активных движений ограничен. По внутренним органам – без особенностей. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нб- 125 г/л, эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9; лейкоц. - $5,8 \times 10^9/л$, э - 3%, п/я - 5%, с/я - 55%, л - 32%, м - 5%, СОЭ - 12 мм/час. 2. ОАМ: отн. плотность - 1014, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Назовите механизм изменения суставов кистей, дайте авторские названия. 4. Опишите hallux valgus и механизм его образования. 5. Назначьте

дополнительное исследование. 6. Сделайте заключение по лабораторным данным. 7. Опишите вероятную рентгенологическую картину. 8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Эталон ответа:

1. Суставной синдром. 2. Полиостеоартроз с поражением мелких (дистальных и проксимальных межфаланговых кистей, I плюснефаланговых) суставов, ремиссия, ФК II. 3. Костные разрастания. Узелки Гебердена – плотные костные разрастания, исходящие из оснований концевых и головок средних фаланг (дистальные межфаланговые суставы). Узелки Бушара – твердые образования у основания средних фаланг пальцев кисти (проксимальные межфаланговые суставы). 4. Подвывихи головок плюснефаланговых суставов. Отклонение оси I пальца стопы кнаружи. 5. Рентгенография коленных суставов, кистей, исследование синовиальной жидкости. 6. ОАК, ОАМ - без патологических данных. 7. Сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты. 8. Полиостеоартроз первичный с поражением мелких (дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей, I плюснефаланговых) суставов, ремиссия, ФК II.

Задачи по пульмонологии

ЗАДАЧА №1

Мужчина 23 лет обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Острый бронхит.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), симптом поражения бронхов (сухой кашель);
- острое начало заболевания;
- связь заболевания с переохлаждением

2) объективные данные: субфебрильная температура.

- при аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму.

4. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

- Постельный режим, частое проветривание помещения.
- Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.
- При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глаувент, стоптуссин).
- Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт).
- При бронхоспазме-бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол).
- Отхаркивающие средства (мукалтин, термопсис, алтей, мать-и-мачеха, чабрец).
- Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины).
- Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, бруфен).
- Отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны, согревающие компрессы, перцовый пластырь).
- При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (ампициллин, оксациллин, ампиокс, эритромицин, тетрациклин) или сульфаниламиды (бисептол).

Прогноз в отношении здоровья благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

Профилактика:

- закаливание организма
- предупреждение острых респираторных инфекций
- своевременное лечение заболеваний верхних дыхательных путей
- эффективное носовое дыхание (ликвидация искривлений носовой перегородки, удаление полипов)
- санитарно-гигиенические мероприятия (борьба с запыленностью, задымленностью, загазованностью, ликвидация влажности)
- борьба с курением и алкоголизмом

ЗАДАЧА №2

Больной Б., 37 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад. Болен в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Объективно: температура 37,5⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

Эталон ответа

1. Хронический бронхит в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, симптомы поражения бронхов (кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышка);
- продолжительность заболевания (5 лет);
- связь обострения с переохлаждением;
- длительное выделение мокроты в стадии обострения;
- наличие вредных привычек: курение.
- 2) объективные данные: субфебрильная температура .
- при аускультации: дыхание ослабленное, с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, исследование мокроты микроскопическое и бактериологическое (выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам), рентгенологическое исследование легких: возможно усиление легочного рисунка.

3. Эмфизема легких, пневмосклероз, бронхопневмония, бронхоэктазы, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, нуждается в амбулаторном лечении.

Принципы лечения:

- Режим постельный, частое проветривание помещения.
- Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.
- Антибактериальная терапия: антибиотики назначают с учетом чувствительности микрофлоры: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, гентамицин и др.
- Бронхолитики: эуфиллин, теофиллин .
- Отхаркивающие: фитотерапия (термопсис, алтей, девясил, багульник), лекарственные препараты (мукалтин, бромгексин, сальвин, ацетилцистеин).
- Дыхательная гимнастика.
- Отвлекающие процедуры: горчичники на грудную клетку.
- Физиотерапия: диатермия, УВЧ на грудную клетку, электрофорез хлорида кальция.
- Санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.

Прогноз для жизни благоприятный, но неблагоприятный для полного и стойкого выздоровления.

Профилактика:

первичная:

- закаливание;
- рациональное питание;
- отказ от курения;
- своевременное лечение острого бронхита;
- вторичная:
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим бронхитом;
- рациональное трудоустройство, исключая действие неблагоприятных производственных факторов (пыль, токсические вещества);
- санация очагов хронической инфекции;
- своевременное лечение инфекционных поражений дыхательных путей;
- санаторно-курортное лечение.

ЗАДАЧА №3

Больной Г., 20 лет, обратился с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,4⁰С. Объективно: температура - 38,6⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталон ответа:

1. Правосторонняя очаговая пневмония.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации;
- одышка, кашель со слизисто-гнойной мокротой;
- постепенное начало (после ОРЗ);
- 2) объективные данные:
- при перкуссии - локальное притупление перкуторного звука;
- при аускультации - дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: очаговое затемнение в легких.

3. Абсцедирование.

4. Пациент нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения:

- Постельный режим.
- Диета № 15, обогащенная витаминами .
- Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, чай с малиновым вареньем, чай с липовым цветом .
- Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности микробной флоры.
- Сосудистые средства: кофеин, кордиамин.
- Отхаркивающие средства: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин.
- Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры.
- Оксигенотерапия.
- Дыхательная гимнастика.

- Массаж грудной клетки.

Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

Профилактика:

- закаливание организма;
- рациональная физическая культура;
- устранение фактора переохлаждения;
- соблюдение гигиены труда.

