|  |  |
| --- | --- |
| logo_mgmsu3 | Министерство здравоохранения Российской Федерации**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования****«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ****ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА»****ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России** |

|  |  |
| --- | --- |
| Факультет | Лечебный  |
| Кафедры | Госпитальной терапии №1, Госпитальной терапии №2 |

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

|  |
| --- |
| **Госпитальная терапия (Внутренние болезни)** |
| *Наименование дисциплины и Модуля (при наличии)* |
| **31.05.01 Лечебное дело** |
| *Код и Наименование специальности/Направления подготовки/Направленность* |
| **Врач - лечебник** |
| *Квалификация (степень) выпускника*  |
| **Очная** |
| *Форма обучения* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДЕНна заседании кафедр |
|  | Госпитальной терапии №1, Госпитальной терапии №2 |
|  | Протокол № | 10 |  | 22.05.2020 |
|  |  | *Номер протокола* |  | *Дата* |
|  | Заведующий кафедрой |
|  |  |  |  | Ю.А. Васюк  |
|  |  |  |  | К.И.Теблоев |
|  |  | *Подпись* |  | *ФИО* |

**Паспорт фонда оценочных средств**

|  |
| --- |
| по учебной дисциплине (модулю) |
| * Госпитальная терапия (Внутренние болезни)
 |
| *Наименование дисциплины и модуля* |

### Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Фонд оценочных средств дисциплины (модуля) создан для контроля знаний и уровня сформированности компетенций у обучающихся.

Фонд оценочных средств устанавливает соответствие знаний и уровня сформированности компетенций у обучающихся требованиям рабочей программы дисциплины (модуля).

Таблица 1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины (модуля)

|  |  |
| --- | --- |
| Индекс компетенции | Формулировка компетенции |
| ОК-4 | Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения  |
| ОК-7 | Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций |
| ОК-8 | Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия  |
| ОПК-1 | Готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности |
| ОПК-4 | Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности |
| ОПК-5 | Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок |
| ОПК-6 | Готовность к ведению медицинской документации |
| ОПК-8 | Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач |
| ОПК-9 | Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач  |
| ПК-1 | Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания  |
| ПК-2 | Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения |
| ПК-4 | Способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения |
| ПК-5 | Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания |
| ПК-7 | Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека |
| ПК-9 | Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара |
| ПК-10 | Готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи |
| ПК-16 | Готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни  |
| ПК-18 | Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей |
| ПК-20 | Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины |

### Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Назначение оценочных средств определяет его использование для измерения уровня достижений обучающегося в результате обучения по одной теме (разделу) и/или совокупности тем дисциплины (модуля).

Таблица 2. Показатели оценивания компетенций

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Контролируемые разделы (темы) дисциплины (модуля) | Код контролируемой компетенции (или ее части) | Наименованиеоценочного средства и способ осуществления оценки компетенции |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности на основе клинических рекомендаций | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18, ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (письменно); |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения артериальной гипертензии на основе клинических рекомендаций | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10,ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (компьютерные технологии); |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения стабильной ишемической болезни сердца на основе клиническихрекомендаций | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18, ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (письменно); |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения фибрилляции предсердий на основе клинических рекомендаций | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (компьютерные технологии); |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения острогокоронарного синдрома на основе клинических рекомендации  | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (компьютерные технологии); |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения хронического легочного сердца | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10,ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения бронхиальной астмы на основе клинических рекомендаций | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи- письменно.Задания в тестовой форме (письменно); |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких на основе клинических рекомендаций | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (письменно); |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения хронической болезни почек на основе клинических рекомендаций | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (компьютерные технологии); |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения ревматичеcких заболеваний | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения анемий на основе клинических рекомендаций  | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Алгоритмы диагностики и лечения гастроэзофагальнойрефлюксной болезни, эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных нестеройдными противовоспалительными препаратами–на основе клинических рекомендацийАлгоритмы диагностики и лечения язвенной болезни на основе клинических рекомендаций  | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-16, ПК-18,ПК-20 | Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |

Для оценки качества учебной деятельности обучающегося на этапах формирования компетенций в течение изучения дисциплины (модуля)разработаны критерии оценивания компетенций по различным контролируемым вмдам деятельности – контроль текущей успеваемости.

Таблица 3. Критерии оценивания текущей успеваемости

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Контролируемый вид деятельности | Оценка | Критерии оценивания |
| Собеседование по ситуационным задачам | Зачтено | «Зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему полные и глубокие знания программы дисциплины при оценки задачи, способность к клиническому мышлению, а также способность к установления факта наличия или отсутствия заболевания, оценке ведения и лечения терапевтического пациента с различными нозологическими формами. |
| Не зачтено | «Не зачтено» выставляется обучающемуся показавшему не полные знания программы дисциплины при оценки задачи, и не не проявившего клиническоое мышление, а также не способного к установлению факта наличия или отсутствия заболевания, оценке ведения и лечения терапевтического пациента с различными нозологическими формами. |
| 1. Практические задания
 | Зачтено | Обучающийся демонстрирует клиническое мышление при оценки оценке жалоб пациента, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания в терапии, а также ведения и лечения терапевтических пациентов с различными нозологическими формами при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний. |
| Не зачтено | Обучающийся демонстрирует поверхностные знания в оценке жалоб пациента, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания в терапии, а также ведения и лечения терапевтических пациентов с различными нозологическими формами при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний. не позволяющие адекватно оценить состояние пациента. |

### Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Задания для текущего контроля и проведения промежуточной аттестации направлены на оценивание:

* уровня освоения теоретических понятий, научных основ профессиональной деятельности;
* степени готовности обучающегося применять теоретические знания и профессионально значимую информацию, сформированности когнитивных умений.
* приобретенных умений, профессионально значимых для профессиональной деятельности.

Контрольные задания и иные материалы носят практико-ориентированный комплексный характер, направлены на формирование и закрепление компетенций.

Текущий контроль предназначен для проверки хода и качества формирования компетенций, стимулирования учебной работы обучающихся и совершенствования методики освоения новых знаний.

Каждое контрольное задание или иные материалы проверяет уровень сформированности одной или нескольких компетенций.

Перечни контрольных заданий или иных материалов в совокупности охватывают все компетенции, формируемые дисциплиной (модулем) и заявленные в рабочей программе основные результаты обучения по дисциплине (модулю) на уровне знать, уметь. Выполнение контрольных заданий и иных материалов способствует получению навыка и опыта деятельности.

Промежуточная аттестация предназначена для определения уровня освоения изученного объема дисциплины (модуля).

|  |
| --- |
| Для проведения промежуточной аттестации в форме зачета из перечня контрольных заданий или иных материалов формируются билеты |
| Каждый билет включает: |
| * Две ситуационные задачи с набором для оценивания результатов обучения в виде умений. Одно практическое задаения состоящее из практической ситуации и вопросами к ней с выбором парвильного ответа из представленных.
 |

Итоговый результат оценивания соотносится на весь заявленный в программе перечень результатов обучения по дисциплине (модулю).

|  |
| --- |
| Методика оценивания при проведении промежуточной аттестации:  |
| * применяется среднее арифметическое значения оценок полученных за каждый элемент оценивания, указанный в билете.
 |

Балл промежуточной аттестации переводится в академическую оценку. Текущая успеваемость не влияет на формирование академической оценки.

Устанавливаются следующие шкалы оценивания уровней освоения компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Таблица 4. Шкалы оценивания уровней освоения компетенций

|  |  |
| --- | --- |
| Формы аттестации | Баллы |
| 2 | 3 | 4 | 5 |
| Экзамен | Неудовлетворительно | Удовлетворительно | Хорошо | Отлично |

### 4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

В полном объеме материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, а также методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций, представлены в учебно-методическом комплексе дисциплины (модуля).

### Типовые контрольные задания для проверки текущей успеваемости с указанием проверяемых компетенций

### Ситуационные задачи

Задача № 1. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 62 лет, стала беспокоить одышка при обычной физической нагрузке, приступы одышки в ночные часы. Состояние средней тяжести, ЧДД - 20 вмин, над лёгкими везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, аритмичны, АД -100/70 мм рт. ст.

На ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС 122 в мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Сердечные причины прогрессирования ХСН у данного пациента.

3. Укажите большие критерии ХСН у пациента.

4. Укажите малые критерии ХСН у пациента.

5. Оптимальная комбинация препаратов в данной ситуации.

Задача № 1.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Пациентка 67 лет, жалуется на головные боли в течение 2 месяцев, повышение АД до 190/80 мм рт.ст. Курит до 10 сигарет в день. Отец умер от сердечного приступа в 70 лет, у матери было ОНМК в 64 года. Сестре 50 лет, страдает артериальной гипертензией.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожны покровы обычной окраски. Гиперстенического телосложения. Объём талии = 110 см. Отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание без хрипов. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, акцент 2-го тона на аорте. Левая граница относительной сердечной тупости по левой среднеключичной линии. АД - 185/70 мм рт. ст., ЧСС - 75 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненное. Мочеиспускание свободное.

Клинический анализ крови:

Нв -125 г/л, эритроциты - 4,5 х 1012, лейкоциты - 5,0 х 109, п/я -1%, с/я нейтрофилы-58%, э - 1%, лимфоциты - 35%, моноциты 6%. СОЭ - 12 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Биохимический анализ крови: мочевина – 7,5 ммоль/л, общий билирубин - 14 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, общий холестерин – 7,8 ммоль/л, АЛТ – 29 ед/л, АСТ – 26 ед/л.

На ЭКГ – ритм синусовый, признак Соколова - Лайона> 38 мм.

Вопросы:

1. Какие факторы риска имеют место у данной пациентки?
2. Каков риск сердечно – сосудистых осложнений?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Дополнительные методы исследования возможно назначить?
5. Основныенаправления в лечении?

Задача №1.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 73 лет в течение 2 лет периодически отмечал появление болей сжимающего характера за грудиной и сердцебиения при подъеме на 3 этаж. В течение последнего месяца число приступов постепенно увеличилось до 5 – 7 в неделю. Приступы стали интенсивнее, прекращались после снятия нагрузки, приема нитроглицерина. Обратился к участковому врачу, госпитализирован.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Гиперстенического телосложения. Отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание без хрипов. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 130/80 мм рт. ст., ЧСС -84 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненное. Мочеиспускание свободное.

В анализе крови: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, триглицериды - 1,12 ммоль/л, Хс ЛПВП - 1,57 ммоль/л, Хс ЛПНП -4,821моль/л, Хс ЛПОНП - 0,509моль/л, коэффициент атерогенности 3,395 ед (в норме от 0 до 3 ед.).

На ЭКГ – ритм синусовый, очаговых изменений нет.

 Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие пробы можно применить для уточнения диагноза?
3. Особенности фармакотерапии данного заболевания в пожилом возрасте?
4. Какие лекарственные препараты позволят улучшить прогноз?
5. Показано ли данному больному хирургическое лечение?

Задача № 1. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 54 лет поступил в клинику с жалобами на выраженное сердцебиение. Периодически приступы сердцебиения возникают после алкогольных эксцессов, иногда сопровождаются головокружением. При физикальном обследовании выраженной патологии не выявлено. На ЭКГ рубцовые изменения в передне-боковой стенке левого желудочка.

Вопросы:

1. Основной диагноз.

2. Осложнения.

3. Провоцирующий фактор аритмии.

4. Идентификация аритмии.

5. Вторичная профилактика аритмии.

Задача №1.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 56 лет. Доставлена бригадой СМП с жалобами на тяжесть в груди, удушье, развившимися впервые в жизни. В анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний нет, повышение АД отрицает. Накануне – эмоциональная нагрузка. Наследственность отягощена (у отца и матери ИБС в возрасте до 55 лет). Курит. При поступлении: состояние тяжёлое. Положение активное. Больная возбуждена. Кожа бледная, цианоз губ. Набухание шейных вен. ЧДД 28 в 1 мин, над нижними отделами легких умеренное количество влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов. Сердце не увеличено в размерах, тоны приглушены; выслушивается III тон над верхушкой, шумов нет. ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Отёков нет.

На ЭКГ – синусовая тахикардия, нормальное положение ЭОС, зубец Q и куполообразный подъём сегмента ST, переходящий в отрицательный зубец Т в отведения II,III, аVF.

Рентгенография органов грудной клетки: Очаговой патологии в лёгких не выявлено. Признаки лёгочной гипертензии.

 Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какой стандарт обследований необходим для подтверждения этого диагноза?
3. Тактика ведения и лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Реабилитация.

Задача № 1. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 87 лет вызвала врача в связи с нарастающим чувством нехватки воздуха в покое, кашлем по ночам, сердцебиением. В анамнезе ИБС, дважды инфаркт миокарда, постоянная форма мерцательной аритмии, много лет – одышка при физической нагрузке и отеки ног.

При осмотре: состояние тяжелое. Пониженного питания. Положение ортопноэ. Кожа бледная, цианоз губ. Набухшие шейные вены. Над легкими влажные не звонкие мелкопузырчатые хрипы, в нижние отделы дыхание не проводится, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм не правильный, ЧСС 130 в минуту, пульс 100 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Живот увеличен в объёме за счет асцита. Печень выступает на 7 см. из-под края реберной дуги, чувствительна при пальпации. Отеки голеней и стоп.

Рентгенография органов грудной клетки: гидроторакс слева до 7 справа до 5 ребра. Признаки лёгочной гипертензии. Сердце расширено в поперечнике. Эхокардиография: снижение фракции выброса до 24%.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Причины прогрессирования ХСН.
3. Укажите большие критерии ХСН у пациента.
4. Укажите малые критерии ХСН у пациента.
5. Лечение и прогноз.

Задача №1. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 59 лет поступил в стационар по поводу усилившейся одышки при небольшой физической нагрузке и в покое, кашля с выделением густой вязкой мокроты светло-желтого цвета в небольшом количестве, повышение температуры тела до 37,3 – 37,5, общую слабость, быструю утомляемость. Много лет курит по 1 пачке сигарет в день. 5 лет назад появились приступы удушья с усилением кашля чаще возникают по ночам. Приступы проходят после применения аэрозольного препарата. При обследовании выявлено: диффузный серый цианоз лица, акроцианоз, набухшие шейные вены, отеки на ногах. Грудная клетка бочкообразной формы, перкуторно определяется коробочный звук. При аускультации выслушиваются сухие хрипы в том числе свистящие. Тоны сердца глухие, ритм правильный, акцент второго тона над легочной артерией. АД 140/80 мм. рт. ст., ЧСС 98 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 6-7 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Анализ крови – Hb 170 г/л, эритроциты 5,9 млн/, лейкоциты 6 тыс., тромбоциты 270 тыс., СОЭ 36 мл/час. На ЭКГ высокие остроконечные зубцы Р в отведениях II,III и АVF, высокие зубцы R в правых грудных отведениях и глубокие зубцы S в левых грудных отведениях, электрическая ось отклонена вправо. ОФВ1< 50%, ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%.

Вопросы:

1. Какой диагноз.

2. Форма заболевания.

3. Осложнения.

4. Признаки сердечной недостаточности.

5. Рекомендуемое лечение.

Задача №1. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 66 лет обратился к врачу с жалобами на кашель с трудноотделяемой светлой мокротой, без примеси крови, одышку при небольшой физической нагрузке (ходьба в обычном темпе на 200 метров по ровной дороге), общую слабость, потливость. Из анамнеза: курит 46 лет по одной пачке сигарет в сутки. Дома принимал антибиотики, отхаркивающую микстуру без особого эффекта. При обследовании: пониженного питания, легкий акроцианоз, пальцы в виде барабанных палочек, грудная клетка цилиндрической формы, при дыхании втягивание межреберных промежутков. Перкуторный звук коробочный, при аускультации дыхание жесткое, выслушиваются сухие разнокалиберные хрипы больше на выдохе, меняющие свой тембр при глубоком дыхании или покашливании. Тоны сердца глухие, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются, ЧСС 88 в мин., АД 140/ 80 мм. рт. ст. При рентгенологическом исследовании – усиленный легочный рисунок, признаки эмфиземы легких. Функция внешнего дыхания – ОФВ 1/ФЖЕЛ < 70% от должной величины.

Вопросы:

1. Какой диагноз?

2. Признаки бронхиальной обструкции.

3. Какой тест необходимо проводить для определения стадии заболевания?

4. Причины возникновения данного заболевания?

5. Какое лечение необходимо назначить больному?

Задача № 1.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 25 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на отеки на лице и нижних конечностях, головную боль, общую слабость, сердцебиение.

Из анамнеза установлено, что пациентка 2 недели назад перенесла фолликулярную ангину. Два дня назад отметила отеки под глазами, появление красновато-бурой мочи, стали нарастать отеки, которые распространились на конечности, не исчезли в течение дня, количество выделяемой мочи резко уменьшилось.

Объективно: общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, отеки на лице и нижних конечностях. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68 в 1мин. АД 180/100 мм.рт.ст. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

В общем анализе мочи протеинуря, гематурия, лейкоцитурия.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования.
3. Проявление какого синдрома будет наблюдаться в биохимическом анализе крови?
4. План лечение.

Дифференциальный диагноз.

Задача №1. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У женщины 62 лет с ожирением отмечаются боли, припухлость, ограничение подвижности в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей ближе к вечеру, после работы. Пальпируются плотные узелки в области дистальных суставов кистей.

Вопросы:

1. Диагноз

2. Образования на боковых сторонах пальцев кистей, названия.

3. Дополнительные исследования для подтверждения диагноза.

4. Немедикаментозное лечение.

5. Медикаментозное лечение.

Задача №1**.**(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У больного 20 лет желтуха с шафрановым оттенком кожи, повышение температуры тела до 39,5°С. При осмотре выявлено «готическое» нёбо, неправильное расположение зубов, микрофтальм, синдактилия. Селезёнка увеличена. Отмечал периодически потемнение мочи.

В клиническом анализе крови нормохромная анемия, микросфероцитоз, ретикулоцитоз, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тельца Жолли. Общий билирубин - 42,8 мкмоль/л, непрямой - 38,4 мкмоль/л, прямой - 4,4 мкмоль/л. Отрицательная проба Кумбса.

Брат с детства наблюдается у врача по поводу анемии.

Вопросы:

 1. Определите характер желтухи у больного.

 2. Какой поставите диагноз?

 3. Инструментальные методы исследования.

 4. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику?

5. Прогноз и профилактика.

Задача №1.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 45 лет, поступила в стационар с жалобами на выраженную слабость, потрясающие озноб, повышение температуры тела до 39,2º в течение 3-х суток, за 1 сутки до госпитализации отмечает потемнение мочи, желтушность кожных покровов и видимых слизистых, тянущие боли в правом подреберье. За 4 суток до появления симптомов выпила 200 мл коньяка.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы видимые слизистые интенсивно желтушны. Телосложение нормостеническое. Лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный. АД 115/70 на обеих руках. Пульс - 98 в мин. Язык сухой, обложен налетом. Живот несколько вздут. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень пальпируется на 10 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненно. Клинический анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, Эритроциты – 4,5 \*1012, тромбоциты 185\*109, лейкоциты 15,7\*109, п-8%, сегм- 57%, лимф-25%, моноциты -10%, СОЭ-36 мм/ч.

Общий анализ мочи - относительная плотность 1020, белок- нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 74,4 г/л, альбумин- 32 г/л, общий холестерин 8,04 ммоль/л, АСТ – 230 ЕД/л, АЛТ- 160 ЕД/л, ЛДГ – 415 ЕД/л, общий билирубин 120,8 мкмоль/л, прямой билирубин 60,3 мкмоль/л, ГГТ- 678 ммоль/л, ЩФ- 230 ммоль/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, СРБ- 47 ммоль/л. Ig A-9,5г/л (норма до 4,5), IgM-2,7г/л норма до 3,7), IgG–19,1г/л (норма до 17,1).

Коагулограмма: протромбиновое время 17,1 (норма 10,- 14,0), индекс INR 2,22 (норма 0,8- 1,3), потромбин 51,7%, тромбиновое время 32,9 с (норма 15,0 - 27,0), АЧТВ 45,1, фибриноген 480 (200- 400 мг/дл).

Антинуклеарные АТ – не определяются, антимитохондриальные АТ–низкий титр. АТ к HCV, АТ к ВИЧ, HBsAg – отрицательные.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, эхогенность повышена. Желчный пузырь нормальных размеров, контуры тонкие, ровные. Поджелудочная железа контуры ровные, эхогенность нормальная. Селезенка увеличена 130х90 мм.

Вопросы:

1. Какие клинические синдромы можно выделить у пациентки?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Какие изменения в обмене железа (сывороточное железо, ферритин) можно ожидать у данной больной?
5. Определите направление терапии в соответствии с выделенными клиническими синдромами?

### Практические задания

Задание №1(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 50 лет, госпитализирован впервые с клиникой прогрессирующей стенокардии, затем стала нарастать одышка, появились отеки голеней и стоп, резко снизилась толерантность к физической нагрузке. В легких дыхание везикулярное с ослаблением и умеренным количеством влажных мелкопузырчатых хрипов над нижними отделами , ЧДД 24 в минуту, верхушечный толчок в 6 м/р по передней-подмышечной линии, слабый, разлитой: прекардиальная пульсация в 3-4 м/р слева от грудины. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, АД 125/80 мм.рт.ст.. ЭКГ: ритм синусовый, нормальная ЭОС, QSV1- V4, элевация сегмента ST сливающихся с зубцом Т в этих же отведениях (без динамики за 3 недели пребывания в стационаре). Рентгенография органов грудной клетки признаки венозного застоя в легких. КТИ 0,7 за счет левых отделов. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №1(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 38 лет предъявляет жалобы на слабость, потливость, субфебрилитет вечером, учащенное сердцебиение. Считает себя больным около месяца. Страдает хроническим гайморитом с частыми обострениями. 2 месяца назад удалил 2 зуба. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные влажные. Температура 37.0 С. Увеличены подчелюстные и передние шейные л/у с двух сторон. 0теков нет. ЧДД - 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет ЧСС 110 в мин. АД 190/40 мм.рт.ст. Аускультативно; резко ослаблен 2 тон, убывающий диастолический шум, cлева от грудины максимум. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. нижний край слегка болезненный, мягко-эластический, нижняя граница печени в 5 м/р: по правой среднеключичной линии. Ceлезенкa несколько увеличена. В общем ан. крови; Эр. - 4,5. Лейк. - 11,0, п/я -8. с/я –57 лим. - 30. СОЭ -23 мм/ч, СРБ +-. ЭКГ: синусовая тахикардия 105 вмин Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Рентгенография органов грудной клетки: расширение тени сердца влевоза счет ЛЖ. В легких без патологии. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №1(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 42 лет предъявляет жалобы на загрудинные боли при физи­ческой нагрузке длительностью до 20 минут, однократно использовал нитроглицерин 1 таблетку-обморок на потери сознания без предвестников при физической активности; на перебои в работе сердца. Данные жалобы около одного года, последний месяц симптомы появляются чаще. Три года назад умер родной брат в возрасте 43 лет (внезапная смерть). При ос­мотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Признаков недостаточности кровообра­щения нет. ЧДД 17 в минуту. В легкнх дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС60 в минуту, ритм правильный. Аускультативно справа во втором межреберье выслушивается систолический шум, без проведения. АД 135/70 ми.рт.ст. Но органам н системам без особенностей. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 82 в минуту. Отклонение ЭОС влево (угол а - 15) Гипертрофия левого желудочка, Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. ЭХОКГ: аорта не изменена, полости сердца не расширены, гло­бальная н локальная сократимость не нарушены. TMЖП 1,8 см. ТЗСЛЖ 1,2. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №1(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Женщина 38 лет предъявляет жалобы на приступы ритмичного и неритмичного сердцебиения длительностью до 30 минут. неоднократно рецидивирующего в течении суток, одышку при обычной физической нагрузке, боли в области сердца без ­четкой связи с физической нагрузкой, плохую переносимость физической, нагрузки. Год назад перенесла тяжелый грипп, после чего появились вышеуказанные жалобы: состояние ухудшается после простудных заболеваний, последнее ухудшение на фоне ОРЗ. При осмотре: состояние, относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические л/у не увеличены. Отеков нет. ЧДД 20 в мин. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧСС 78 в мин. ритм неправильный. АД 95/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Общий анализ крови: лейк.. 8,8, эритр. 3,8. Нв 110 г/л, СОЭ 17 *мм/ч.* СРВ +. ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 76 в мин., PQ 240 мс.короткие (несколько комплексов) эпизоды мерцания-трепетания предсердий. ЭХОКГ: аорта не изменена, КДР 5,8 см, КСР 4,1 см, ПЗР 2,8. ФВ 55%, нарушений локальной сократимости нет. ТМЖП = ТЗСЛЖ = 1.1 см. МР +•. ТР+. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №7(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больной А. 52 года, поступил в клинику в 14 часов с жалобами на боли за грудиной. Заболел остро: на работе на работе в 12 ч внезапно у больного появилось чувство сжатия и боли за грудиной, а затем сердцебиение. Вызвана бригада «скорой помощи». После внутривенного вливания боль несколько уменьшилась, но состояние не улучшилось. Больной доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, кожние бледные, губы слегка цианотичные, конечности холодные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 186 в минуту, слабый. АД 85/60 мм.рт.ст. Данные ЭКГ: пароксизмальная желудочковая тахикардия. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задача №1. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной И., 67 лет, поступил в клинику с жалобами на неуклонно прогрессирующую одышку, продуктивный кашель, чаще по утрам, за сутки не более 40-50 мл серой мокроты, периодически с гнойными вкраплениями.

 Из анамнеза известно, что больной родился и вырос в курящей семье, по профессии-водитель, курить начал с 15 лет, по 2 пачки сигарет в день. 2 года тому назад бросил курить. Последние 5-7 лет неуклонно возрастает одышка, больной был вынужден изменить свой двигательный режим, перестал ходить в обыкновенном темпе, выполнять привычные виды работ, в дальнейшем стало затруднительно самообслуживание.

Аллергологический анамнез не отягощен. С детства и в течение всей жизни часто болел простудными заболеваниями, бронхитами.

 При осмотре больной пониженного питания, темный теплый цианоз. Грудная клетка вздута, при перкуссии коробочный звук, дыхание ослаблено, сухие низкотональные хрипы над всеми легочными полями. Границы сердца расширены в обе стороны, тоны приглушены, ритм правильный, акцент второго тона над a. Pulmonalis. Живот обычной формы, печень выступает из-под реберного края на 4-5 см, селезенка не увеличена, отеки голеней.

 При спирометрическом исследовании в исходном состоянии ОФВ 1=39%, после терапевтической дозы сальбутамола(400 мкг) ОФВ1=44%. Постдилатационный прирост составляет 5%. Индекс Генслера (ОФВ1/ФЖЕЛ) исходно 67% от должной, постдилатационное значение ОФВ1/ФЖЕЛ=69%, постдилатационный прирост составляет 2%. Бронхоспазм выраженный, необратимый.

На ЭКГ ритм синусовый, отклонение ЭОС вправо, блокада правой ножки пучка Гиса, глубокий зубец SV5-V6, при уменьшении амплитуды RV5-V6 , p-pulmonale.

ЭХО-КГ: незначительное утолщение правого желудочка с расширением его полости.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание№1(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная Б. 55 лет поступила с жалобами на мучительный кашель без отделения; мокроты, длительный приступ удушья. В течение 15 лет страдает инфекционно-зависимой бронхиальной астмой. Последние 3 дня отмечает учащение приступов удушья несмотря на постоянный прием преднизолона (15 мг/сутки) и ингаляции сальбутамола (за последние сутки более 10 раз). Объективно: Ортопноэ, тахипноэ до 30 вмин, цианоз кожных покровов и слизистых. На расстоянии слышны хрипы. При аускультации легких сухие, свистящие хрипы, в нижних отделах дыхание прослушивается плохо. Тоны сердца глухие, ритмичные, 120 в мин, акцент П тона на легочной артерии. АД. 170/100 мм. рт от. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задача №1. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Пациент 56 лет жалуется на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку в покое, слабость, потливость по ночам, повышение температуры тела до 37,2ос-37,6ос. Считает себя больным в последние годы. Обострение с усилением кашля, повышением температуры тела - в течении недели. Курит до 2-х пачек сигарет в день в течении 40 лет. Работает маляром.

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,2ос. Больной астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. В легких дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы. ЧДД-22 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС – 96 в мин. АД – 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 3 см., безболезненная при пальпации. Отеков нет.Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №1(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища наклонах. Кроме того, заметил, что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи. После охлаждения 3 нед назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурацилина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появились тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился и поликлинику. Были сданы анализы крови и мочи. На следующий день, поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения. При осмотре: пульс 70 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/105 мм.рт.ст. 1 тон над верхушкой ослабленной звучности, 2 тон усилен над аортой. Других изменении со стороны внутренних органов.

 Анализ крови: эр. 4,3х1012 /л, НЬ 140 г/л, л. 7,0х109 /л, СОЭ 22 мм/ч. Анализ мочи; относительная плотность 1028, белок 1,65 г/л, л. 5-6 в поле зрения, эр.выщел. 10-15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в ноле зрения. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №1(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной Т., 49 лет, жалуется на боль в правом коленном суставе, опухание и покраснение его, повышение температуры до 38"С. Считает себя больным 6 лет. За этот период было более 10 острых эпизодов артрита, продолжавшихся по 7-10 дней, при этом оба коленных сустава поражались попеременно. В межприступный период боли и ограничения движений не было. Настоящее обострение началось 3 дня назад. При осмотре: левый коленный сустав увеличен в объеме, дефигурирован. Активное и пассивное движения в суставе резко болезненны, отмечается симптом "баллотнрованния" надколенника. В остальных суставах изменений не обнаружено. Патологии внутренних органов также не выявлено. Анализах крови: эр. 4,4х1012. л. 15х10^/л. При исследовании мочи обнаружено много солей. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №1(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 65-летний пациент с жалобами на общую слабость, ощущение «ватных» стоп, плохой аппетит, неприятное ощущение в ротовой полости (чувство— жжения в языке), одышку при физической нагрузке. Отмечается умеренное увеличение печени и селезенки, бледность кожных покровов. , В анализе крови: Нв 58 г/л, эр. 1,3 .млн., ЦП 1, 3, лейкоциты 2,8 тыс., п. 8 %, с. 46 %, лимфоциты 40 %, моноциты 5 %, э. 1%, ретикулоциты 2%, *и* СОЭ 35 мм/ч. Определяются полисегментированные нейтрофилы, тельца Жоли, кольца Кебота. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №1 (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной Н., 24 лет, в клинику поступил в плановом порядке, с жалобами на боль в надчревье, возникающую через 1,5-2 ч. после приема пищи, больше к вечеру, а иногда и ночью, изжогу, кислый вкус во рту, запор. Боль усиливается при приеме острой, соленой и кислой пиши, уменьшается - после употребления соды и применения грелки. Болен около года. Состояние ухудшилось с осени. Из анамнеза известно, что живет в общежитии, отец страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: больной пониженного питания, язык не обложен, влажный. Перкуссия и поверхностная пальпация живота болезненны в области надчреиья справа, в этой же области – резистентность мышц брюшного пресса. Пульс 60 в 1 мин, ритмичный. АД 100/80 мм.рт. ст. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

### Типовые контрольные задания для проверки самостоятельной работы с указанием проверяемых компетенций

### Задания в тестовой форме

1. Базисные средства в лечении хронической сердечной недостаточности (ПК-1, ПК-9, ОПК-8)
	1. Вольтарен
	2. Хондроитин сульфат
	3. Сердечные гликозиды
	4. Недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов

β-блокаторы

Наиболее информативный метод диагностики вазоренальной артериальной гипертензии (ПК-1, ОПК-1)

* 1. УЗИ почек
	2. Сцинтиграфия почек
	3. УЗИ почечных артерий
	4. Почечная артериография
	5. КТ почек

Показанием к коронарной ангиографии считается (ПК-1, ОПК-1)

А) стенокардия напряжения I—II функционального класса после инфаркта миокарда

Б) стенокардия напряжения III функционального класса при отсутствии эффекта от лекарственного лечения

В) стенокардия напряжения с блокадой ножек пучка Гиса в сочетании с признаками ишемии по данным сцинтиграфии миокарда

Г) тяжёлые желудочковые аритмии

Д) стабильная стенокардия у больных, которым предстоит операция на сосудах (аорта, бедренные, сонные артерии)

При восстановлении ритма у больного с персистирующей фибрилляцией предсердий для профилактики тромбоэмболии назначают

А) прямые антикоагулянты

Б) непрямые антикоагулянты

В) дезагреганты

Г) ингибиторы тромбина

Д) ингибиторы Х-а фактора свертывания

1. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда нижнебоковой стенки левого желудочка появляются в отведениях ( ПК-1, ОПК-1)
	1. II, III, АVF, V1-VЗ
	2. II, III, АVF, V4-V6
	3. II, III, АVL.,V1-VЗ
	4. II, III, АVF
	5. V4-V6