ЗАДАЧА №4

Терапевт вызван на дом к больному З., 32-х лет. Больной жалуется на сильный кашель с выделением большого количества гнойной мокроты с неприятным зловонным запахом, на повышенную температуру, недомогание, одышку, боль в правой половине грудной клетки. Заболел неделю назад после переохлаждения. За медицинской помощью не обращался, принимал аспирин. Вчера состояние резко ухудшилось, усилился кашель, появилось большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом. Объективно: температура 38,5⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Гиперемия лица. При перкуссии грудной клетки справа под лопаткой в области 7-8 межреберья притупление перкуторного звука. На остальном протяжении легочный звук. При аускультации в области притупления дыхание бронхиальное, выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. ЧСС 102 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования .
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталон ответа:

1. Абсцесс правого легкого.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:
 - синдром интоксикации, одышка, влажный кашель;
 - внезапное появление большого количества гнойной мокроты;
 - 2)объективные данные:
 - высокая температура;
 - при осмотре: гиперемия лица;
 - при перкуссии: локальное притупление перкуторного звука;
 - при аускультации: дыхание бронхиальное над ограниченным участком легкого, влажные хрипы.
2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое (обнаружение эластических волокон) и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. рентгенография органов грудной клетки: до прорыва абсцесса в бронх - округлое затенение, после прорыва - округлая полость с горизонтальным уровнем жидкости.

3. Легочное кровотечение, переход в хроническую форму, прорыв гнойника в плевральную полость, возникновение новых абсцессов в легких, метастазирование абсцессов в другие органы.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

- Режим постельный .
- Диета № 15, обогащенная белками и витаминами.
- Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности возбудителя (полусинтетические пенициллины, гентамицин) .
- Пути введения: в/м, в/в, эндобронхиально.
- Инфузионная терапия: белковые препараты, кровезаменители.
- Постуральный дренаж.
- Лечебная бронхоскопия.

Прогноз благоприятный при своевременном и эффективном лечении, отсутствии осложнений.

Профилактика:

- ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение пневмоний, септических состояний;
 - своевременное извлечение инородных тел, попавших в дыхательные пути;
 - профилактика аспирации рвотных масс при возникновении рвоты у пациентов, находящихся в бессознательном состоянии;
 - борьба с вредными привычками (курение, злоупотребление алкоголем), ведущими к снижению реактивности организма;
- разъяснение принципов рационального питания, которое способствует повышению

ЗАДАЧА №5

Больной Р., 46 лет, обратился с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты. Похудел на 6 кг за 3 мес. Курит в течение 30 лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,9⁰С. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над- и подключичные, подмышечные размером до 1 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы, перкуторно справа определяется притупление звука в 3-м межреберье по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталон ответа:

1.Рак легкого.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты;
- постепенное начало заболевания;

- вредные привычки (курение);
- 2) объективные данные:
- при осмотре: бледность кожи ;
- при пальпации: увеличение лимфатических узлов;
- при перкуссии: локальное притупление звука;
- при аускультации: дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: увеличение СОЭ, может быть анемия. Микроскопическое исследование мокроты на атипичные клетки, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (определение тени опухоли), томография, бронхоскопия с прицельной биопсией и последующим цитологическим исследованием, бронхография: невозможность поступления контрастного вещества из-за закупорки бронха опухолью.

3. Кровохарканье и легочное кровотечение, ателектаз, плеврит, метастазирование в другие органы.

4. Пациента следует направить в онкологический диспансер для решения вопроса о подготовке и проведении оперативного лечения.

Принципы лечения:

- Режим полупостельный.
- Диета № 15.
- Оперативное лечение проводится в том случае, если опухоль не распространена на другие доли легкого, нет метастазов в регионарные лимфатические узлы.
- Химиотерапия проводится после проведенной операции.
- Антибактериальная терапия при наличии сопутствующих воспалительных явлений.
- Противокашлевые препараты (наркотического действия).
- При невозможности проведения оперативного лечения проводится лучевая терапия или химиотерапия.
- Наркотические анальгетики.
- Сердечно-сосудистые средства.
- Оксигенотерапия.

Прогноз зависит от стадии заболевания. При ранней диагностике, проведении комплекса лечебных мероприятий прогноз для жизни благоприятный. При поздней диагностике заболевания прогноз для жизни неблагоприятный.

Профилактика:

- борьба с курением;
- соблюдение техники безопасности на производстве: устранение воздействия пыли (использование респираторов), ядовитых газов и профессиональных вредностей;
- использование новых видов топлива (применение газовых двигателей в автомобилях);
- диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями органов дыхания;
- диспансерное наблюдение за пациентами, которым проведено оперативное лечение по поводу онкологического заболевания.

ЗАДАЧА №6

Вы терапевт, вызваны на дом к мужчине 42 лет, который жалуется на подъем температуры до 38,5°, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, умеренную одышку в покое. Заболел неделю назад, когда после переохлаждения появились симптомы ОРВИ. Наблюдался постепенный подъем температуры от 37,2° до 38,5°; кашель – лающий, сухой - постепенно становился влажным, вначале с отделением слизистой, а затем слизисто-гнойной мокроты. Со вчерашнего дня ощущает небольшую одышку. Объективно: кожные покровы слегка гиперемированы. PS - 84 удара в минуту, обычных

свойств. АД 110/70 мм рт.ст. температура 38,5°, число дыхательных движений – 24 в минуту. В легких справа в области угла лопатки перкуторный звук притуплен, здесь же дыхание несколько жестковатое, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Определите ваши действия в отношении данного пациента.
4. Расскажите о принципах лечения заболевания.

Эталон ответа

1. Предположительный диагноз: острая очаговая бронхопневмония – поставлен на основании:

- данных анамнеза: постепенное начало с явлений ОРВИ, симптомов трахеобронхита (лающий кашель);
- жалоб: лихорадка не выше 38,5°, кашель со слизисто-гнойным отделяемым, умеренная одышка;
- данных объективного обследования: ЧД-24 в минуту, выслушивание в легких на фоне жесткого дыхания мелкопузырчатых влажных хрипов, притупление перкуторного звука.

Основной клинический синдром – синдром очагового уплотнения легких, выявлен по данным субъективного и объективного обследования.

2. Дополнительные обследования:

- рентгенологическое исследование грудной клетки – небольшой очаг затемнения в легком;
- общий анализ крови – умеренный лейкоцитоз, умеренное повышение СОЭ;
- общий анализ мокроты: слизисто-гнойный характер мокроты, наличие лейкоцитов.