Отличие хронического обструктивного бронхита от бронхиальной астмы (ПК-1, ОПК-9)

А) Обильная мокрота

Б) Свистящие хрипы

В) Эозинофилия в мокроте и крови

Г) Необратимость бронхиальной обструкции

Д) Суточные изменения ОФВ1

Для III стадии хронической обструктивной болезни легких (тяжелое течение) не характерно (ПК-1, ОПК-9)

* 1. Увеличение ограничения воздушного потока
	2. ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%
	3. Нарастание одышки
	4. Снижение качества жизни
	5. ОФВ1> 80% от должной величины

Для определения степени тяжести хронической почечной недостаточности имеют значение все показатели крови, кроме: (ПК-1)

* 1. Уровень креатинина крови
	2. Показатели КЩС
	3. Величина клубочковой фильтрации
	4. Выраженность отечного синдрома

Выраженность анемии

### Практические задания

Задание № 1.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной П., 46 лет, жалуется на кашель с выделением мокроты желтого цвета до полстакана в сутки, иногда с примесью криви. Температура тела 37,6. С. В течение 5 лет наблюдается пульмонологом по поводу бронхоэктатической болезни. Заболевание возникло после затяжной пневмонии. В прошлом много курил, злоупотреблял алкоголем. При осмотре: больной несколько пониженного питания, цианоз лица, кончиков пальцев, ногтевые фаланги пальцев рук утолщены, ногти но типу часовых стекол. Над легкими - признаки эмфиземы, дыхательный шум на всем протяжении легких, жесткий, выдох удлинен, в прикорневых зонах выслушиваются свистящие-сухие хрипы, там же с обеих сторон определяются звучные средне-пузырчатые хрипы. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации. Анализ крови: НЬ 168.'л; л.11,2х10^, 11%,СОЭ 35мм/ч. Анализ мочи: относительная плотность 1.020. белок 1,65 г/л, эр.выщел. 5 в поле зрения, л. 6-8 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 4-6 в поле зрения. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №1 (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больная К., З5 лет, заболела через 3 дня после ушиба переносицы, появились покраснение и отек параорбитальных дуг. Лечение у окулиста глазными каплями, эффекта не давало. Через 2 мес. повысилась температура до 39°С, боль в мышцах конечностей, кровоточивость десен, сухость слизистых оболочек полости носа, красные пятна над локтевыми и коленными суставами. С подозрением на системную красную волчанку больная госпитализирована. При осмотре резко выраженный параорбитальный отек и эритема, эритема с участками изъязвления на коже бедер, ягодиц, над локтевыми суставами. Больная почти не может двигаться из-за боли в мышцах и сильной мышечной слабости. Мышцы болезненны при пальпации. Отмечаются дисфагия,поперхивание при проглатывании пищи, десны отечные, кровоточат. Изменений внутренних органов не обнаружено. Анализ крови: эр. 3,8х1012 /л, НЬ 100 г/л, цв. показатель 0,89, л. ^х109 /л, СОЭ 35 мм/ч. АсАТ 173 мкмоль/л, АлАТ 260 мкмоль/л. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения

Задание № 1.Больная 58 лет жалуется на общую слабость, одышку, которые усиливаются в последние 2 месяца, затрудненную походку. При осмотре бледность кожи, иктеричность склер. Язык гладкий, сосочки сглаженные, красный. Анализ крови: гемоглобин 83 г/л, ретикулоциты 2%, тромбоциты 110 000, полисегментарные нейтрофилы, цветовой показатель 1,2, железо сыворотки крови 27 мкмоль/л, билирубин 32 мкмоль/л, непрямой 27 мкмоль/л. ЭГДС – атрофический гастрит.Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание № 1.Больная Ц., 22 года. Предъявляет жалобы на выраженную изжогу, возникающую через 1 – 1,5 часа после приема пищи, отрыжку воздухом, периодически – ощущение кома за грудиной. Подобные жалобы беспокоят около 3-х месяцев. Не обследовалась, периодически самостоятельно принимала Омепразол 20 мг/сутки с положительным эффектом. Студентка вуза, 3 курс. Проживает в общежитии, режим питания нерегулярный.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей.

В общем и биохимическом анализах крови отклонений от нормы не выявлено. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

### Список контрольных заданий и иных материалов для проведения промежуточной аттестации на зачете

### Ситуационные задачи

Задача №1.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 73 лет в течение 2 лет периодически отмечал появление болей сжимающего характера за грудиной и сердцебиения при подъеме на 3 этаж. В течение последнего месяца число приступов постепенно увеличилось до 5 – 7 в неделю. Приступы стали интенсивнее, прекращались после снятия нагрузки, приема нитроглицерина. Обратился к участковому врачу, госпитализирован.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Гиперстенического телосложения. Отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание без хрипов. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 130/80 мм рт. ст., ЧСС -84 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненное. Мочеиспускание свободное.

В анализе крови: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, триглицериды - 1,12 ммоль/л, Хс ЛПВП - 1,57 ммоль/л, Хс ЛПНП -4,821моль/л, Хс ЛПОНП - 0,509моль/л, коэффициент атерогенности 3,395 ед (в норме от 0 до 3 ед.).

На ЭКГ – ритм синусовый, очаговых изменений нет.

 Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие пробы можно применить для уточнения диагноза?
3. Особенности фармакотерапии данного заболевания в пожилом возрасте?
4. Какие лекарственные препараты позволят улучшить прогноз?
5. Показано ли данному больному хирургическое лечение?

Задача №2.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 68 лет в течение нескольких лет отмечал появление болей сжимающего характера в области грудины до 2 раз в день при ходьбе и периодически одышку при обычной физической нагрузке. В течение последней недели число болевых приступов постепенно увеличилось и достигло 10-15 в день. Тяжесть приступов не изменилась, они прекращались после снятия нагрузки, иногда - после приема нитроглицерина. К врачам не обращался, других антиангинальных препаратов не принимал. В день госпитализации на улице развился тяжелый ангинозный приступ, не купировавшийся нитроглицерином. При поступлении: больной бледен, испуган, жалуется на сильные боли за грудиной. ЧДД -20 в мин. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 100 уд. в мин. На ЭКГ - в отведениях I, II, aVL, V1- V4 - высокий подъем ST, "коронарный" Т в V1-V6. В крови увеличен уровень миоглобина и тропонина, нейтрофильный лейкоцитоз. Температура тела - 37,8°С.

 Вопросы:

1. Какие основные клинические синдромы у данного больного?
2. Причины развития данного патологического состояния?
3. Объясните изменения лабораторных показателей крови.
4. Каковы механизмы развития гипертермии?
5. Сформулируйте клинический диагноз.

Задача №3. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больной 59 лет в течение 3 недель отмечал появление сердцебиения и болей за грудиной давящего характера до 2 раз в неделю при ходьбе. К врачам не обращался, антиангинальных препаратов не принимал. В день госпитализации на работе более 2 часов беспокоили жгучие боли за грудиной не купировавшийся нитроглицерином. При поступлении: больной бледен, акроцианоз, холодный пот. ЧДД -24 в мин. Над легкими в нижних отделах влажные хрипы. АД - 105/60 мм рт. ст., пульс - 110 уд. в мин. На ЭКГ - в отведениях I, II, aVL, V4- V6 - высокий подъем ST. На Эхограмме - истончение стенки левого желудочка, там же выявляется участок акинезии. В крови увеличен уровень миоглобина и тропонина, нейтрофильный лейкоцитоз. Температура тела - 37,2°С.

 Вопросы:

1. Чем страдал пациент до дня госпитализации?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Каковы механизмы нарушений сократимости миокарда?
4. Тактика ведения пациента.

5. Определите основные направления терапии.

Задача №4.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 56 лет. Доставлена бригадой СМП с жалобами на тяжесть в груди, удушье, развившимися впервые в жизни. В анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний нет, повышение АД отрицает. Накануне – эмоциональная нагрузка. Наследственность отягощена (у отца и матери ИБС в возрасте до 55 лет). Курит. При поступлении: состояние тяжёлое. Положение активное. Больная возбуждена. Кожа бледная, цианоз губ. Набухание шейных вен. ЧДД 28 в 1 мин, над нижними отделами легких умеренное количество влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов. Сердце не увеличено в размерах, тоны приглушены; выслушивается III тон над верхушкой, шумов нет. ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Отёков нет.

На ЭКГ – синусовая тахикардия, нормальное положение ЭОС, зубец Q и куполообразный подъём сегмента ST, переходящий в отрицательный зубец Т в отведения II,III, аVF.

Рентгенография органов грудной клетки: Очаговой патологии в лёгких не выявлено. Признаки лёгочной гипертензии.

 Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какой стандарт обследований необходим для подтверждения этого диагноза?
3. Тактика ведения и лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Реабилитация.

Задача №5. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 38 лет. Поступила с жалобами на боли в перикардиальной области, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле, поворотах тела, одышку, уменьшающуюся в положении сидя. Заболела остро, 2 дня назад. За неделю до этого отмечает симптомы ОРЗ с субфебрилитетом и слабостью.

Состояние средней тяжести, Температура 38°С. При перкуссии — сердце расширено в обе стороны. Тоны приглушены, в области III межреберья систолодиастолический шум, усиливающийся при надавливании фонендоскопом и наклоне вперед. Наблюдается уменьшение верхушечной пульсации. Пульс 88 уд/мин, наполнение его уменьшается на вдохе. АД 110/80 мм рт.ст. Частота дыхания 24 в минуту.

На рентгенограмме — расширение тени сердца во все стороны. На ЭКГ: снижение вольтажа, отрицательные зубцы Т.

На 3-й день состояние больной ухудшилось: возникла одышка в покое, боли в правом подреберье. Наблюдается цианоз, набухание шейных вен, увеличение печени, отеки. АД-100/90 мм рт. ст.

 Вопросы:

1. Диагноз при поступлении?
2. Каковы возможные причины данного состояния?
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
4. Чем осложнилось состояние пациентки?
5. Какую терапию следует проводить?

Задача № 6.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У 22-летнего мужчины с детства выслушивали систолический шум на основании сердца. АД 150/100 мм рт.ст. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка, неровные, зазубренные нижние края 5-7 ребер с обеих сторон. Снижение пульсации на ногах.

 Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Какой показатель Эхо-КГ имеет значение для принятия решения об оперативном лечении?
4. План лечения
5. Прогноз.

Задача № 7. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

18-летний больной направлен для обследования военкоматом. Развивался нормально. Над основанием сердца определяется грубый систолический шум с эпицентром во 2-ом межреберье у правого края грудины, проводится на сонные артерии. ЧСС 64 в минуту, ритмичные. АД плечевой артерии- 95/75 мм рт.ст., на бедренной артерии 110/90 мм.рт.ст.

 Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. У данного больного II тон над аортой буден ослабленный или усиленный?
4. План лечения
5. Прогноз.

Задача № 8. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 52 лет жалуется на кратковременные боли в области сердца, которые беспокоят в течении 2-х недель после перенесенного ОРЗ.

На ЭКГ отмечено снижение сегмента ST на 1.5 мм и отрицательный зубец Т. СОЭ 45 мм/час.

 Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Характерные изменения в биохимическом анализе крови.
4. План лечения
5. Прогноз.

Задача № 9. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

При обследовании у больного выявлены: диастолический шум и хлопающий 1 тон на верхушке, щелчок открытия митрального клапана, акцент II тона на лёгочной артерии; увеличение левого предсердия при нормальном левом желудочке.

 Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Наиболее частая причина развития данной патологии.
3. Характерный внешний вид больного.
4. Какие характерные изменения будут на ЭКГ?
5. План лечения.

Задача №10. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

54-летний больной жалуется на ощущение сдавления грудной клетки, одышку и ортопное в течение 2-х недель. При аускультации выявлены глухие тоны сердца, тахикардия, а также снижение пульсового давления до 20 мм рт.ст. Отмечено набухание шейных вен на вдохе.

 Вопросы:

1. Наиболее вероятная причина данного состояния.
2. Какой метод обследования наиболее информативный в данной ситуации?
3. Характерные изменения на ЭКГ.
4. Какие возможны осложнения?
5. План лечения.

Задача №11.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 35 лет поступила в стационар с жалобами на высокую (39,5о С) температуру, озноб, появившиеся после инфицированного аборта. Объективно: кожные покровы бледные, петехиальная сыпь на предплечьях, над аортой выслушивается диастолический шум, АД 100/40 мм. рт. ст., ритм неправильный, ЧСС 98/мин, пульс 80/мин, дефицит пульса 18. Пальпируется край селезенки.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Причина заболевания.

3. Характеристика аритмии.

4. Порок сердца.

5. Тактика лечения аритмии.

Задача № 12. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 22 лет, жалобы на одышку при физической нагрузке, аритмию, чувство замирания в области сердца. В детстве частые ангины, артрит. При обследовании: усиленная пульсация сонных артерий, верхушечный толчок усилен. При аускультации дующий пандиастолический шум, иногда преждевременный сердечный тон. АД 150/30 мм рт. ст., пульс 80/мин., аритмичный.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Аритмия.

3. Порок сердца.

4. Исследования – определения аритмии.

5. Тактика ведения больной.

Задача № 13.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 37 лет поступил в отделение терапии с жалобами на одышку при ходьбе, увеличение живота, перебои в сердце. Перебои в течение года, увеличение живота 3 месяца. В анамнезе злоупотребление алкоголем. Объективно: иктеричность склер, пастозность голеней, живот увеличен за счет асцита, пальпируется увеличенная плотная печень. Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные, преждевременные тоны, дефицит пульса 12/мин.

Вопросы:

1. Основной диагноз.

2. Сопутствующие заболевания.

3. Вид аритмии.

4. Исследования для подтверждения диагноза.

5. Лечение.

Задача № 14. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 54 лет поступил в клинику с жалобами на выраженное сердцебиение. Периодически приступы сердцебиения возникают после алкогольных эксцессов, иногда сопровождаются головокружением. При физикальном обследовании выраженной патологии не выявлено. На ЭКГ рубцовые изменения в передне-боковой стенке левого желудочка.

Вопросы:

1. Основной диагноз.

2. Осложнения.

3. Провоцирующий фактор аритмии.

4. Идентификация аритмии.

5. Вторичная профилактика аритмии.

Задача № 15. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 56 лет поступила в кардиологическое отделение с жалобами на головокружение, кратковременную потерю сознания, возникшие 2 недели назад. В анамнезе стенокардия III ФК. При обследовании в легких патологии нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС 32/мин, АД 160/70 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Основной диагноз.

2. Осложнения.

3. Причина кратковременной потери сознания.

4. Медикаментозное лечение.

5. Немедикаментозное лечение.

Задача № 16.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Пациентка 67 лет, жалуется на головные боли в течение 2 месяцев, повышение АД до 190/80 мм рт.ст. Курит до 10 сигарет в день. Отец умер от сердечного приступа в 70 лет, у матери было ОНМК в 64 года. Сестре 50 лет, страдает артериальной гипертензией.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожны покровы обычной окраски. Гиперстенического телосложения. Объём талии = 110 см. Отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание без хрипов. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, акцент 2-го тона на аорте. Левая граница относительной сердечной тупости по левой среднеключичной линии. АД - 185/70 мм рт. ст., ЧСС - 75 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненное. Мочеиспускание свободное.

Клинический анализ крови:

Нв -125 г/л, эритроциты - 4,5 х 1012, лейкоциты - 5,0 х 109, п/я -1%, с/я нейтрофилы-58%, э - 1%, лимфоциты - 35%, моноциты 6%. СОЭ - 12 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Биохимический анализ крови: мочевина – 7,5 ммоль/л, общий билирубин - 14 мкмоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, общий холестерин – 7,8 ммоль/л, АЛТ – 29 ед/л, АСТ – 26 ед/л.

На ЭКГ – ритм синусовый, признак Соколова - Лайона> 38 мм.

Вопросы:

1. Какие факторы риска имеют место у данной пациентки?
2. Каков риск сердечно – сосудистых осложнений?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. ополнительные методы исследования возможно назначить?
5. Основныенаправления в лечении?

Задача №17. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Пациентка 67 лет с жалобами на головные боли, периодически головокружения. В течение 10 лет подъёмы АД до 190/85 мм рт.ст.. Принимает индапамидретард. Последние 7 лет страдает сахарным диабетом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Гиперстенического телосложения. Объём талии = 96 см. Отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание без хрипов. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Левая граница относительной сердечной тупости по левой среднеключичной линии. АД -150/70 мм рт. ст., ЧСС -80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненное. Мочеиспускание свободное.

Клинический анализ крови не изменён.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок – следы, глюкоза – нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Биохимический анализ крови: мочевина – 7,5 ммоль/л, общий билирубин - 14 мкмоль/л, глюкоза – 7,5 ммоль/л, общий холестерин – 7,1 ммоль/л.

По результатам суточного мониторирования АД (СМАД) у пациентки систолическая артериальная гипертензия III степени. Суточный профиль САД «non-dipper».

Вопросы:

1. К какой группе риска относится данная пациентка?
2. Какой целевой уровень АД для больных сахарным диабетом?
3. На чем основывается определение суточного профиля АД при СМАД?
4. Как определяют пульсовое давление (ПД) и имеет ли оно прогностическое значение?
5. Тактикаведениябольной?

Задача № 18. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Женщина 43 лет на приеме у врача жалуется на головные боли, головокружение, повышенную утомляемость, нарушение менструального цикла, увеличение массы тела. При осмотре врач обратил внимание на особенность внешнего вида больной: багрово-красный румянец на щеках, значительное похудание рук и ног, своеобразное ожирение с увеличением живота («лягушачий» живот), отложение жира в области 7 шейного позвонка («шея бизона»), над ключицами, на голове редкие волосы, на лице оволосение в виде бороды и усов. На коже бедер, живота видны ярко-красные полосы, на спине и груди – угри. У больной также отмечается низкий голос, атрофия молочных желез.

При обследовании обнаружено повышение АД до 190/110 мм рт. ст., изменение сосудов глазного дна, на ЭКГ инверсия зубца Т, депрессия интервала ST, повышение глюкозы крови, концентрация АКТГ в плазме крови резко снижена.

При КТ выявлена опухоль левого надпочечника.

 Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Чем обоснован диагноз?
3. Как оценить резкое снижение концентрации АКТГ в плазме крови?
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения данного диагноза?
5. Какое лечение?

Задача № 19. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Женщина 37 лет обратилась к врачу с жалобами на сильную головную боль, парестезии, резкую мышечную слабость, особенно в нижних конечностях, кратковременные судороги, жажду, боли в мышцах, боли в области сердца ноющего характера без иррадиации, одышку, сердцебиение, перебои в работе сердца, полиурия, никтурия, полидипсия.

При осмотре: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 96/мин. АД 180/120 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень у реберного края, селезенка не увеличена.

На ЭКГ: ритм синусовый, двугорбый зубец Т за счёт появления зубца U, удлинение интервала QT, снижение интервала ST ниже изолинии, гипертрофия левого желудочка.

В крови повышенный уровень альдостерона, гипокалиемия. В анализе мочи гипоизостенурия, протеинурия, гиперкалийурия, увеличение выделения альдостерона.

При радиоизотопной диагностике обнаружено увеличение надпочечника справа.

При анализе симптомов и объективных данных выявлены следующие группы симптомов: а) связанные с повышенным АД (головные боли, изменение глазного дна, гипертрофия левого желудочка); б) нейро-мышечные симптомы (мышечная слабость, парестезии, преходящие параличи), в) мочевые симптомы (полиурия, полидипсия, никтурия, умеренная протеинурия).

Вопросы:

1. Диагноз заболевания.
2. Какие симптомы указываю на имеющуюся гипокалиемию.
3. Какие симптомы указывают на повышение уровня альдостерона?
4. Как расценить изменения в анализе мочи?
5. Какое консервативное лечение проводят до оперативного лечения.

Задача № 20.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Пациент 36 лет, поступил в стационар с жалобы на внезапную сильную головную боль, сердцебиение, крупную дрожь во всём теле, тошноту, однократную рвоту и чувство страха смерти.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Астенического телосложения. Отеков нет. Над легкими везикулярное дыхание без хрипов. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, акцент 2-го тона на аорте. Левая граница относительной сердечной тупости по левой среднеключичной линии. АД - 230/140 мм рт. ст., ЧСС -135 уд/мин, пульс напряженный. Живот мягкий, слегка вздут. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненное. Мочеиспускание свободное.

Клинический анализ крови:

Нв -135 г/л, эритроциты - 4,5 х 1012, лейкоциты - 5,0 х 109, п/я -1%, с/я нейтрофилы-58%, э - 1%, лимфоциты - 35%, моноциты 6%. СОЭ - 12 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Биохимический анализ крови: мочевина – 7,5 ммоль/л, общий билирубин - 14 мкмоль/л, глюкоза – 8,5 ммоль/л, общий холестерин – 6,8 ммоль/л, АЛТ – 29 ед/л, АСТ – 26 ед/л.

В моче повышен уровень катехоламинов и их метаболитов.

УЗИ почек и надпочечников: увеличение размеров левого надпочечника; размеры и контуры почек нормальные.

Вопросы:

1. Какие синдромы можно выделить у данного больного?

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

3. Назовите необходимые дополнительные исследования.

4. Сформулируйте клинический диагноз.

5. Назначьте лечение данному пациенту.

Задача № 21.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 58 лет. Полгода назад перенёс инфаркт миокарда. В течение недели нагрузка менее обычной приводит к одышке. Состояние средней тяжести, ЧДД - 24 в мин, над лёгкими справа ниже седьмого ребра незвучные влажные хрипы, тоны сердца приглушены, выслушивается ритм галопа, АД -100/70 мм рт. ст. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 98 в мин, QS в отведениях V 2 -V 4.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?

2. Назовите локализацию перенесённого инфаркта.

3. Какие большие критерии ХСН есть у данного пациента?

4. Укажите малые критерии ХСН у данного пациента.

5. Причины ритма галопа.

Задача № 22. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 62 лет, стала беспокоить одышка при обычной физической нагрузке, приступы одышки в ночные часы. Состояние средней тяжести, ЧДД - 20 вмин, над лёгкими везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, аритмичны, АД -100/70 мм рт. ст.

На ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС 122 в мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Сердечные причины прогрессирования ХСН у данного пациента.

3. Укажите большие критерии ХСН у пациента.

4. Укажите малые критерии ХСН у пациента.

5. Оптимальная комбинация препаратов в данной ситуации.

Задача № 23. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 42 лет в течение последнего года стал отмечать появление одышки в покое и нарастание при малейшей физической нагрузке. При осмотре: цианоз губ, отеки голеней, ЧДД -28 в минуту. Над легкими в нижних отделах справа дыхание не проводится, слева влажные хрипы. АД - 100/70 мм рт. ст., тоны сердца глухие, аритмичные, пульс 100 в минуту. Перкуторно печень увеличена на 6 см., при пальпации мягкая, болезненная.

На ЭКГ – фибрилляция предсердий с частотой сокращений желудочков 122 в минуту, признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка.

Эхокардиография выявила выраженную дилатацию всех полостей сердца, гипокинез стенок левого желудочка, снижение фракции выброса до 36 %, признаки легочной гипертензии, относительную недостаточность митрального и трёхстворчатого клапанов.

Рентгенологически выявлен правосторонний гидроторакс, кардиомегалия.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите большие критерии ХСН у пациента.
3. Укажите малые критерии ХСН у пациента.
4. Определите основные направления терапии.
5. Прогноз.

Задача № 24. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 82 лет с жалобами на одышку, усиливающуюся в ночные часы, в положении лёжа. Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией более 20 лет с привычным уровнем АД 160/90 мм рт. ст.; два года назад перенесла инфаркт миокарда, с тех пор стала беспокоить одышка при обычной физической нагрузке. Положение ортопноэ, ЧДД 26 в минуту, акроцианоз. АД 170/110 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 96 в 1 минуту, горизонтальное положение ЭОС, гипертрофия левого желудочка, патологический зубец Q в отведениях II, III, aVF. Эхокардиография выявила выраженную дилатацию всех полостей сердца, гипокинез стенок левого желудочка, снижение фракции выброса до 35 %, признаки легочной гипертензии, относительную недостаточность митрального и трёхстворчатого клапанов.

Вопросы:

* 1. Сформулируйте диагноз.
	2. Сердечные причины прогрессирования ХСН.
	3. Укажите большие критерии ХСН у пациента.
	4. Укажите малые критерии ХСН у пациента.
	5. Прогноз.

Задача № 25. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 87 лет вызвала врача в связи с нарастающим чувством нехватки воздуха в покое, кашлем по ночам, сердцебиением. В анамнезе ИБС, дважды инфаркт миокарда, постоянная форма мерцательной аритмии, много лет – одышка при физической нагрузке и отеки ног.

При осмотре: состояние тяжелое. Пониженного питания. Положение ортопноэ. Кожа бледная, цианоз губ. Набухшие шейные вены. Над легкими влажные не звонкие мелкопузырчатые хрипы, в нижние отделы дыхание не проводится, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм не правильный, ЧСС 130 в минуту, пульс 100 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Живот увеличен в объёме за счет асцита. Печень выступает на 7 см. из-под края реберной дуги, чувствительна при пальпации. Отеки голеней и стоп.

Рентгенография органов грудной клетки: гидроторакс слева до 7 справа до 5 ребра. Признаки лёгочной гипертензии. Сердце расширено в поперечнике. Эхокардиография: снижение фракции выброса до 24%.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Причины прогрессирования ХСН.
3. Укажите большие критерии ХСН у пациента.
4. Укажите малые критерии ХСН у пациента.
5. Лечение и прогноз.

Задача № 26. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 65 лет, предъявляет жалобы на давящую боль в области сердца при нагрузке, не купирующуюся нитроглицерином, на одышку, отеки ног. Набухание шейных вен на вдохе. При аускультации «ритм галопа», систолический шум на верхушке. Рентгенологически - признаки венозного застоя в легких, нормальные контуры сердца.

Вопросы:

* 1. Ваше диагностическое заключение.
	2. Характерные проявления эхокардиографического исследования.
	3. Дифференциальная диагностика.
	4. План лечение.
	5. Осложнения данного заболевания.

Задача № 27. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 43 лет, предъявляет жалобы на одышку, отеки ног. Положение вынужденное — сидит в постели. Набухание шейных вен. Отеки на нижних конечностях. Асцит. Перкуторно определяется увеличение размеров абсолютной тупости сердца во все стороны. При этом левая граница абсолютной тупости сердца расположена кнаружи от верхушечного толчка. При аускультации тоны сердца глухие.

 Вопросы:

1. Наиболее вероятная причина данного состояния.
2. Какой метод обследования наиболее информативный в данной ситуации?
3. Характерные изменения на ЭКГ.
4. Какие возможны осложнения?
5. План лечения

Задача № 28. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 62 лет страдает ИБС, Постинфарктным кардиосклерозом. В теченее года беспокоят быстрая утомляемость, периодически кровохаркание, одышка, быстро проходящая в покое. При пальпации расширение относительной сердечной тупости влево. Систолическое дрожание на верхушке, I тон ослаблен. ЭКГ- ритм синусовый, гипертрофия левого предсердия.

 Вопросы:

1. Наиболее вероятная причина ухудшения состояния.
2. План обследования.
3. Характерные изменения на Эхо-КГ.
4. План лечения
5. Показания к хирургическому лечению.

Задача № 29.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У подростка после пункции по поводу гнойного гайморита появились лихорадка с ознобом и профузным потом. Через некоторое время на аорте стал выслушиваться протодиастолический шум.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. 2.Какой метод обследования наиболее информативный в данной ситуации?
3. Показано ли бактериологическое исследование крови?
4. План лечения
5. Основные принципы применения антибиотиков

Задача № 30. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной, 65 лет, страдает хроническим обструктивным бронхитом в течение 20 лет. В последние полгода отмечает появление отеков голеней и стоп, ощущение тяжести в правом подреберье, одышки (в последнее 2-е недели и в покое). При осмотре – диффузный цианоз, бочкообразная грудная клетка, шейные вены набухшие. Руки теплые, симптом «барабанных палочек». Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги.

Вопросы:

1. Наиболее вероятная причина ухудшения самочувствия.
2. Дилатация каких отделов сердца развивается при данной патологии.
3. Достоверный метод диагностики легочной гипертензии.
4. План лечения.
5. Следует ли принимать оксигенотерапию с сердечными гликозидами одновременно.

Задача № 31. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 72 лет жалуется на интенсивную одышку, заставляющую принять сидячее положение, общую слабость.

Около 10 лет страдает приступами сжимающих загрудинных болей, возникающих при физической нагрузке, купировавшихся приемом нитроглицерина. Три года назад перенес инфаркт миокарда. Спустя полгода после выписки вновь стали появляться сжимающие боли за грудиной после умеренной физической нагрузки. Около 1,5 суток назад было 2 приступа загрудинных болей более интенсивных и продолжительных, чем обычно. Ночью проснулся отощущения нехватки воздуха, удушья.

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, значительно ослабленное в нижних отделах. Там же множественные влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 32 в мин. Границы сердца расширены влево на 2см. Тоны сердца значительно приглушены, ритм правильный, выслушивается 3-ий тон. ЧСС 120уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Край печени на 3см выступает из-под реберной дуги, закруглен, слегка болезненный при пальпации.

ЭКГ: ритм синусовый. Комплекс QRS типа QS в отведениях V2-3 , зубец Q в отведении V4 составляет ½ от величины зубца R, продолжительность его 0,04с. Зубец Q в отведениях III и aVF составляет ¾ зубца R, продолжительность его 0,05с. Сегмент ST смещен выше изолинии в отведениях V2-4. В отведениях III и aVF сегмент ST на изолинии, зубец Т слабоотрицательный.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Дайте заключение по ЭКГ.

4. С какими заболеваниями следует провести дифдиагноз?

5. Какое лечение (в том числе неотложные мероприятия) следует назначить данному больному?

Задача № 32. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 18 лет. С детства страдает приступами ритмичного учащенного сердцебиения с внезапным началом и внезапным окончанием приступа без нарушения гемодинамических показателей. Приступы часто возникали во время уроков физкультуры.

Кожные покровы обычной окраски и влажности, высыпаний нет. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст.



Рис. ЭКГ больного 18 лет.

Вопросы:

1. Дайте заключение по ЭКГ и сформулируйте предполагаемый диагноз.

2. Какой вид нарушений ритма возникает у данного больного?

3. Объясните патогенез развития данной патологии.

4. Какие еще методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

5. Предложите план лечения.

Задача № 33.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Пациентка 48 лет, вызвала СМП по поводу сильного сердцебиения, перебоев в работе сердца появившегося около часа назад.

В анамнезе - 2 года назад перенесла острый миокардит, после чего периодически беспокоят перебои в работе сердца, урежение пульса до 30-40 в мин., проходящие самостоятельно в течение нескольких минут.

Объективно: Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Тоны сердцаразличной громкости, ритм неправильный, ЧСС 88 уд/мин. дефицита пульса нет. АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, участвует в акте дыхания всеми отделами, мягкий, безболезненный во всех отделах. Отеков нет.

На ЭКГ – отсутствуют зубцы Р, интервалы R-R разные, ритм неправильный, 96 в мин.

После введения 1г новокаинамида в/в – резкое ухудшение состояния: головокружение, слабость, тошнота. Ритм сердца правильный, ЧСС 36 в мин., АД 90/60 мм. рт. ст.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования пациентки.

3. Как объяснить резкое урежение пульса на фоне лечения новокаинамидом.

4. Заболевания с которыми проводится дифференциальный диагноз.

5. Предложите план лечения.

Задача№ 34. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной М., 39 лет, поступил в отделение кардиореанимации по поводу рецидивирующих загрудинных болей сжимающего характера при ходьбе на расстояние до 300 м, подъеме на 2-й этаж, проходящих при прекращении нагрузки. Считает себя больным в течение последнего года, когда впервые появились похожие приступы болей при значительных физических нагрузках, поскольку они возникали достаточно редко, он не обращался за медицинской помощью. Ухудшение в течение последних двух недель, когда после неприятностей на работе приступы участились. Причиной вызова бригады «скорой помощи» стал впервые развившийся в ночное время болевой приступ, сопровождавшийся страхом смерти, прошедший после введения наркотических анальгетиков.

В течение 5 лет отмечает эпизодическое повышение АД максимально до 180/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области при стрессовых ситуациях. В этих случаях принимает 1 таблетку каптоприла с положительным эффектом (АД снижается до 130/80 мм рт.ст.). Постоянную антигипертензивную терапию не получает. При этом АД держится в пределах 130/80 мм рт.ст. Вредных привычек нет. Семейный анамнез: мать пациента страдает артериальной гипертензией, отец умер в возрасте 55 лет от ИМ.

При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостенического телосложения, рост - 170 см, вес - 80 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Отеков нет.

ЧД -15 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки ощущается примерно с одинаковой силой, причем в верхних участках громче, а в нижних - слабее.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии, разлитой, высокий, усиленный, резистентный. Границы относительной тупости сердца расширены влево до среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации отмечается приглушение тонов сердца. ЧСС - 85 в минуту. Ритм правильный. Шумов нет.

Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.

Тропониновый тест при поступлении отрицательный.

На ЭКГ синусовый ритм, **RI>RII>RIII**, увеличение амплитуды зубца *R* в левых грудных отведениях *RV4*<Rv5 <RV6, Rv6+^V2=35 мм.

Вопросы:

1. Оцените ЭКГ.

2. Сформулируйте диагноз. Как следует расценить ночной болевой приступ?

3. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

Задача №35.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной Л., 48 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на боли в эпигастрии давящего характера в течение 1 ч. Считает себя больным в течение 1 ч, когда впервые появились вышеописанные жалобы. Заболевание связывает с интенсивной физической нагрузкой: пришлось в быстром темпе подняться на 10-й этаж (в доме сломался лифт). Перенесенные заболевания отрицает, вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: отец больного страдает ИБС, перенес 5 инфарктов, первый - в возрасте 45 лет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Больной нормостенического телосложения, рост - 165 см, вес - 80 кг. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. Отеков нет.

ЧД -15 в минуту. При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации отмечается приглушение тонов сердца. ЧСС - 85 в мин. Ритм правильный. Шумов нет. АД 130/80 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края правой реберной дуги, безболезненная.

Тропониновый тест при поступлении положительный.

 ЭКГ - синусовый ритм. Депрессия сегмента *ST* в V3-6, отрицательный T в I, V4-6.

Вопросы:

1. Как интерпретировать ЭКГ-проявления заболевания у этого пациента?

2. Сформулируйте диагноз.

3. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

Задача №36. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 66 лет обратился к врачу с жалобами на кашель с трудноотделяемой светлой мокротой, без примеси крови, одышку при небольшой физической нагрузке (ходьба в обычном темпе на 200 метров по ровной дороге), общую слабость, потливость. Из анамнеза: курит 46 лет по одной пачке сигарет в сутки. Дома принимал антибиотики, отхаркивающую микстуру без особого эффекта. При обследовании: пониженного питания, легкий акроцианоз, пальцы в виде барабанных палочек, грудная клетка цилиндрической формы, при дыхании втягивание межреберных промежутков. Перкуторный звук коробочный, при аускультации дыхание жесткое, выслушиваются сухие разнокалиберные хрипы больше на выдохе, меняющие свой тембр при глубоком дыхании или покашливании. Тоны сердца глухие, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются, ЧСС 88 в мин., АД 140/ 80 мм. рт. ст. При рентгенологическом исследовании – усиленный легочный рисунок, признаки эмфиземы легких. Функция внешнего дыхания – ОФВ 1/ФЖЕЛ < 70% от должной величины.

Вопросы:

1. Какой диагноз?

2. Признаки бронхиальной обструкции.

3. Какой тест необходимо проводить для определения стадии заболевания?

4. Причины возникновения данного заболевания?

5. Какое лечение необходимо назначить больному?

Задача №37 (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 59 лет предъявляет жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты светло-желтого цвета, одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза – много лет курит. Последний год отмечает появление одышки при физической нагрузке малой мощности (подъем на второй этаж), отеки на ногах. При обследовании: грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расположены горизонтально втягиваются при дыхании. Набухшие шейные вены, цианоз губ, пульсация в эпигастральной области. Перкуторный звук коробочный, при аускультации сухие жужжащие хрипы больше на выдохе. Тоны сердца глухие ритм правильный, акцент второго тона над легочной артерией Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. При рентгенографии: легочные поля эмфизематозны, очаговых и инфильтративных изменений нет, выбухает conuspulmonalis. На ЭКГ признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка. Проведена пикфлуометрия – отмечено снижение пиковой скорости выдоха (ПСВ),ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%. Поставлен диагноз: хроническое обструктивное заболевание легких (ХОБЛ) II стадии (среднетяжелое течение), эмфизема легких, пневмосклероз, хроническое легочное сердце в стадии субкомпенсации, ДН II ст.

Вопросы:

1. Какие признаки бронхиальной обструкции?

2. Механизм бронхиальной обструкции?

3. Как определить обратимость бронхообструкции?

4. Как уменьшить гемодинамическую нагрузку на правый желудочек?

5. Как подтвердить наличие легочного сердца?

Задача №38.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У больного 53 лет около двух лет отмечается одышка, небольшой кашель без мокроты, иногда боли в грудной клетке при глубоком вдохе или кашле. В последние 2 месяца стали усиливаться одышка (в настоящее время появляется в покое) и сухой кашель. При обследовании выявлено: цианоз губ, акроцианоз, диффузный цианоз лица, пальцы рук в виде барабанных палочек. При аускультации в легких ослабленное дыхание, укорочение вдоха и выдоха, крепитирующие хрипы на всем протяжении легочных полей, усиливающиеся при глубоком дыхании. ЧДД 26 вмин, пульс 84 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный, патологические хрипы не выслушиваются. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Перкуторно край ее определяется у края реберной дуги. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены диффузные мелкоочаговые изменения в обоих легких, сетчатая деформация легочного рисунка, понижена прозрачность в нижних отделах легких. Спирометрия – снижение ЖЕЛ. ФЖЕЛ1 и индекс Тиффно не изменены.

Вопросы:

1. Какой тип дыхательной недостаточности?

2. Какие изменения газового состава крови могут быть выявлены?

3. Какое заболевание можно предполагать?

4. Лечение.

5. Прогноз заболевания.

Задача №39. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 59 лет жалуется на кашель в течение многих лет. В последнее время кашель сопровождается выделением гнойной мокроты в количестве 50 – 70 мл, без примеси крови, повышение температуры тела до 37,8оС, общую слабость, потливость. Курит в течение около 40 лет по одной пачке сигарет без фильтра в сутки.

Объективно: диффузный серый цианоз лица, акроцианоз. В легших перкуторный звук коробочный. Аускультативно выслушиваются сухие басовые хрипы с обеих сторон, дыхание жесткое. Тоны сердца глухие, ритм правильный, ЧСС 90 вмин Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 3 – 4 см ниже реберной дуги, плотная. При рентгенографии усиление легочного рисунка.

Функция внешнего дыхания – ОФВ1< 50%. ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Стадия заболевания.

3. Наиболее вероятная причина заболевания.

4. Необходимые исследования.

5. Лечение.

Задача №40. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больному 58 лет. Основной жалобой является одышка, которая усиливается при небольшой физической нагрузке (ускорение ходьбы), при вдыхании холодного воздуха. Курит много лет, кашель в течение последних 30 лет. Обьективно: диффузный теплый цианоз, но в последнее время (месяц) появился акроцианоз, холодный цианоз, усиливающийся при обострении заболевания. Выявлена пульсация в эпигастральной области, направленная сверху вниз, пастозность стоп и голеней. Над легкими коробочный перкуторный звук, при аускультации в легких рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах обоих легких мелкопузырчатые влажные незвонкие хрипы. Тоны сердца глухие из-за эмфиземы легких, акцент и расщепление II тона над легочной артерией. Печень увеличена на 4 – 5 см, селезенка не увеличена. В анализе крови эритроцитоз 6,5 млн., замедление СОЭ до 6 мм/час. Рентгеноскопия грудной клетки: картина эмфиземы легких, диффузного пневмосклероза, увеличение правого желудочка, выбухание conuspulmonalis. На ЭКГ P-pulmonale, гипертрофия правого желудочка.

Вопросы:

1. Основной диагноз.

2. Осложнения основного диагноза.

3. Признаки гипертрофии правого желудочка.

4. Признаки дыхательной недостаточности.

5. Признаки сердечной недостаточности.

Задача №41. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 59 лет поступил в стационар по поводу усилившейся одышки при небольшой физической нагрузке и в покое, кашля с выделением густой вязкой мокроты светло-желтого цвета в небольшом количестве, повышение температуры тела до 37,3 – 37,5, общую слабость, быструю утомляемость. Много лет курит по 1 пачке сигарет в день. 5 лет назад появились приступы удушья с усилением кашля чаще возникают по ночам. Приступы проходят после применения аэрозольного препарата. При обследовании выявлено: диффузный серый цианоз лица, акроцианоз, набухшие шейные вены, отеки на ногах. Грудная клетка бочкообразной формы, перкуторно определяется коробочный звук. При аускультации выслушиваются сухие хрипы в том числе свистящие. Тоны сердца глухие, ритм правильный, акцент второго тона над легочной артерией. АД 140/80 мм. рт. ст., ЧСС 98 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 6-7 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Анализ крови – Hb 170 г/л, эритроциты 5,9 млн/, лейкоциты 6 тыс., тромбоциты 270 тыс., СОЭ 36 мл/час. На ЭКГ высокие остроконечные зубцы Р в отведениях II,III и АVF, высокие зубцы R в правых грудных отведениях и глубокие зубцы S в левых грудных отведениях, электрическая ось отклонена вправо. ОФВ1< 50%, ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%.

Вопросы:

1. Какой диагноз.

2. Форма заболевания.

3. Осложнения.

4. Признаки сердечной недостаточности.

5. Рекомендуемое лечение.

Задача №42. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 18 лет жалуется на периодические приступы одышки, кашля с трудноотделяемой мокротой. Температура тела не повышалась. Считает себя больным около двух лет, когда состояние ухудшилось. Заболевание началось с детства, когда, как правило весной, возникал насморк и аллергические высыпания на коже. Приступы одышки и кашля возникают чаще в теплое время года и вскоре проходят самостоятельно или после приема супрастина или пипольфена. Курит по 1 пачке сигарет в день. В последние полгода приступы возникают 1 раз в одну-две недели, ночные приступы отмечает реже одного раза в месяц. При обследовании – состояние средней тяжести, пастозность стоп, кожные покровы обычной окраски без высыпаний. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца достаточной громкости, ритм правильный, перкуторно границы сердца не расширены . Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. При рентгенологическом обследовании легочные поля прозрачные, очаговых инфильтративных изменений не выявлено. Общий анализ крови: Hb 149 г/л, Эр. 4650000, л. 7400, тромб. 275, формула без патологических изменений, за исключением некоторого увеличения эозинофилов до 5%.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какая форма заболевания.

3. Профилактическое лечение.

4. Рекомендации в случае возникновения приступа.

5. Тактика лечения приступа при повышенной температуре.

Задача №43. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 53 лет поступил в стационар с жалобами на внезапно возникшую одышку, боли в грудной клетке, сердцебиение, кровохаркание. Много лет страдает хроническим обструктивным бронхитом, гипертонической болезнью. При осмотре цианоз лица, шеи, плечевого пояса. На голенях варикозное расширение вен. При пальпации икроножных мышц – болезненность. В легких жесткое дыхание, шум трения плевры справа. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над легочной артерией. Живот болезненный в эпигастрии.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Причина данного осложнения.

3. Ожидаемые изменения на ЭКГ.

4. Причина болей в грудной клетке.

5. Лечение.

Задача №44. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 22 лет жалуется на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди. Больна один год. Из анамнеза известно, что приступы чаще ночью и проходят спонтанно с исчезновением всех симптомов. В весеннее время много лет возникает вазомоторный ринит. При осмотре и рентгенологическом исследовании отклонений от нормы не обнаружено. В анализе крови эозинофилия.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Форма заболевания.

3. Какие исследования необходимы для уточнения этиологии?

4. Купирование приступа удушья.

5. Лечение в межприступном периоде.

Задача №45. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 43 лет доставлена скорой помощью в стационар с некупирующимся приступом экспираторного удушья. Страдает приступами удушья 10 лет, лечилась самостоятельно ингаляционными бета-стимуляторами. Последний приступ не купировался в течение 7 часов. При поступлении больная возбуждена, выраженная потливость, ортопноэ, дыхание 36/мин, поверхностное. При аскультации дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие, АД 100/70 мм. рт. ст, ЧСС 110/мин.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Осложнение.

3. Лечение.

4. Тактика при неэффективности лечения.

5. Бронхолитическая терапия.

Задача №46. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

К участковому терапевту обратился мужчина 45 лет, курящий с детства, с жалобами на сильную боль в правом боку, похудание, кашель с прожилками алой крови. При осмотре обнаружено расширение вен на передней поверхности грудной клетки и шее. При перкуссии и аускультации над верхней долей правого лёгкого выявлено выраженное притупление и ослабление дыхания. Общий анализ крови: СОЭ 62 мм/ч.

Вопросы:

 1. Предварительный диагноз?

 2. План обследования и лечения.

 3. Дифференциальная диагностика.

 4. Классификация данного заболевания по локализации.

 5. Прогноз.

Задача № 47. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 27 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на озноб, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку во время глубокого дыхания. Над нижними и средними отделами правого лёгкого выслушивались влажные мелкопузырчатые хрипы, над средними — крепитация. На рентгенограмме в проекции сегмента S6 правого лёгкого выявлена инфильтрация. Содержание в крови лейкоцитов 12 • 109/л, СОЭ 28 мм/ч. На 5-й день лечения состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 41 °С, появилась обильная гнойная мокрота, усилилась тахикардия.

Вопросы:

 1. Какова наиболее вероятная причина ухудшения состояния пациента?

 2. Диагностика и план обследования.

 3. Дифференциальная диагностика.

 4. План лечения.

 5. Прогноз.

Задача № 48. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У больного 35 лет в течение 2-х недель слабость, повышение температуры до 38°С, повышенная потливость, утомляемость, боли в грудной клетке справа при дыхании. При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, голосовое дрожание справа в нижних отделах не проводится, там же интенсивное притупление. Аускультативно: справа в нижних отделах дыхание ослаблено, ЧДД 28 в минуту, ЧСС 100 в мин. В анализе крови- лейкоциты- 12 тыс/мл, СОЭ- 38 мм/час.

Вопросы:

 1. Предварительный диагноз.

 2. Диагностика и план обследования.

 3. Дифференциальная диагностика.

 4. План лечения.

 5. Прогноз.

Задача № 49. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 15 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением до 200 мл слизисто-гнойной мокроты с запахом, кровохарканье, повышение температуры до 38° С, недомогание, одышку. В детстве часто отмечал кашель. В течение последних 5 лет ежегодно обострение.

 Вопросы:

 1. Наиболее вероятный диагноз.

 2. Диагностика и план обследования.

 3. Дифференциальная диагностика.

 4. План лечения.

 5. Прогноз

Задача № 50. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У больного 45 лет, госпитализированного в терапевтическое отделение 3-и дня назад по поводу обострение хронического гастрита, внезапно появилась лихорадка, отделение гнойной мокроты, наросла слабость, утомляемость. Аускультативно: влажные звонкие крупнопузырчатые хрипы в нижних отделах легких слева. В анализах крови- лейкоциты 11 тыс/мл, СОЭ 20 мм/час.

Вопросы:

 1. Наиболее вероятный диагноз.

 2. Диагностика и план обследования.

 3. Дифференциальная диагностика.

 4. План лечения.

 5. Существующие показания к проведению интенсивной терапии.

Задача №51. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больная 28 лет с жалобами на преходящие боли и опухание голеностопных, лучезапястных и межфаланговых суставов, лихорадку. Последний месяц отмечает разбитость, утомляемость, общую слабость, одышки не было. На правой голени появилась неяркая плотная бляшка диаметром 2x2 см. Анализ крови изменений не выявил. На прямой обзорной рентгенограмме грудной клетки обнаружено симметричное расширение корней лёгких.

####  Вопросы:

1. Какой диагноз можно предположить на основании этих данных?
2. Какой характерный синдром описан в данном случае?
3. Высокоинформативный метод диагностики?
4. Особенности лечения.
5. Прогноз.

Задача №52. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 40 лет с жалобами на озноб, повышение температуры тела, сухой мучительный кашель. Перкуторный звук лёгочный, при аускультации выслушивается нежная крепитация над нижними отделами обоих лёгких по задней поверхности.

В клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз, эозинофилия до 12%, СОЭ 40 мм/час. Рентгенологически обнаружено нежное гомогенное затемнение нижних полей обоих лёгких.

Получала антибактериальную терапию 10 дней с положительной клинической и рентгенологической картиной.

Из анамнеза известно, что пациентка работает на птицефабрике.

На вторые сутки после выхода на работу клиническая картина возобновилась. При проведении КТ лёгких обнаружен двусторонний интерстициальный процесс в нижних долях.

Вопросы:

* 1. Какое заболевание у пациентки?
	2. Этиология данного заболевания.
	3. Что лежит в основе патогенеза данного заболевания?
	4. Профилактика и лечение.
	5. Прогноз.