3. Действия фельдшера.

Обязательное лечение в условиях стационара. Транспортировка специальным транспортом в ЦРБ (участковую больницу) в присутствии фельдшера после введения литической смеси (анальгин 50% - 2мл, димедрол 1% - 1мл).

4. Принципы лечения.

- высококалорийная легкоусвояемая витаминизированная диета;
- антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам;
- дезинтоксикационная терапия;
- симптоматическая терапия.

ЗАДАЧА №7

Вы терапевт, вызваны на дом к женщине 46 лет. Ее беспокоит подъем температуры до 39,6°, боль в правом боку на вдохе, усиливающаяся при кашле, одышка в покое. Заболела три дня назад. После сильного переохлаждения отмечала потрясающий озноб, повышение температуры до 39°-40°, одышку, со вчерашнего дня стала ощущать боли в грудной клетке, кашель с отделением ржавой мокроты.

Объективно: состояние тяжелое. Лежит с возвышенным головным концом. Отмечается гиперемия правой щеки, герпес на губах, цианоз носогубного треугольника. T=39°, PS=98 в минуту, слабый. АД 90/60 мм рт. ст. Число дыханий 38 в минуту. При

осмотре грудной клетки отмечается отставание правой половины при дыхании. Перкуторно справа ниже угла лопатки – значительное притупление; при аускультации здесь же дыхание бронхиальное, выслушиваются крепитация и шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Стул, диурез – в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.

Эталон ответа

1. Предположительный диагноз: острая правосторонняя долевая (крупозная) пневмония – поставлен на основании:
 - жалоб: высокая лихорадка, одышка, кашель с отделением ржавой мокроты, боль справа в грудной клетке на вдохе, усиливающаяся при кашле;
 - данных анамнеза - острое внезапное начало в виде озноба, после значительного переохлаждения;
 - осмотра: положение в постели с возвышенным головным концом, гиперемия щеки с пораженной стороны, герпес на губах, цианоз;
 - обследования дыхательной системы: отставание правой половины грудной клетки при дыхании; притупление перкуторного звука справа; выслушивание бронхиального дыхания, крепитации, шума трения плевры.

Основной клинический синдром – синдром уплотнения (инфильтрации) легочной ткани, что подтверждается наличием характерных жалоб и обследованием системы дыхания.

2. Дополнительные обследования:
 - общий анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ);
 - общий анализ мокроты (характер мокроты, наличие эритроцитов, лейкоцитов при микроскопии);
 - рентгенологическое исследование – затемнение доли легкого.

3. Принципы лечения пневмонии.

Лечение проводится только в условиях стационара:

- антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам (препараты пенициллинового ряда, эритромицин, цефалоспорины, фторхинолоны и т.д.);
- дезинтоксикационная терапия (инфузии гемодеза, изотонического раствора натрия хлорида, реополиглюкина, р-ра глюкозы 5%);
- симптоматическая терапия (муколитики, бронхолитики, сосудистые средства, оксигенотерапия, жаропонижающие и т.д.)

ЗАДАЧА №8

К вам обращается рабочий с жалобами на боль в правой половине грудной клетки при дыхании. Боль усиливается при кашле, наклоне туловища влево. Боль появилась два дня назад. Четкую причину указать не может.

Объективно: $t=37,4^{\circ}$, кожные покровы розовые. Грудная клетка обычной формы. При осмотре отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук. При аускультации справа дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, чистые.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.
4. Определите ваши действия в отношении данного больного.

Эталон ответа

1. Предположительный диагноз: правосторонний фибринозный плеврит – поставлен на основании:
 - жалоб на боль в правой половине грудной клетки при дыхании, кашле, наклонах туловища влево;
 - объективных данных: субфебрильная лихорадка; отставание правой половины грудной клетки при дыхании; при аускультации справа шум трения плевры.Боль связана с тем, что на одном из листков плевры имеются фибриновые наложения, при этом возникают условия для соприкосновения и трения листков друг о друга (на высоте вдоха, при кашле).
Подтверждает данный факт наличие шума трения плевры с пораженной стороны; больной «щадит» пораженную половину грудной клетки при дыхании.
2. Дополнительные обследования.
Поскольку пациент не может четко указать причину заболевания, можно предположить туберкулезную этиологию плеврита, тем более, что интоксикация и лихорадка слабо выражены. Для подтверждения диагноза необходимо:
 - проведение пробы Манту;
 - рентгенография грудной клетки (исключить опухоль, воспаление легких);
 - консультация фтизиатра;
 - общий анализ крови (наличие лейкоцитоза, увеличение СОЭ).
3. Принципы лечения сухого плеврита:
 - этиотропная терапия (лечение основного заболевания);
 - симптоматическая терапия (анальгетики, ненаркотические противокашлевые средства);
 - дезинтоксикационная терапия.
4. Направить пациента к терапевту районной поликлиники, консультация фтизиатра, лечение в условиях соответствующего стационара (туберкулезного, онкологического – в зависимости от причины).

Задачи по гастроэнтерологии

ЗАДАЧА №1

Больная Н. 40 лет. Беспокоят: слабость, изжога, тошнота и тяжесть в эпигастрии возникающие сразу после еды, черный дегтеобразный стул в течение 2 дней. В анамнезе язвенная болезнь. При осмотре бледность кожных покровов.

Вопросы:

- А. О поражении какого органа можно думать? Б. Какая причина дегтеобразного стула?
- В. Как называется синдром, включающий жалобы на тошноту, изжогу и тяжесть в эпигастрии?
- Г. В чем причина симптома тяжести в эпигастрии?
- Д. Какие лабораторные показатели крови необходимо срочно исследовать у больного?

Эталон ответа:

1. У больного поражен желудок.

2. Причина дегтеобразного стула – кровотечение из верхних отделов ЖКТ.
3. Данный синдром носит название диспепсического.
4. Данный симптом связан с нарушением моторно-тонической функции желудка, со снижением его тонуса.
5. Определение гемоглобина и количества эритроцитов.

ЗАДАЧА №2

При осмотре больного отмечается увеличение живота, который принимает лягушачью форму, выпячивание пупка, выраженный рисунок подкожных вен в области пупка. При перкуссии определяется изменение тимпанического звука на тупой в боковых поверхностях живота, изменение границы тупости в зависимости от положения больного.

Вопросы:

- А. Какова причина увеличения живота?
- Б. О поражении какого органа можно думать?
- В. Какой синдром имеет место у больного?
- Г. О каком характере поражения органа можно думать?
- Д. Как называется симптом расширенных вен в области пупка?

Эталон ответа:

1. Причина увеличения живота - скопление жидкости (асцит).
2. У больного поражена печень.
3. Имеется синдром портальной гипертензии.
4. Поражение паренхимы печени по типу цирроза.
5. Данный симптом называется «голова медузы».

ЗАДАЧА №3

Больного В. 60 лет, беспокоит постоянная ноющая боль в подложечной области с иррадиацией в спину, тяжесть, отвращение к мясу, рвота пищей, съеденной накануне, периодически наблюдается рвота цвета кофейной гущи, похудание. При осмотре: бледность кожных покровов, пальпируется бобовидное образование в надключичной области слева. При осмотре живота - асимметрия обеих половин, выбухание брюшной стенки в подложечной области.

Вопросы:

- А. О поражении какого органа можно думать?
- Б. О каком характере поражения можно думать?
- В. Какой вид болевого синдрома имеется у больного?
- Г. О чем говорит рвота пищей съеденной накануне?
- Д. Как называется пальпируемое в области шеи образование и с чем связанное появление?

Эталон ответа:

1. У больного поражен желудок.
2. Поражение имеет опухолевую природу.
3. Болевой синдром носит соматический характер (распространение опухоли на париетальную брюшину).
4. Данный характер рвоты свидетельствует о наличии стеноза (опухолевого) верхнего отдела желудка.

5. Данное образование имеет метастатическое происхождение и называется «Вирховский» метастаз.

ЗАДАЧА №4

У больного И. 45 лет, жалобы на поносы, в течение дня до 4 раз в сутки, обильные, боли опоясывающего характера в эпигастрии, субфебрильная температура. В анамнезе - за день до заболевания принимал алкоголь, ел, возможно, недоброкачественные консервы. При осмотре языка - обложен белым сухим налетом, живот вздут, болезненность при поверхностной пальпации по всему животу, больше в левом подреберье. При глубокой пальпации сигмовидная кишка болезненна, спастически сокращена, урчит.

Вопросы:

- А. О поражении какого органа, можно думать?
- Б. Какие симптомы патогномичны для данного поражения?
- В. Какие данные копрограммы подтвердят ваши предположения?
- Г. С чем связаны копрологические изменения?
- Д. Какие биохимические анализы необходимо срочно сделать больному?

Эталон ответа:

- 1. Поражение поджелудочной железы.
- 2. Опоясывающий характер боли, болезненность в левой половине живота, характерная диарея.
- 3. Полифекалия и стеаторея.
- 4. С недостаточностью экзокринной функции поджелудочной железы.
- 5. Анализ крови и мочи на амилазу.

ЗАДАЧА №5

Больной 24 лет обратился в клинику с жалобами на боли ноющего характера в подложечной области с иррадиацией в правую половину грудной клетки, правое подреберье, поясничный отдел позвоночника. Боли обычно возникают натощак и ночью, прием пищи приносил облегчение, но через 2—3 часа боль возобновлялась с прежней силой, отмечал изжогу, отрыжку кислым.

Вопросы:

- А. О поражении какого органа можно думать?
- Б. Какой характер поражения?
- В. Какой тип желудочной секреции можно обнаружить в этом случае?
- Г. Как называется имеющийся у больного болевой синдром, его характер?
- Д. Причина изжоги?

Эталон ответа:

- 1. У больного поражена двенадцатиперстная кишка.
- 2. Язвенная болезнь.
- 3. Возбудимый тип секреции.
- 4. У больного имеется «поздний» болевой синдром висцерального характера.
- 5. Причина изжоги – гастроэзофагеальный рефлюкс содержимого желудка в пищевод.

ЗАДАЧА №6

Больной 63 лет поступил в клинику с жалобами на тяжесть в животе после приема пищи, отрыжку тухлым, рвоту съеденной накануне пищей, объективно была выявлена

болезненность в подложечной области, вздутие живота, шум плеска. Из анамнеза заболевания выяснено, что больной длительное время страдает язвенной болезнью, о локализации процесса не знает.

Вопросы:

- А. О какой локализации патологического процесса можно думать?
- Б. В чем причина данного диспепсического синдрома?
- В. Как называется симптом «вздутия» живота, его причина?
- Г. Где обнаруживается и о чем свидетельствует наличие симптома «шум плеска»?
- Д. Какое дополнительное исследование необходимо сделать больному в первую очередь?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь желудка.
2. Синдром недостаточного желудочного пищеварения на основе ахлоргидрии.
3. Симптом носит название «метеоризма», также как и желудочный диспепсический синдром, данный симптом связан с недостатком желудочного пищеварения, в частности растительной клетчатки, белков, процессами брожения и гниения, дисбактериозом.
4. Симптом обнаруживается в эпигастрии, свидетельствует о гастростазе, нарушении эвакуации из желудка.
5. Необходима гастроскопия.

ЗАДАЧА №7

При сцинтиграфии отмечено уменьшение границ печени. контуры ее неровные, размыты. Отмечено общее снижение поглощения радиоактивного изотопа (разрежение), увеличение поглощения радиоактивного препарата селезенкой и увеличение размеров селезенки.

Вопросы:

- А. К какого рода исследованиям относится сцинтиграфия?
- Б. О каком характере поражения печени может идти речь у данного больного?
- В. О наличии какого синдрома можно думать на основе представленных данных?
- Г. Причина увеличения селезенки?
- Д. Что можно обнаружить у данного больного при эзофагогастроскопии?