Задача №53. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 62 лет с жалобами на повышение температуры тела до 37,5° С, постепенное нарастание одышки, появление сухого непродуктивного кашля, слабости и быстрой утомляемости. Пониженного питания. ЧДД 24 в минуту, инспираторная одышка. Перкуторно определяется небольшое укорочение лёгочного звука в нижних отделах и снижение дыхательной экскурсии нижнего края лёгких, там же при аускультации выслушивается крепитация на фоне ослабленного везикулярного дыхания.

На рентгенограмме органов грудной клетки двусторонние инфильтративные затемнения нижних долей обоих лёгких различной интенсивности.

В анамнезе приём амиодарона в течение 5 лет по поводу нарушения ритма сердца.

Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Диагностические методы обследования.
4. Лечение.
5. Прогноз.

Задача №54. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 27 лет с жалобами на лихорадку до 38,5° С, внезапное появление одышки, сухого непродуктивного кашля, слабости и быстрой утомляемости. ЧДД 22 в минуту. При аускультации выслушивается двусторонняя крепитация в межлопаточном пространстве.

В клиническом анализе крови лейкоцитов 13\*109/л, эозинофилов 7%, СОЭ 18 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки изменений не выявлено.

В анамнезе в течение двух недель принимал сульфаниламидный препарат.

#### Вопросы:

1. Какое заболевание у пациента?
2. Какие данные позволили определить форму течения заболевания?
3. Наиболее важный диагностический признак данного заболевания, выявляемый при объективном исследовании?
4. Как меняется функция внешнего дыхания при этом заболевании?
5. Лечение и прогноз.

Задача №55. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 68 лет с жалобами на постепенное нарастание одышки, невозможность сделать глубокий вдох, боли в грудной клетке в задненижних отделах, сухой непродуктивный кашель, субфебрилитет, слабость и повышенную утомляемость. Пониженного питания. Диффузный серый цианоз. Утолщение концевых фаланг пальцев в виде «барабанных палочек» и изменение ногтей по типу «часовых стекол». ЧДД 28 в минуту, инспираторная одышка. Определяется небольшое укорочение перкуторного звука в нижних отделах и снижение дыхательной экскурсии нижнего края лёгких, там же при аускультации выслушивается крепитация на фоне ослабленного везикулярного дыхания.

На рентгенограмме органов грудной клетки крупноячеистая деформация лёгочного рисунка нижних долей обоих лёгких.

В анамнезе пациент в течение 7 лет состоит на диспансерном наблюдении у пульмонолога.

#### Вопросы:

#### 1. Ваш диагноз?

#### 2. Синонимы названия заболевания.

#### 3. Как называют изменения лёгких в терминальной стадии заболевания?

#### 4. Лечение.

#### 5. Осложнения и прогноз.

Задача № 56.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 25 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на отеки на лице и нижних конечностях, головную боль, общую слабость, сердцебиение.

Из анамнеза установлено, что пациентка 2 недели назад перенесла фолликулярную ангину. Два дня назад отметила отеки под глазами, появление красновато-бурой мочи, стали нарастать отеки, которые распространились на конечности, не исчезли в течение дня, количество выделяемой мочи резко уменьшилось.

Объективно: общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, отеки на лице и нижних конечностях. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68 в 1мин. АД 180/100 мм.рт.ст. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

В общем анализе мочи протеинуря, гематурия, лейкоцитурия.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования.
3. Проявление какого синдрома будет наблюдаться в биохимическом анализе крови?
4. План лечение.
5. Дифференциальный диагноз.

Задача № 57.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 31 года, предъявляет жалобы на головною боль тупого характера, быструю утомляемость, отечность лица.

Из анамнеза выяснено, что в 13-летнем возрасте у него было заболевание почек, по поводу чего находился на стационарном лечении. С 23-летнего возраста периодически беспокоили головная боль, головокружение, отмечалось повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст., лечился нерегулярно гипотензивными средствами. Ухудшение состояния 5 дней, что связывает с переохлаждением. С детства часто болеет ангиной.

Объективно: бледность кожных покровов, одутловатость лица. При перкуссии левая граница сердца по левой срединно-ключичной линии, тоны сердца глуховатые, систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте. Пульс ритмичный, напряженный, 88 в минуту. АД 170/ 100 мм рт.ст. Симптом Пастернацкогоотрцательный с обеих сторон. Другие системы без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Перечислите клинические варианты данного заболевания.
4. Наметьте план лечения.
5. Перечислите симптомы, входящие в мочевой синдром.

Задача № 58.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 22 лет, поступила в терапевтическое отделение стационара с жалобами на отеки лица, поясницы и нижних конечностей, сухость во рту, жажду, уменьшение количества выделяемой мочи, общую слабость.

3 года назад после перенесенной ангины впервые был обнаружен белок в моче.

Объективно: состояние средней тяжести, отмечаются бледность и сухость кожных покровов. Выраженные отеки на лице, нижних конечностях, в области поясницы. В нижних отделах легких ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, 70 ударов в минуту, АД - 125/75 мм рт.ст.

Анализ крови: Эр. 3,7 млн/л, НЬ - 105 г/л, ЦП - 0,85, Л. - 6,8 тыс/ л, СОЭ 40 мм/час, лейкограмма без особенностей. Общий белок 60 г/л. альбумины 30%, холестерин 10,1 ммоль/л, мочевина 7,2 ммоль/л, креатинин 100мкмоль/л.

Анализ мочи: прозрачная, уд. вес 1021, кислая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры зернистые и гиалиновые 5-6, восковидные 2-3 в поле зрения.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте необходимые обследования.
3. Составьте план лечения.
4. Основной симптом нефротического синдрома.
5. Показано ли санаторно-курортное лечение?

Задача № 59.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная поступила с жалобами на субфебрильную температуру, тупую боль в поясничной области, больше справа, жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, периодически возникающую головнуюболь.

Из анамнеза заболевания выяснено, что в детском возрасте больная перенесла острый пиелонефрит. В течение последних 5 лет после переохлаждения периодически возникали боли в поясничной области,

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, в легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс - 78 в минуту, напряженный, АД - 170/105 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа.

Анализ крови: Эр. 4,5 млн/л, НЬ - 135 г/л, ЦП 0,9, Л. 8,9 тыс/л, э -1%, п - 6%, с - 60%, лимф. - 25%, мои. - 8%, СОЭ 35 мм/час, мочевина

6,7 ммоль/л.

Анализ мочи: мутная, уд.вес - 1008, кислая, белок 0,066 г/л, лей­коциты 20-30 в поле зрения, эритроциты свежие 1-2 в поле зрения, оксалаты +++. Проба Зимницкого: колебания относительной плотности от 1006 до 1014, дневной диурез 720 мл, ночной диурез 1760 мл. УЗИ почек: расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек, единичные микролиты.

Вопросы:

1. 1.Сформулируйте клинический диагноз.
2. 2.Какие дополнительные исследования необходимы?
3. Назначьте лечение.
4. 4.Необходимо ли данной пациентке гинекологическое обследование?
5. Перечислите симптомы, входящие в мочевой синдром.

Задача №60.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39 С, тянущие боли в пояснице(больше слева). Считает себя больным около 2 месяцев. Объективно: кожные покровы бледные, отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Легочная и сердечная системы без патологии. Живот мягкий, слегка болезненный при глубокой пальпации слева. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Нв- 168 г/л, лейкоциты- 8.7 тыс/л, тромбоциты- 425 тыс/ лСОЭ- 39 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 0 0.066 г/л, эритроциты- 20-25 в поле зрения, лейкоциты- единичные. При УЗИ обнаружено округлое плотное образование диаметром 4.5 см в левой почке.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы?
3. Характерные изменения в общем анализе крови для данной патологии.
4. Может ли данное заболевание осложниться развитием ХПН?
5. Перечислите симптомы, входящие в мочевой синдром.

Задача №61. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У женщины 62 лет с ожирением отмечаются боли, припухлость, ограничение подвижности в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей ближе к вечеру, после работы. Пальпируются плотные узелки в области дистальных суставов кистей.

Вопросы:

1. Диагноз

2. Образования на боковых сторонах пальцев кистей, названия.

3. Дополнительные исследования для подтверждения диагноза.

4. Немедикаментозное лечение.

5. Медикаментозное лечение.

Задача №62. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У больной 68 лет пять лет назад стали беспокоить боли в правом коленном суставе. Боли возникают при ходьбе, исчезают или уменьшаются в покое. Иногда при движении внезапно возникают сильные боли в суставе, невозможность движения. Через несколько минут боли проходят самостоятельно.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Оценить ситуацию невозможности дальнейшего движения.

3. Причина данной ситуации.

4. Необходимые инструментальные исследования.

5. Лечения заболевания.

Задача №63. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У больного 55 лет возник приступ сильнейшей боли в первом плюсне-фаланговом суставе левой стопы. При осмотре сустав резко отечен, кожа над ним багряно-синюшного цвета. Пальпация невозможна из-за болей. НПВС не помогают. Ранее были эпизоды часто повторяющиеся один за другим подобные приступы.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Оказание первой помощи.

3. Ситуация с часто повторяющимися приступами.

4. Лечение.

5. Рекомендации по диете.

Задача №64. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больного 55 лет беспокоят боли в поясничной и крестцовой области, возникающие в покое в предутренние часы (в 4-5 часов ночи). Боли проходят при движении или после приема теплого душа.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Форма заболевания.

3. Лечение.

4. Рекомендации по режиму.

5. Физиотерапевтическое лечение.

Задача №65. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У больной 16 лет после ангины возникли боли в правом локтевом суставе, припухлость и ограничение движения. Температура тела 37,9-38,4оС. Симптомы быстро проходят после приема салицилатов. При стихании боли в одном суставе начинаются в другом. Систолический шум на верхушке, ритм галопа.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Характеристика болей.

3. Оценить изменения в сердце.

4. Плановое лечение.

5. Профилактика заболевания.

Задача №66**.**(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

У больного 20 лет желтуха с шафрановым оттенком кожи, повышение температуры тела до 39,5°С. При осмотре выявлено «готическое» нёбо, неправильное расположение зубов, микрофтальм, синдактилия. Селезёнка увеличена. Отмечал периодически потемнение мочи.

В клиническом анализе крови нормохромная анемия, микросфероцитоз, ретикулоцитоз, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тельца Жолли. Общий билирубин - 42,8 мкмоль/л, непрямой - 38,4 мкмоль/л, прямой - 4,4 мкмоль/л. Отрицательная проба Кумбса.

Брат с детства наблюдается у врача по поводу анемии.

Вопросы:

 1. Определите характер желтухи у больного.

 2. Какой поставите диагноз?

 3. Инструментальные методы исследования.

 4. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику?

5. Прогноз и профилактика.

Задача №67**.**(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 63 лет жалуется на общую слабость, одышку, головокружение, периодически кратковременные потери сознания в последние 3 месяца. При осмотре: бледность кожи и слизистых оболочек. Периферические лимфоузлы не увеличены. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 2,4 млн., ретикулоциты 18%, лейкоциты 30 000, цветной показатель 0,77. Железо сыворотки 7 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Гематологическая характеристика заболевания.

3. Причина заболевания.

4. Обследование для уточнения диагноза.

5. Лечение.

Задача №68.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 58 лет жалуется на общую слабость, одышку, которые усиливаются в последние 2 месяца, затрудненную походку. При осмотре бледность кожи, иктеричность склер. Язык гладкий, сосочки сглаженные, красный. Анализ крови: гемоглобин 83 г/л, ретикулоциты 2%, тромбоциты 110 000, полисегментарные нейтрофилы, цветовой показатель 1,2, железо сыворотки крови 27 мкмоль/л, билирубин 32 мкмоль/л, непрямой 27 мкмоль/л. ЭГДС – атрофический гастрит.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Вид анемии.

3. Гематологические особенности заболевания.

4. Возможные причины анемии.

5.Лечение.

Задача №69. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 26 лет доставлен в стационар по поводу кровотечения из десен, болей в горле, затрудненное глотание, высокой температуры тела, общей слабости. Заболел неделю назад. При осмотре: бледность кожных покровов, множественные петехии на коже, температура тела 39оС, пульс 110/мин, АД 100/70 мм. рт. ст. Печень у реберного края, селезенка не увеличена. Анализ крови: гемоглобин 56 г/л, лейкоциты 25 000, бластные клетки 40%, ретикулоциты 1%, тромбоциты 35 000, лимфоциты 69%.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Предварительно форма заболевания.

3. Что ожидается в миелограмме.

4. Причина кровотечения.

5. Тактика лечения.

Задача №70.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 29 лет госпитализирован с жалобами на боли в эпигастральной области, слабость, утомляемость. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Кожные покровы и слизистые бледные, при пальпации живота болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – 3,5 млн/мл, цветной показатель – 0,77, тромбоциты – 195 000, ретикулоциты – 0,5%, в остальном без особенностей. Общий билирубин – 12 мкмоль/л, железо – 4,5 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. На основании чего поставлен диагноз.

3. Какие исследования подтвердят скрытое кровотечение.

4. Тактика лечебных мероприятий.

5. Стратегия лечебных мероприятий.

Задача №71. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 65 лет жалуется на одышку при ходьбе, общую слабость, плохой аппетит, чувство онемения в конечностях, шаткую походку. Больна около года. При осмотре: бледность кожных покровов и слизистых с желтушным оттенком. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, ритм правильный, дующий систолический шум на верхушке. Язык ярко-красный, сосочки сглажены, печень не увеличена. Консультация невролога – нарушение глубокой чувствительности. Анализ периферической крови: гемоглобин 85 г/л, цветовой показатель 1,2, тромбоциты 65×109/л, лейкоциты 5,0×109/л, формула без особенностей, СОЭ 31 мм/ч. Железо сыворотки крови 25 мкмоль/л, билирубин общий 25 мкмоль/л, прямой 19 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Дополнительные данные при полном анализе мазка крови.

3. Инструментальное дополнительное исследование и его цель.

4. Лечение.

5. Поддерживающее лечение.

Задача №72.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больной 29 лет, поступил в стационар с жалобами на боль в зеве при глотании, повышение температуры тела до 38° С, боль в костях и суставах, кровоточивость десен, нарастающую общую слабость.

Заболел 2 недели назад, когда после переохлаждения повысилась температура до 39°С, появились боль в зеве при глотании, головная боль. Участковый врач диагностировал ангину и назначил ампициллин внутрь, полоскание зева раствором фурациллина, однако у больного лихорадка продолжалась, начала беспокоить боль в костях, появилась кровоточи­вость десен, наблюдалось однократное носовое кровотечение.

Состояние средней тяжести. Больной адинамичен, бледность кожи и видимых слизистых оболочек, мелкоточечные и пятнистые кровоизлияния на коже конечностей, выраженная гиперплазия десен и миндалин. Язвенно-некротические изменения в ротовой полости. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное ды­хание. Систолический шум на верхушке сердца. Тоны приглушены, та­хикардия. АД 100/65 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка - на 3 см, пальпация их безболезненна.

Анализ крови: НЬ - 90 г/л, Эр. 3,0 млн/л, ЦП 0,9, тромб. 65 тыс/л, лейк. 26 тыс/л, э. 1%, с. 33%, лимф. 10%, мон. 5%, миелобласты 51%, СОЭ 60 мм/час. Анизоцитоз и пойкилоцитоз.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Перечислите синдромы, обусловленные недостаточностью костного мозга.
3. Характерные изменения в общем анализе крови.
4. Показана ли этому пациенту трансфузия тромбоцитарной массы?
5. Принципы лечения.

Задача № 73.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 16 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38° С, повторные носовые кровотечения, одышку при ходьбе, сухой кашель, резкую общую слабость.

Заболел 4 недели назад, когда стал отмечать снижение работоспособности, головную боль, головокружение, общую слабость, с трудом посещал занятия в школе. В дальнейшем повысилась температура тела - до 37,5 - 38°С, появились носовые кровотечения.

Состояние средней тяжести, бледность кожи и видимых слизистых оболочек, мелкоточечные геморрагические высыпания на коже туловища и конечностей. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы (подчелюстные, шейные и подмышечные), эластической консистенции, безболезненные. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца при­глушены, тахикардия. АД - 110/60 мм рт.ст. Пальпируется печень на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка - на 2 см.

При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы.

Анализ крови: НЬ 60 г/л, Эр. 1,8 млн/л, ЦП 1,0, тром. 65 тыс/л, лейк. 8,2 тыс/л, п. 1%, с 7%, лимф. 11%, мон. 2%, лимфобласты 79%, СОЭ 50 мм/час. Выражены анизоцитоз и пойкилоцитоз.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Перечислите синдромы, обусловленные недостаточностью костного мозга.
3. Характерные изменения в общем анализе крови.
4. Показана ли этому пациенту трансфузия тромбоцитарной массы?
5. Принципы лечения.