Эталон ответа:

1. Сцинтиграфия это радионуклидное исследование.
2. У больного имеются признаки цирроза печени.
3. Можно думать о признаках синдрома портальной гипертензии.
4. Увеличение селезенки связано с синдромом портальной гипертензии.
5. При эзофагогастроскопии можно обнаружить расширение вен пищевода.

Задачи по нефрологии

ЗАДАЧА №1

Больной Н., 18 лет, обратился с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина. Объективно: температура $37,7^{\circ}\text{C}$. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голени. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин.,

ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Эталон ответа:

1. Острый гломерулонефрит.

Обоснование: 1) данные анамнеза:

- общая слабость, головная боль, отеки, макрогематурия, ноющие боли в пояснице;
- связь с предыдущей инфекцией (ангина 2 недели назад);

2) объективные данные :

- субфебрильная температура;
- при осмотре: бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях;
- при пальпации: напряженный пульс, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон;
- при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.

3. Острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность, энцефалопатия (экламсия), переход в хроническую форму.

4. Пациент нуждается в обязательной госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

Строгий постельный режим.

Диета № 7, ограничение жидкости и поваренной соли. В первые 2 дня - голод, ограничение жидкости до количества, равного диурезу. На 3-й день - диета № 7а (богатая калием - картофель, рисовая каша, изюм, курага), употребление жидкости в количестве на 300-500 мл превышающем диурез за предыдущие сутки. Через 3-4- дня - диета № 7б, содержащая пониженное количество белка (до 60 г в сутки), рекомендуют творог, поваренную соль - 3-5 г в сутки. Диету соблюдать до исчезновения внепочечных симптомов и улучшения анализов мочи.

Антибиотики пенициллинового ряда.

Диуретики: салуретики.

Гипотензивные препараты: допегит, клофелин.

При затянувшемся течении - глюкокортикостероиды.

При значительном снижении диуреза - гепарин.

Физиотерапия: диатермия на область почек.

Прогноз для жизни благоприятный при своевременном и эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Профилактика:

первичная:

- эффективное лечение острых инфекционных заболеваний;
- санация очагов хронической инфекции;
- устранение фактора переохлаждения;
- закаливание;

- исследование мочи после перенесенных острых респираторных заболеваний, вакцинаций;

вторичная:

- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый гломерулонефрит в течение 2-х лет;
- рациональное трудоустройство (противопоказан тяжелый физический труд, работа в холодных и сырых помещениях, в ночную смену, длительные командировки);
- женщинам не рекомендуется беременеть в течение 3-х лет после перенесенного заболевания;
- противопоказаны лекарственные препараты, обладающие нефротоксическим действием (аминогликозиды, сульфаниламиды);
- санаторно-курортное лечение в условиях теплого сухого климата (Байрам-Али).

ЗАДАЧА 2

После сильного переохлаждения у больного появились отеки лица по утрам, особенно век, головные боли, признаки удушья, сердцебиение. АД- 180/100 мм.рт.ст. В анализе мочи: олигурия, гиперстенурия, протеинурия 3 г\л, макрогематурия, гиалиновые цилиндры 8-10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Чем вызвано такое состояние больного?
2. Каков механизм удушья?
3. Что будет выявляться при аускультации сердца?
4. Какие изменения будут на ЭКГ?
5. Какие изменения будут в клиническом и биохимическом анализах крови?

ЗАДАЧА 3

В течение 12 месяцев после перенесенного острого гломерулонефрита у больной держатся изменения в анализе мочи: белок 1 г\л, измененные эритроциты 6-7 в поле зрения, плотность мочи 1006-1007, никтурия.

Вопросы:

1. О чем свидетельствует такое течение заболевания?
2. Какие жалобы может предъявлять больная?
3. Что Вы выявите при осмотре лица?
4. Что будет выявляться при объективном исследовании почек?
5. Какие изменения будут на рентгенограмме?

ЗАДАЧА 4

У больного с хроническим заболеванием почек выявлена анасарка, глухие тоны сердца, тахикардия, трапецевидная конфигурация сердца. В анамнезе острый гломерулонефрит.

Вопросы:

1. О какой форме течения заболевания идет речь?
2. Какой механизм отеков?
3. Причина описанных симптомов со стороны сердца?
4. Какая величина протеинурии?
5. Какие изменения будут в биохимическом анализе крови?

ЗАДАЧА 5

У больного 30 лет в течение 1 года АД 150/120 – 160/120 мм.рт.ст., неподдающееся медикаментозной коррекции. При исследовании мочи было обнаружено: белок - 0.5г\л, измененные эритроциты 5-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 4-5 в поле зрения.

Вопросы:

1. Какова причина таких изменений в анализе мочи?

2. Какие жалобы будет предъявлять больной?
3. Механизм артериальной гипертонии?
4. Что будет выявлено при объективном исследовании сердца?
5. Какие данные будут получены при исследовании почек?

ЗАДАЧА 6

У молодого человека после перенесенного острого гломерулонефрита в течение 1 года нарастают отеки, особенно лица, АД постоянно 140/100 – 150/100 мм.рт.ст., в анализе мочи остаются патологические изменения.

Вопросы:

1. Какая форма заболевания развилась у больного?
2. Какой механизм отеков?
3. Какие изменения будут выявлены при пальпации и перкуссии области сердца?
4. Какие изменения будут в клиническом анализе мочи?
5. Какие пробы необходимо провести для оценки состояния функции почек?

ЗАДАЧА 7

У больного с хроническим гломерулонефритом клубочковая фильтрация 50мл\мин, клубочковая реабсорбция 80%, креатинин крови 0.54 ммоль\л.

Вопросы:

1. Какой синдром развился у больного и его стадия?
2. Какие жалобы будет предъявлять больной со стороны желудочно-кишечного тракта и механизмы их возникновения?
3. Что Вы выявите при исследовании кожных покровов?
4. Какие изменения будут в пробе по Зимницкому?
5. Какие изменения будут на ренограмме?

ЗАДАЧА 8

У больного с хроническим заболеванием почек клубочковая фильтрация <5 мл/мин, канальцевая реабсорбция <60 %, креатинин крови 0.75 ммоль\л.