Задача № 74. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больной 44 лет в течение нескольких месяцев отмечает увеличение надключичного лимфоузла. Самочувствие удовлетворительное, температура тела 37.2 С. При физикальном исследовании без патологических изменений. В анализе крови: НВ- 144 г/л, эритроциты- 4млн/л, палочкоядерные-3, сегментоядерные- 78, базофилы- 0, лимфоциты- 13, моноциты- 6, СОЭ- 32 мм\час. При биопсии лимфоузла найдены гигантские многоядерные клетки.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Название гигантских многоядерных клеток.
3. Характерные изменения в общем анализе крови.
4. Проводится ли в этом случае костномозговая пункция?
5. Лечения.

Задача № 75.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 76 лет, госпитализирована в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, быструю утомляемость, мелькание мушек перед глазами, снижение и извращение вкуса, иногда поносы, слабость и чувство онемения в ногах, шаткость при ходьбе. В анамнезе резекция тонкого кишечника 2-а года назад по поводу онкопроцесса.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, желтушны. Глоссит. Влегких хрипов нет, ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 92 в 1 мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий б/б, печень +2см из под края реберной дуги, селезенка увеличена. Отеков нет.

Общий анализ крови: Нв-92г/л, Эр- 2.8 10 12/л, Л-2.8х10 9/л, Цветной показатель 1.0, МСV-110, Тромбоциты- 150, СОЭ32, мегалобласты, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбо.

ЭКГ- синусовая тахикардия, диффузные изменения миокарда.

Вопросы: 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2.Какой стандарт обследований необходим для подтверждения этого диагноза? 3.Дифференциальная диагностика.

4.Тактика ведения и лечения этого пациента.

5. Прогноз.

Задача № 76.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 68 лет в течение нескольких месяцев отмечает увеличение шейных, подмышечных, надключичных лимфатических узлов. Самочувствие удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 98 в мин. АД 110\70мм.рт.ст. Селезенка увеличена. В общем анализе крови: НВ - 100г/л, Эритроциты-3.5 млн/л, Лейкоциты- 22.6 тыс/л, из них 60% лимфоциты.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Характерные изменения в общем анализе крови.

4. Показания к началу лечения.

5. Факторы плохого прогноза.

Задача №77.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 45 лет, поступила в стационар с жалобами на выраженную слабость, потрясающие озноб, повышение температуры тела до 39,2º в течение 3-х суток, за 1 сутки до госпитализации отмечает потемнение мочи, желтушность кожных покровов и видимых слизистых, тянущие боли в правом подреберье. За 4 суток до появления симптомов выпила 200 мл коньяка.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы видимые слизистые интенсивно желтушны. Телосложение нормостеническое. Лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный. АД 115/70 на обеих руках. Пульс - 98 в мин. Язык сухой, обложен налетом. Живот несколько вздут. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень пальпируется на 10 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненно. Клинический анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, Эритроциты – 4,5 \*1012, тромбоциты 185\*109, лейкоциты 15,7\*109, п-8%, сегм- 57%, лимф-25%, моноциты -10%, СОЭ-36 мм/ч.

Общий анализ мочи - относительная плотность 1020, белок- нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 74,4 г/л, альбумин- 32 г/л, общий холестерин 8,04 ммоль/л, АСТ – 230 ЕД/л, АЛТ- 160 ЕД/л, ЛДГ – 415 ЕД/л, общий билирубин 120,8 мкмоль/л, прямой билирубин 60,3 мкмоль/л, ГГТ- 678 ммоль/л, ЩФ- 230 ммоль/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, СРБ- 47 ммоль/л. Ig A-9,5г/л (норма до 4,5), IgM-2,7г/л норма до 3,7), IgG–19,1г/л (норма до 17,1).

Коагулограмма: протромбиновое время 17,1 (норма 10,- 14,0), индекс INR 2,22 (норма 0,8- 1,3), потромбин 51,7%, тромбиновое время 32,9 с (норма 15,0 - 27,0), АЧТВ 45,1, фибриноген 480 (200- 400 мг/дл).

Антинуклеарные АТ – не определяются, антимитохондриальные АТ–низкий титр. АТ к HCV, АТ к ВИЧ, HBsAg – отрицательные.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, эхогенность повышена. Желчный пузырь нормальных размеров, контуры тонкие, ровные. Поджелудочная железа контуры ровные, эхогенность нормальная. Селезенка увеличена 130х90 мм.

Вопросы:

1. Какие клинические синдромы можно выделить у пациентки?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Какие изменения в обмене железа (сывороточное железо, ферритин) можно ожидать у данной больной?
5. Определите направление терапии в соответствии с выделенными клиническими синдромами?

Задача№78. (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больная 54 лет, поступила в стационар с жалобами на выраженную слабость, увеличение живота в объеме, отеки нижних конечностей, дискомфорт в левом подреберье.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, субиктеричные. Лимфатические узлы не пальпируются. Умеренные отеки стоп, голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный. АД 100/70 на обеих руках. Пульс- 78 в мин. Язык влажный, обложен светлым налетом. Живот несколько увеличен в объеме, несколько вздут, пупок выбухает. Определяется умеренное количество жидкости в брюшной полости. При пальпации живот мягкий, болезненный в левом подреберье. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка на 7 см выступает из-под края реберной дуги. Поколачивание в поясничной области безболезненно.

Результаты обследований: клинический анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты – 3,6 \*1012, тромбоциты 100\*109, лейкоциты 1,7\*109, п-1%, сегм- 51%, лимф-40%, мон -8%, СОЭ-24 мм/ч; общий анализ мочи- относительная плотность 1020, белок- нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 61,8 г/л, альбумин- 27,2 г/л, общий холестерин 2,04 ммоль/л, АСТ – 61 ЕД/л, АЛТ- 84 ЕД/л, ЛДГ – 332 ЕД/л билирубин 41,2 мкмоль/л, прямой билирубин 23,4 мкмоль/л, глюкоза – 4,25 ммоль/л, железо – 13,8 мкмоль/л, креатинин 50 мкмоль/л. Коагулограмма – протромбиновое время – 18,3 сек, индекс МНО – 1,56, протромбин по Квику – 65%, тромбиновое время – 21,1 сек, АЧТВ – 42 сек. АТ к HCV, АТ к ВИЧ – отрицательные, HBsAg – положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена ПД160 мм, ЛД 120 мм, контуры бугристые, эхогенность повышена, эхоструктура диффузно неоднородна с признаками узлового поражения, сосудистый рисунок обеднен. Желчный пузырь нормальных размеров, контуры тонкие, ровные. Поджелудочная железа не лоцирована. Селезенка увеличена – 210 х 132 мм, селезеночная вена расширена до 13 мм. Асцит.

ЭГДС: пищевод свободно проходим. Определяются варикозно расширенные вены, без изменения слизистой над ними. Кардия смыкается полностью. Слизистая желудка розовая, блестящая. Привратник округлой формы, смыкается полностью. Слизистая луковицы 12-перстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

1. Какие клинические синдромы можно выделить у данной больной?
2. С какими заболеваниями дифференцируют данную патологию?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими синдромами.
5. Результаты каких обследований определяют прогноз при данном заболевании?

Задача №79.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 39 лет, поступил в стационар с жалобами на выраженную слабость, болезненность при движениях в голеностопных и коленных суставах, метеоризм, дискомфорт в правом подреберье. Вышеописанные симптомы появились около полугода назад. Кроме того, в течение 1,5 месяцев, больного беспокоит, сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание. Больной в течение 4-х лет злоупотребляет алкоголем.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Гиперпигментация кожных покровов. Телосложение гиперстеническое. Лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный. АД 140/85 на обеих руках. Пульс- 78 в мин. Язык сухой, обложен светлым налетом. Живот несколько увеличен в объеме, несколько вздут. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край закруглен, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненно.

Результаты обследований: клинический анализ крови: гемоглобин – 189 г/л, Эритроциты – 6,6 ×1012, тромбоциты 190×109, лейкоциты 6,7×109, п-1%, сегм- 64%, лимф-25%, мон -10%, СОЭ-4 мм/ч; общий анализ мочи- относительная плотность 1020, белок- нет, глюкоза – 2‰, лейкоциты – 2-3 в п/зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 65,8 г/л, альбумин- 37,2 г/л, общий холестерин 7,04 ммоль/л, АСТ – 240 ЕД/л, АЛТ- 127 ЕД/л, ЛДГ – 532 ЕД/л, общий билирубин 20,8 мкмоль/л, прямой билирубин 4,3 мкмоль/л, ГГТ – 249 ммоль/л, ЩФ- 140 ммолль/л, глюкоза – 10,9 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л.

Обмен железа: железо сыворотки – 65,8 (норма до 20) мкмоль/л, ферритин -1078 мкмоль/л (норма до 220), НЖС- 63,0.

АТ к HCV, АТ к ВИЧ, HBsAg – отрицательные.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет обеих долей, контуры ровные, эхогенность диффузно повышена. Желчный пузырь нормальных размеров, контуры тонкие, ровные. Поджелудочная железа контуры четкие, ровные, увеличена в размере за счет всех отделов, эхогенность повышена. Селезенка не увеличена.

Вопросы:

1. Какие клинические синдромы можно выделить у данного больного?

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

3. Какие дополнительные обследования требуются для верификации диагноза?

4. Сформулируйте клинический диагноз.

5. Определите направление терапии в соответствии с выделенными клиническими синдромами?

Задача №80.(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 19 лет, по поводу ОРЗ и субфебрилитета получала ампициллин по 0,5 - 4 раза в день в течение недели. Через 4 дня возник рецидив лихорадки до 37,8°С и появилась желтушность склер. Печень на 2-3 см ниже края реберной дуги, слегка болезненна. Клинический анализ крови в норме, эпидемиологический анамнез не отягощен.

Вопросы:

 1. Определите характер желтухи у больной.

 2. Какой диагноз наиболее вероятен?

 3. С какими заболеваниями в первую очередь проводят дифдиагностику?

|  |  |
| --- | --- |
| 4. В каких случаях необходима пункционная биопсия печени?5. Какие препараты не желательно назначать при заболеваниях печени |  |

###  Практические задания

Задание №1(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 38 лет предъявляет жалобы на слабость, потливость, субфебрилитет вечером, учащенное сердцебиение. Считает себя больным около месяца. Страдает хроническим гайморитом с частыми обострениями. 2 месяца назад удалил 2 зуба. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные влажные. Температура 37.0 С. Увеличены подчелюстные и передние шейные л/у с двух сторон. 0теков нет. ЧДД - 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет ЧСС 110 в мин. АД 190/40 мм.рт.ст. Аускультативно; резко ослаблен 2 тон, убывающий диастолический шум, cлева от грудины максимум. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. нижний край слегка болезненный, мягко-эластический, нижняя граница печени в 5 м/р: по правой среднеключичной линии. Ceлезенкa несколько увеличена. В общем ан. крови; Эр. - 4,5. Лейк. - 11,0, п/я -8. с/я –57 лим. - 30. СОЭ -23 мм/ч, СРБ +-. ЭКГ: синусовая тахикардия 105 вмин Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Рентгенография органов грудной клетки: расширение тени сердца влевоза счет ЛЖ. В легких без патологии. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №2(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная П, 26 лет, поступила с жалобами на ноющие боли в левой половине грудной клетки, сердцебиение, перебои в сердце, слабость. Год назад во время ангины появились боль, перебои в сердце. При ЭКГ выявлена синусовая тахикардия, экстрасистолия. Не лечилась. Обратилась к врачу в связи с усилением болей в области сердца и была госпитализирована. Объективно: отеков нет. Дыхание везикулярное. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая 2 см влево от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, 80 в мин. Систолический шум на верхушке. АД 110/80 мм.рт.ст*.* Печень не увеличена.

Анализ крови: Но- 130 г/л, лейкоциты - 5,1х109, формула без особенностей, СОЭ-25 мм/ч, общий белок-74 г/л, альбумины - 53%, глобулипы- a1-5%, а2- 6%, в-10%, гамма-26%. ЭКГ: ритм синусовый, PQ-0,24c, единичные желудочковые и предсердные экстрасистолы. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №3(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 50 лет, госпитализирован впервые с клиникой прогрессирующей стенокардии, затем стала нарастать одышка, появились отеки голеней и стоп, резко снизилась толерантность к физической нагрузке. В легких дыхание везикулярное с ослаблением и умеренным количеством влажных мелкопузырчатых хрипов над нижними отделами , ЧДД 24 в минуту, верхушечный толчок в 6 м/р по передней-подмышечной линии, слабый, разлитой: прекардиальная пульсация в 3-4 м/р слева от грудины. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, АД 125/80 мм.рт.ст.. ЭКГ: ритм синусовый, нормальная ЭОС, QSV1- V4, элевация сегмента ST сливающихся с зубцом Т в этих же отведениях (без динамики за 3 недели пребывания в стационаре). Рентгенография органов грудной клетки признаки венозного застоя в легких. КТИ 0,7 за счет левых отделов. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №4(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 42 лет предъявляет жалобы на загрудинные боли при физи­ческой нагрузке длительностью до 20 минут, однократно использовал нитроглицерин 1 таблетку-обморок на потери сознания без предвестников при физической активности; на перебои в работе сердца. Данные жалобы около одного года, последний месяц симптомы появляются чаще. Три года назад умер родной брат в возрасте 43 лет (внезапная смерть). При ос­мотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Признаков недостаточности кровообра­щения нет. ЧДД 17 в минуту. В легкнх дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС60 в минуту, ритм правильный. Аускультативно справа во втором межреберье выслушивается систолический шум, без проведения. АД 135/70 ми.рт.ст. Но органам н системам без особенностей. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 82 в минуту. Отклонение ЭОС влево (угол а - 15) Гипертрофия левого желудочка, Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. ЭХОКГ: аорта не изменена, полости сердца не расширены, гло­бальная н локальная сократимость не нарушены. TMЖП 1,8 см. ТЗСЛЖ 1,2. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание № 5(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной Н., 37 лет. Во время ходьбы по улице упал и потерял сознание.

Объективно: правосторонний гемипарез. Акроцианоз. Дыхание везикулярное. Границы сердца расширены вверх и вправо. Ритм неправильный, около 90 в мин, дефицита пульса нет. На верхушке - трехчленный ритм, хлопающий 1 тон, диастолический шум на легочной артерии. ЭКГ: мерцательная аритмия, блокада правой ножки пучка Гиса.ФКГ: на верхушке амплитуда 1 тона усилена, через 0,06 с после 2 тона на всех частотах дополнительный тон, диастолический шум.

Рентгенограммы органов (грудной клетки; прямая проекция - талия сердца сглажена, границы расширены вправо, правая косая проекция: контрастированный пищевод отклоняется по дуге радиусом 4 см, левая косая проекция: левый бронх смешен вверх, правый желудочек увеличен.

Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание № 6(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больной К., 48 лет, жалуется на боль в области сердца и за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, боль приступообразного характера, возникает во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Болен 2 месяца. Лечился у невропатолога по поводу межреберной невралгии анальгином, горчичниками. Прошел курс лечения в физиотерапевтическом отделении последней недели приступы возникали чаще, преимущественно в утренние часы сопровождались одыш­кой. Много лет злоупотребляет курением. Страдает гипертонической болезнь. Отец и старший брат больного перенести инфаркт миокарда.

При осмотре; общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточную массу тела. Пульс 88 в 1 мин, ритмичны, несколько напряжен. Границы сердца расширены влево на 3 см. Над аортой - акцент 11 тона. АД 170/100 мм.рт.ст. ЭКГ: левограмма. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №7(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больной А. 52 года, поступил в клинику в 14 часов с жалобами на боли за грудиной. Заболел остро: на работе на работе в 12 ч внезапно у больного появилось чувство сжатия и боли за грудиной, а затем сердцебиение. Вызвана бригада «скорой помощи». После внутривенного вливания боль несколько уменьшилась, но состояние не улучшилось. Больной доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, кожние бледные, губы слегка цианотичные, конечности холодные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 186 в минуту, слабый. АД 85/60 мм.рт.ст. Данные ЭКГ: пароксизмальная желудочковая тахикардия. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №8(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 60 лет, жалуется на приступы стенокардии в течение 3 лет, 1-2 раза в месяц, которые быстро купировались нитроглицерином. В течение последней педеля загрудинная боль стала появляться при малей­шем физическом напряжении по нескольку раз в день, в связи с чем боль­ной вынужден принимать по 15-20 таблеток нитроглицерина в день и соб­людать постельный режим. При осмотре: состояние удовлетворительное. Границы сердца расширены влево. Над аортой систолический шум и акцент 11 тона. АД 160/90 мм рт ст. ЭКГ: ритм синусовый, левограмма, неглубокий отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №9(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 45 лет, до настоящего времени считал себя здоровым. Ночью возникли интенсивные боли жгуче-давящего характера в области эпигастрия, распространяющиеся в загрудинную область (нижнюю треть), сопровождавшиеся потливостью, слабостью, длительностью 1,5 часа, нитроглицерин под язык – без эффекта (принял 5 таблеток), боли купированы по скорой помощи наркотическими анальгетиками. Курильщик, работа связана со стрессами. При осмотре: состояние средней тяжести. Телосложение правильное. Повышенного питания. Признаков недостаточности кровообращения нет. ЧДД 20/мин. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧСС 48/мин, ритм правильный, АД 110/65 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. ЭКГ: ритм синусовый, правильный 46/мин. Подъем сегмента ST в IIIII. АVF на 3 мм, горизонтальное снижение ST в V3-V4. Предварительный диагноз, обоснование, план лечении.