Вопросы:

1. Какой синдром развился у больного и его стадия?
2. Какие нарушения ритма дыхания могут появляться у больного?
3. Что Вы выявите при исследовании подкожно-жировой клетчатки?
4. Какие изменения будут в пробе по Зимницкому?
5. Какие изменения будут в клиническом анализе крови?

ЗАДАЧА 9

У больного с хроническим заболеванием почек ренограммы над обеими почками имеют вид почти прямых линий и незначительным начальным подъемом.

Вопросы:

1. Какой синдром развивается у больного?
2. Что Вы выявите при осмотре лица?
3. Какие изменения будут на кожных покровах?
4. Какие изменения будут в пробе Реберга?
5. Какие изменения будут в биохимическом анализе крови?

Задачи по гематологии

ЗАДАЧА №1

Женщина, 35 лет. Жалобы на сниженный аппетит, желание есть мел, периодически отмечает сердцебиение. Подобное состояние наблюдается в течение месяца.

Объективно: Общее состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Ногтевые пластинки имеют продольную исчерченность. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД $\square$ 18 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс ритмичный с частотой 96 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД $\square$ 110/60 мм. рт. ст.

Тоны сердца звучные, определяется небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Определите методы дополнительного обследования?
4. Дайте характеристику анемии по гемограмме?
5. Определите тактику ведения и лечения больной?
6. Дайте рекомендации больной по диете при данном заболевании?

Анализ крови общий. Эритроциты $\square$ 3,0 Т/л, гемоглобин $\square$ 70 г/л, цветовой показатель $\square$ 0,70, ретикулоциты $\square$ 1%. Тромбоциты $\square$ 220,0 Г/л. Лейкоциты $\square$ 4,7 Г/л, сегментоядерные - 67%, лимфоциты $\square$ 26%, моноциты $\square$ 7%. СОЭ $\square$ 12 мм/ч.

Анизоцитоз ++; пойкилоцитоз +; микроцитоз +++. Анализ мочи общий. Соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес

мкмоль/л, прямой $\square$ 3,0 мкмоль/л, непрямой $\square$ 13,4 мкмоль/л. АСТ $\square$ 0,20 ммоль/л, АЛТ $\square$ 0,3 ммоль/л. Сахар крови $\square$ 4,5 ммоль/л. Сывороточное железо $\square$ 7,8 мкмоль/л.

Рентгенологическое исследование желудка. Картина

гастрита. Осмотр гинеколога. Гинекологической патологии не выявлено.

Эталон ответа:

1. Хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести. Хронический гастрит, в фазе ремиссии.
2. С другими анемиями (сидероахрестическими анемиями, гемолитическими (талассемия, отравление свинцом), апластическими).
3. Развернутый анализ крови, фиброэзофагогастродуоденоскопия, обследование кишечника (ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия).
4. Гипохромная, гипорегенераторная, микроцитарная.
5. Больной показано лечение препаратами железа (сорбифер, тардиферон) в полной дозе до исчезновения клиники и нормализации показателей крови (эритроцитов и гемоглобина), затем прием этих препаратов в половинной дозе от первоначальной в течение 2-3 месяцев для восстановления депо железа (оценивают по показателю сывороточного железа).
6. Диета при железодефицитных состояниях должна быть сбалансированной и содержать продукты питания богатые железом (мясные), достаточное количество фруктов и овощей, содержащих кислоты и пектины, которые способствуют лучшему всасыванию железа в просвете кишечника.

ЗАДАЧА №2

Больную 27 лет, беспокоит слабость, головокружение и мелькание мушек перед глазами при наклонах, слабость в мышцах, одышка и сердцебиение при небольших физических нагрузках, нравятся запахи бензина, гуталина, имеются пищевые пристрастия к сухим макаронам, мелу.

Кожа и слизистые бледные, ногти – с поперечной исчерченностью - койлонихия. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 84 в покое. Выслушивается нежный систолический шум на верхушке сердца, который никуда не проводится.

Гемограмма: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л, MCV - 64 фл, MCHC - 210 г/л, MCH – 20 пг. Железо сыворотки - 6 мкмоль/л.

Вопросы:

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Анемический синдром, сидеропенический синдром (синдром дефицита железа), синдром анемической гипоксии.

Синдром анемии подтверждается следующими данными: бледность кожи, слизистых, нежный функциональный шум на верхушке сердца, низкий уровень гемоглобина и эритроцитов. О гипохромном характере анемии говорит малый объем эритроцитов (64 фл), низкое содержание гемоглобина в эритроците (20 пг), низкая концентрация гемоглобина в эритроците (210 г/л).

Сидеропенический синдром проявляется извращением вкуса (pica chlorotica), койлонихиями, гипохромным характером анемии, низким уровнем сывороточного железа (6 мкмоль/л).

Синдром анемической гипоксии подтверждается наличием слабости, головокружений, мельканием мушек перед глазами, одышкой, сердцебиением.

Предварительный диагноз - железодефицитная анемия легкой степени.

Для уточнения этиологии железодефицитной анемии необходимо исключить метроррагии, выполнить УЗИ органов малого таза, исключить потери крови через слизистую желудочно-кишечного тракта - выполнить фиброгастроскопию, фиброколоноскопию, исследование кала на скрытую кровь (реакцию Грегерсена). Необходимо выяснить характер питания больной, достаточно ли употребляет мясных продуктов, количество родов, сроки грудного кормления детей.

ЗАДАЧА №3

Больного 28 лет, беспокоит субфебрильная температура, увеличение шейно-надключичных узлов справа, слабость, кожный зуд, похудание на 5 кг за 3 месяца.

Кожа и слизистые бледные, справа в подчелюстной и надключичной областях пальпируется конгломерат лимфоузлов, подвижных, плотных, не спаянных с кожей, безболезненных. Другие лимфоузлы не пальпируются. Со стороны внутренних органов при осмотре, пальпации, перкуссии патологии не выявлено.

В пунктате лимфоузла обнаружены наряду с лимфоцитами и разрастанием соединительной ткани большие двоядерные в виде «глаз совы» клетки Березовского-Штернберга.

На рентгенограмме органов грудной клетки выявляется расширение средостения, при томографии и КТ – увеличение лимфоузлов средостения, при КТ органов брюшной полости - увеличение селезенки.

Вопросы:

Назовите синдром поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Лимфопролиферативный синдром.

Наличие у больного лимфопролиферативного синдрома подтверждается следующими симптомами: увеличение подчелюстных, надключичных лимфоузлов справа, лимфоузлов средостения и селезенки.

Пролиферация опухолевых клеток вызывает развитие у больного таких симптомов интоксикации, как лихорадка, похудание, кожный зуд.

Не исключается пролиферация опухолевых клеток в костном мозге, так как кожа и слизистые оболочки у больного бледные, что может быть связано с анемией. Необходимо исследовать гемограмму и выполнить стерильную пункцию с исследованием костного мозга.

Клинический диагноз - лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина), III стадия, с поражение лимфоузлов выше и ниже диафрагмы.

Клинический диагноз болезни Ходжкина установлен на основании патогномоничного симптома - найденных при гистологическом исследовании пунктата лимфоузла двуядерных клеток Березовского-Штернберга. Предварительно определена III стадия развития заболевания, учитывая поражение лимфоузлов выше и ниже диафрагмы (селезенки), но в случае обнаружения анемии и опухолевой инфильтрации костного мозга будет диагностирована IV стадия лимфогранулематоза.

Морфологический вариант болезни -нодулярный склероз, так как выявляются как лимфоциты, так и фибробласты и клетки Березовского-Штернберга.

ЗАДАЧА №4

Больного, 35 лет, беспокоит слабость, потливость, тяжесть в левом подреберье.

При пальпации живота определяются увеличенная печень с закругленным плотным краем, перкуторные размеры 17х13х9 см, увеличенная селезенка, выступающая на 5 см из-под реберной дуги, перкуторные размеры 20х15 см.

Данные гемограммы: лейкоциты - $210 \times 10^9/\text{л}$, промиелоциты – 5%, миелоциты - 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные – 40%, базофилы - 7%, эозинофилы – 9%, моноциты – 5%, лимфоциты – 15%. СОЭ – 55 мм/час.

Вопросы:

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, методы обследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром гепатоспленомегалии. Миелопролиферативный синдром.

На основании значительного увеличения печени и селезенки диагностирован синдром гепатоспленомегалии.

С учетом наличия синдрома гепатоспленомегалии и изменений в клиническом анализе крови в виде гиперлейкоцитоза с присутствием всех созревающих форм нейтрофилов, начиная от промиелоцитов, заканчивая сегментоядерными нейтрофилами, наличием эозинофильно-базофильной ассоциации установлен миелопролиферативный синдром.

Пролиферация миелоидного ростка кроветворения с наличием зрелых форм лейкоцитов, с инфильтрацией селезенки и печени характерна для миелоидного лейкоза.

Предварительный диагноз - хронический миелолейкоз.

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить пункцию костного мозга, где будет выявляться большое количество предшественников гранулоцитов - миелоцитов и мегакариоцитов.

ЗАДАЧА №5

Больной, 65 лет, жалуется на слабость, потливость, субфебрильную температуру, частые острые респираторные заболевания, рецидивирующую герпетическую инфекцию.

При осмотре выявляются увеличенные подмышечные лимфоузлы, безболезненные, плотной консистенции, пальпируется увеличенная селезенка, перкуторные размеры - 15х13 см.

Данные гемограммы: лейкоцитоз - $80 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитов - 80%, нейтрофилов - 20%. IgA - 0,2 г/л, IgM – 0,3 г/л, IgG – 4,5 г/л.

Вопросы:

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз, дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Лимфопролиферативный синдром, синдром иммунодефицита.

Лимфопролиферативный синдром установлен на основании найденных при пальпации увеличенных плотных безболезненных подмышечных лимфоузлов, увеличенной селезенки и выявленных изменений в гемограмме в виде гиперлейкоцитоза с абсолютным преобладанием зрелых лимфоцитов.

О синдроме иммунодефицита можно говорить на основании рецидивирующей герпетической инфекции и низкого уровня иммуноглобулинов основных классов IgM, IgA, IgG.

Предварительный диагноз - хронический лимфолейкоз.

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить пункцию лимфоузла и костного мозга. В биоптате лимфоузла при лимфолейкозе характерно нарушение архитектоники лимфоузла и преобладание лимфоцитов. При исследовании костного мозга определяется диффузная пролиферация лимфоцитов и уменьшение количества клеток миелоидного ряда.

ЗАДАЧА №6

Во время профосмотра у молодой девушки астенического телосложения при пальпации живота определили нижний полюс селезенки у края реберной дуги.

Вопросы:

В каком положении больной лучше пальпировать селезенку? Пальпируется ли селезенка в норме? Можно ли считать, что у данной пациентки селезенка увеличена?

Эталон ответа:

Селезенка пальпируется лучше на правом боку, в норме можно пропальпировать нижний полюс у астеников, но чаще женщин.

Задачи по эндокринологии

ЗАДАЧА №1

Больной 30 лет жалуется на сильную слабость, быструю физическую утомляемость, потемнение кожи, потерю аппетита, тошноту, рвоту, поносы, периодически появляющиеся приступы болей в животе, клинические судороги. Считает себя больным 2 года. Заболевание неуклонно прогрессирует. Месяц тому назад после небольшого ожога правой кисти руки у больного развилось тяжелое шокоподобное состояние. При обследовании - больной истощен, апатичен. Тургор кожи снижен, она имеет золотистого-коричневую окраску. Пигментация особенно выражена на открытых частях тела (лицо, ладонные складки, тыльная сторона кистей рук и стоп) и участках, подвергающихся трению одежды. Пигментные пятна на слизистой щек и языке. Температура тела 36,0⁰С. Размеры сердца уменьшены, тоны приглушены. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Пульс - 82 в мин., слабого наполнения. В крови: анемия, умеренная нейтропения, лимфоцитоз, эозинофилия, гипонатриемия, гипохлоремия, гиперкалиемия, гипогликемия. Содержание кортикотропина повышено, а кортизола снижено. Кислотность желудочного сока снижена, свободной соляной кислоты нет. При специальном методе исследования выявлен высокий титр антител к надпочечниковой ткани.

Вопросы:

1. Для какого синдрома характерна такая клиническая картина?
2. Как объяснить повышенное содержание кортикотропина в крови?
3. С чем связано изменение показателей крови?

4. Как объяснить развитие шокоподобного состояния у больного после небольшого ожога?

Эталон ответа:

1. Синдром Аддисона.
2. По механизму обратной связи усиливается выработка кортикотропина.
3. С дефицитом глюкокортикоидов и минералокортикоидов.
4. Надпочечниковой недостаточностью.

ЗАДАЧА №2

Больной 30 лет жалуется на периодически возникающие приступы судорог мышц конечностей и лица, которые возникают по несколько раз в день от самых разнообразных внешних раздражителей; онемение пальцев рук и ног, боли за грудиной и в подложечной области; затруднение дыхания; запоры. Заболевание развилось после оперативного удаления части щитовидной железы по поводу тиреотоксикоза.

Больной бледен. Волосы редкие, седые. Ногти ломкие. Во рту много кариозных зубов. При неврологическом обследовании - резкое повышение возбудимости нервной и мышечной систем. Значительное повышение электровозбудимости двигательных нервов. Содержание кальция в крови значительно снижено, содержание фосфора повышено. Щелочной резерв крови увеличен.

Вопросы:

1. Функция каких эндокринных желез нарушена у больного?
2. Почему повышено содержание фосфора и щелочной резерв крови?

Эталон ответа:

1. Снижена функция околощитовидных желез.
2. Повышение содержания фосфора связано с усилением реабсорбции фосфатных ионов в канальцах почек. Увеличенный щелочной резерв крови объясняется гипервентиляцией легких и потерей хлоридов с рвотными массами.

ЗАДАЧА №3

Больная 25 лет жалуется на бессонницу, быструю утомляемость, раздражительность, беспричинное беспокойство, рассеянность, плаксивость, повышенную потливость, плохую переносимость тепла, нарушение менструального цикла. Больная суетлива, делает много быстрых ненужных движений, многословна. Выглядит моложе своих лет. Тонкие кисти, тонкие пальцы с заостренной ногтевой фалангой. Резко выражено пучеглазие. Кожа теплая, влажная, тонкая. Лицо розовое. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отмечается диффузное увеличение щитовидной железы, тремор пальцев рук. Сухожильные рефлексы усилены, артериальное давление 130/50 мм рт.ст. Пульс - 108 в мин. В крови лейкопения, абсолютная нейтропения с относительным лимфоцитозом, гипоальбуминемия, понижение толерантности к глюкозе. Основной обмен повышен на 40%.

Вопросы:

1. Для какого синдрома характерна данная клиническая картина?
2. С чем связаны повышение температуры, тахикардия, гипоальбуминемия?
3. Почему у данной больной надо иметь в виду возможность развития сахарного диабета?

Эталон ответа:

1. Для тиреотоксикоза.
2. С повышением содержания гормонов щитовидной железы.
3. Задержка глюкозы в организме, глюконеогенез, увеличение секреции инсулина, активация инсулиназы.

ЗАДАЧА №4

Больная 40 лет, жалуется на зябкость, слабость, снижение памяти и внимания, увеличение веса за 3 месяца на 5 кг, запоры.

Лицо бледное, отечное, амимичное, увеличен в размерах язык (макроглоссия). Кожа сухая, грубая, волосы редкие, сухие. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС - 64 в минуту. Претибиаальный отек голеней.

Биохимический анализ крови – холестерин 8,5 ммоль/л, гемограмма – эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л млн., MCV – 89 фл., MCHC – 310 г/л, MCH – 29 пг. Тиреотропный гормон (ТТГ) – 35 МЕ/л.

Вопросы:

Назовите синдром поражения внутренних органов, предварительный диагноз и дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

Синдром гипотиреоза подтверждается следующими симптомами, связанными с пониженным уровнем обмена веществ, низким адренергическим тонусом и развитием слизистого отека тканей: зябкость, увеличение веса, запоры, снижение памяти и внимания, бледность и отечность лица, макроглоссия, сухость и грубость кожи, волос, претибиаальный отек голеней, глухость сердечных тонов, брадикардия, гиперхолестеринемия, нормохромная анемия.

Наиболее вероятная причина гипотиреоза у данного больного - тиреоидит Хашимото, при котором происходит аутоиммунная деструкция тиреоцитов, снижается уровень тиреоидных гормонов и повышается содержание ТТГ (35 МЕд/л).

Для подтверждения данного диагноза необходимо исследовать уровень антител к тиреоглобулину, микросомам, выполнить ультразвуковое исследование щитовидной железы, которое должно выявить увеличение размеров железы и неоднородность ее структуры. При необходимости можно выполнить гистологическое исследование пунктата железы, при котором можно обнаружить лимфоцитарную инфильтрацию и фиброз железы. Поглощение радиоактивного йода щитовидной железой должно быть снижено.

Учитывая глухость сердечных тонов необходимо выполнить эхокардиографию для исключения серозного выпота в сердечной сумке.

ЗАДАЧА №5

Больная, 19 лет, жалуется на жажду (выпивает 4-5 л жидкости за сутки), обильное мочеиспускание, похудание за 2 месяца на 10 кг, слабость. Пониженного питания, тургор кожи снижен, кожа сухая. Запах ацетона изо рта. Язык сухой. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в минуту. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Сахар крови – 16 ммоль/л. Ан мочи: у. в. - 1030, сахар +++, ацетон ++.

Вопросы:

Назовите синдромы поражения внутренних органов, предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Синдром инкреторной недостаточности поджелудочной железы, синдром гипергликемии, синдром кетоацидоза.