Задание №10(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Женщина 38 лет предъявляет жалобы на приступы ритмичного и неритмичного сердцебиения длительностью до 30 минут. неоднократно рецидивирующего в течении суток, одышку при обычной физической нагрузке, боли в области сердца без ­четкой связи с физической нагрузкой, плохую переносимость физической, нагрузки. Год назад перенесла тяжелый грипп, после чего появились вышеуказанные жалобы: состояние ухудшается после простудных заболеваний, последнее ухудшение на фоне ОРЗ. При осмотре: состояние, относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические л/у не увеличены. Отеков нет. ЧДД 20 в мин. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧСС 78 в мин. ритм неправильный. АД 95/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Общий анализ крови: лейк.. 8,8, эритр. 3,8. Нв 110 г/л, СОЭ 17 *мм/ч.* СРВ +. ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 76 в мин., PQ 240 мс.короткие (несколько комплексов) эпизоды мерцания-трепетания предсердий. ЭХОКГ: аорта не изменена, КДР 5,8 см, КСР 4,1 см, ПЗР 2,8. ФВ 55%, нарушений локальной сократимости нет. ТМЖП = ТЗСЛЖ = 1.1 см. МР +•. ТР+. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №11(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 У больного 55 лет через час после возникновения сильной давящей загрудинной боли АД снизилось до 80/50 мм.рт.ст. Прибывший врач скорой помощи ввел мезатон, и больной был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое. Кожа холодная, влажная. Тоны сердца глухие, 100 сокращений в минуту, частые экстрасистолы. АД 85/60 мм.рт.ст. Моча не отделяется. ЭКГ: патологический Q и подъем сегмента ST в грудных отведениях, желудочковая экстрасистолия. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №12(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная*22* лет, стенографистка. Туберкулезом не болела. В школе всегда была туберкулиноотрицательной. В течение 3-х месяцев, отмечает повышение температуры до субфебрильных цифр, снижение трудоспособности, повышенную потливость, при флюорографическом обследовании был обнаружен расширенный коронарный и полициклически измененный корень правого легкого. В гемограмме: ускорение СОЭ до *22* мм/час. Других изменений нет. Реакция Манту с 2 ТЕ 22 мм. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №13(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной 45 лег, парикмахер. 2 месяца назад перенес острое заболевание, после которого длительно сохранялась субфебрильная температура. Неделю назад самочувствие больного резко ухудшилось. Повысилась температура до 38,5, появился сильный кашель небольшого мокроты слизисто-гнойного характера, повышенная потливость. При аускультации в легких, на уровне лопатки справа на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие и единичные, влажные хрипы после покашливания.

В гемограмме: Лейкоциты 9500, лимфоциты 16, СОЭ- 30 мм/час. На обзорной и правой боковой рентгенограмме в 1-2 сегментах правого легкого определяется затемнение 6 см в диаметре негомогенной структуры. В 4-5 сегментах левого легкого определяется группа очаговых теней малой интенсивности с нечеткими контурами. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №14(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная 50 лет. 3 месяца назад перенесла правостороннюю верхнедолевую пневмонию, по поводу которой лечилась амбулаторно. При контрольном рентгенологическом обследовании во 2 сегменте правого легкого обнаружена тонкостенная полость правильной формы, без перифокального воспаления. В гемограмме небольшое ускорение СОЭ (21мм/час). В мокроте методом люминесцентной микроскопии МБТ не обнаружены.

Задание№15(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больная Б. 55 лет поступила с жалобами на мучительный кашель без отделения; мокроты, длительный приступ удушья. В течение 15 лет страдает инфекционно-зависимой бронхиальной астмой. Последние 3 дня отмечает учащение приступов удушья несмотря на постоянный прием преднизолона (15 мг/сутки) и ингаляции сальбутамола (за последние сутки более 10 раз). Объективно: Ортопноэ, тахипноэ до 30 вмин, цианоз кожных покровов и слизистых. На расстоянии слышны хрипы. При аускультации легких сухие, свистящие хрипы, в нижних отделах дыхание прослушивается плохо. Тоны сердца глухие, ритмичные, 120 в мин, акцент П тона на легочной артерии. АД. 170/100 мм. рт от. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №16(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больной П., 18 лет, слесарь, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, тупую боль в поясничной области, появляющуюся при поворотах туловища наклонах. Кроме того, заметил, что стал реже мочиться, при каждом мочеиспускании выделяется мало мочи. После охлаждения 3 нед назад стало болеть горло. По совету врача начал принимать сульфадиметоксин, полоскать горло раствором фурацилина. Самочувствие вскоре улучшилось, приступил к работе. Ухудшение наступило вчера днем: появились тяжесть в теменной и затылочной области головы, недомогание. Обратился и поликлинику. Были сданы анализы крови и мочи. На следующий день, поскольку самочувствие не улучшилось, направлен в стационар для обследования и лечения. При осмотре: пульс 70 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/105 мм.рт.ст. 1 тон над верхушкой ослабленной звучности, 2 тон усилен над аортой. Других изменении со стороны внутренних органов.

 Анализ крови: эр. 4,3х1012 /л, НЬ 140 г/л, л. 7,0х109 /л, СОЭ 22 мм/ч. Анализ мочи; относительная плотность 1028, белок J,65 г/л, л. 5-6 в поле зрения, эр.выщел. 10-15 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в ноле зрения. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

 Задание №17(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной, 38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» с подозрением на пищевое отравление. При поступлении жалуется па постоянную тошноту, рвоту после каждого приема пищи, сухость во pry. Ухудшение самочувствия возникло в последние дни без видимой причины. В течение последнего года заметил повышенную утомляемость, часто стали беспокоить общая слабосгь, головокружение. Последние 3 года находится под наблюдавшем в связи с повышением АД. В прошлом часто болел ангиной. 12 лет назад была проведена тонзиллэктомия, после чего ангины прекратились. 10 лет назад в моче случайно был обнаружен белок, но больше по этому поводу не обследовался,

При осмотре: Кожные покровы бледные, пониженного питания. Небольшая одутловатость лица. Отмечаются отдельные подергивания мышцы туловища и верхних конечностей. Левая граница сердца расширена влево на 2 см. 1 тон ослаблен над верхушкой, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 88 в мин., АД 170/15 мм рт. ст. В задненижних отделах легких жесткое дыхание. Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника. Анализ крови: эр. 2,1 •lO9, Нв 92 г/л, лк. 7,2 -Ю^л, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, лк. 12 в поле зрения, эр. измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. Креатинин крови: 0,356 ммоль/л. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №18(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Мужчина 56 лет, страдает поликистозом почек, находится на программном гемодиализе в течение последних 5 месяцев. В течение последних 3-х не­дель наросла общая слабость, появилась потливость, постоянно беспокоит учащенное сердцебиение*,* ежедневное повышение температуры тела до 37,6 С, появилась неопределенного характера боль в правом подреберье *н* отечность нижних конечностей.Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная с желтушным от­тенком, чрезмерно сухая, единичные геморрагии на внутренней поверхнос­ти правого предплечья, видимые слизистые чистые. Набухшие яремные вены*,* усиление их пульсации в горизонтальном положении. Умеренные; сим­метричные отеки голеней и стоп. В легких везикулярное дыхание, хрипов, нет. ЧДД 13 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум над мечевидным отростком, ЧСС 105 в мин. АД 120/00 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 4 см из-под реберной дуги, пальпируется умеренно болезненный нижний полюс селезенки. ЭКГ: синусовая тахикардия. ЭХО-КГ: глобальная и локальная сократительная способность миокарда сохранены; неровность контуров створок трикуспидального клапана, трикуспидальнаярегургитация 2-3 степени. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

 Задание №19(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больная С., 29 лет, поступила с жалобами на слабость, головную боль, головокружение. В детстве часто болела ангинами. В 17 летнем возрасте при обследовании впервые, в моче обнаружили белок. Через год стало повышаться артериальное дaвления, появились головные боли, головокружение. С этого времени принимала дибазол, резерпин. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Небольшой цианоз губ. Отеков нет. Питание снижено. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца увеличены влево па 1-1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные. Акцент 2 тона на аорте. Пульс напряжен, ритмичен, 88 уд. в мин. АД 190/110 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, б/болезненный. Печень - у края реберной дуги. Ан. мочи: уд. вес 1010, белок 3,3%, гиалиновые цилиндры 2-3 в п/зр., эритроциты 80-100 в п/зр. Ан. крови Нв 90 г/л, СОЭ 30 мм/ч, креатинин 430 мкм/л. Проба Реберга (по эндогенному креатинину) - КФ 49,9 мл/мин., КР 99%. При рентгеноскопии гр. клетки сердце аортальной конфигурации, увеличен левый желудочек. Легкие без патологии. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. Глазное дно: артерии сужены, неравномерного калибра. Диски зрительных нервов б/особенностей. В центральных отделах сетчатки левого глаза единичные кровоизлияния. Радноренография: клиренс крови нормальный. Поглощение и выделение гиппурана равномерно снижено обеими почками. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №20(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больная Г, 50 лет год назад перенесла желтуху (билирубин до 290 мкмоль/л), диагностирован вирусный гепатит. При выписке из инфекционной больницы оставалась увеличенной печень. Месяц назад повысилась температура до 38 градусов, появились боли в области печени/желтуха, боли в суставах, сосудистые звездочки. Печень выступает на 7 см из-под края реберной дуги. Пальпируется селезенка. Ан.крови: НЬ 90 г/л, СОЭ 54 мм/ч, общий билирубин 85 мкмоль/л (прямой 62 мкмоль/л), АсАТ в Э,5 раза выше нормы, АлАТ в 5 раз, HBSАgотрицательный. Прямая реакция Кумбса положительная. В крови найдены LE - клетки. Предварительный диагноз, обоснование, план лечения.

Задание №21(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Девочка 15 лет жалуется на сверлящие, ноюще-колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, длительностью от нескольких секунд до получаса, проходящие самостоятельно, или после приема валокардина, перебои в работе сердца, плохой сон, приступы немотивированной тревоги, онемение кончиков пальцев; склонность к учащенному сердцебиению, частые подвывихи в голеностопном суставе, снижение зрения. При осмотре: состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения. Кожные покровы чистые. Признаков НК нет. ЧДД 18 /мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС ' 80 в мин. АД 95/60 мм.рт.ст. Аускультативно дополнительный звук в систолу, послед которого выслушивается короткий систолический шум. По остальным системам и органам без особенностей. ЭКГ, рентгенография в норме. Окулист; подвывих хрусталика. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №22(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больная Б., 23 года. С 18-ти летнего возраста беспокоят боли в лучезапястных суставах без изменения их конфигурации. В 20 лет перенесла желтуху. Была выписана из инфекционной больницы в удовлетворительном состоянии, однако сохранялась увеличение печени и селезенки. В 22 года после инсоляции вновь отмечены Желтуха гепатолиенальный синдром. На фоне лечения преднизолоном (60 мг/сут) желтуха исчезла. После отмены преднизолона 3 мес назад появились боли и припухлость в коленных и лучезапястных суставах, рецидив желтухи, увеличение живота в объеме.Объективно: желтушность кожных покровов. Асцит. Печень + 8 см, край плотный, Пальпируется селезенка. СОЭ 60 мм/ч, билирубин 150 мкм/л (прямой-105 мкм/л). Общий белок-75 г/л, альбумины-45%, а-глобулины-5%, протромбиновый индекс-60%, HBSAg- отр. Выявлены LE-клетки. Предварительный диагноз. Обоснование. План обследования план лечения.

Задание №23(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной Т., 49 лет, жалуется на боль в правом коленном суставе, опухание и покраснение его, повышение температуры до 38"С. Считает себя больным 6 лет. За этот период было более 10 острых эпизодов артрита, продолжавшихся по 7-10 дней, при этом оба коленных сустава поражались попеременно. В межприступный период боли и ограничения движений не было. Настоящее обострение началось 3 дня назад. При осмотре: левый коленный сустав увеличен в объеме, дефигурирован. Активное и пассивное движения в суставе резко болезненны, отмечается симптом "баллотнрованния" надколенника. В остальных суставах изменений не обнаружено. Патологии внутренних органов также не выявлено. Анализах крови: эр. 4,4х1012. л. 15х10^/л. При исследовании мочи обнаружено много солей. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №24(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной К., 73 лет. Обратился с жалобами на боли в области пояснично-крестцового сочленения. Был заподозрен пояснично-крестцовый радикулит и пройден курс физиотерапевтического лечения, но состояние не улучшилось. При рентгенографии костей таза обнаружен остеопороз подвздошных костей и наличие крупных дефектов. Кровь: нормохромная анемия СОЭ - 70 мм/ч. Общий белок -162 г/л, альбумины -32,6%, глобулины: а1-2,4%. а2- 6/!%, в-8.1%,у-50..5%. Моча – белок 2,65, осадок скудный. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №25(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Мужчина 22 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, ночную потливость, кожный зуд, отсутствие аппетита, похудание, повышение температуры тела до 37,4 0 С, которая колебалась в течение суток после приема алкоголя усиливается кожный зуд и появляется болезненное в шеи справа. Настоящая симптоматика появилась в течение последних полутора месяцев. В анамнезе хронический субкомпенсированный тонзиллит. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Видимые слизистые не изменены. Температура тела 37 ° С. Зев розовый, чистый, увеличение миндалин первой степени. Пальпируется группа передних шейных лимфатических узлов справа: подвижных, плотноэластической консистенции, не спаянных друг с другом и с окружающими тканями, безболезненных, кожа над ними не изменена. Отеков нет. По органам без особенностей. Общ. ан. крови: НЬ 120, 0 г/л, ЭР 3,4 млн., ЦП 0,8, тромбоциты 280 тыс., лейкоциты 13,5 тыс., п. 12 %, с. 47 %, э. 2 %, б. %, лимфоциты 13 %, моноциты 7 %, СОЭ 45 мм/ч. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №26(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 65-летний пациент с жалобами на общую слабость, ощущение «ватных» стоп, плохой аппетит, неприятное ощущение в ротовой полости (чувство— жжения в языке), одышку при физической нагрузке. Отмечается умеренное увеличение печени и селезенки, бледность кожных покровов. , В анализе крови: Нв 58 г/л, эр. 1,3 .млн., ЦП 1, 3, лейкоциты 2,8 тыс., п. 8 %, с. 46 %, лимфоциты 40 %, моноциты 5 %, э. 1%, ретикулоциты 2%, *и* СОЭ 35 мм/ч. Определяются полисегментированныенейтрофилы, тельца Жоли, кольца Кебота. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №27(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

37- летняя женщина отмечает слабость, сухость кожи, ломкость волос иногтей, неловкость при глотании твердой пищи. В анамнезе 3 беременности, двое родов. Кожные покровы бледные, печень и селезенки не увеличены. В анализе крови: НЬ 60 г/л. Эр. 3,0 млн., ЦП 0,6, формула не изменена, тромбоциты 200, ретикулоциты 30 %, СОЭ 18 мм/ч. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов. Железо сыворотки 51 мкг/%. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задание №28(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

 Больной В., 65 лет. Последние 4-5 мес стал замечать, что при проглатывании твердой пищи появляются боли за грудиной и в течение некоторого времени остается ощущение комка в горле. В последнее время эти явления усилились, присоединились тошнота, отмечает резкое похудание, отсутствие аппетита, отвращение к пище. При осмотре пониженного питания, кожа дряблая, сухая. Кровь: НЬ-78 г/л, эритроциты-3,5х1012, ретикулоциты-20, ,лейкоциты-8,7х10 формула без особенностей, СОЭ 40 мм/ч.Предварительный диагноз-обоснование, план обследования, план лечения.

Задание №29(ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной А., 48 лет в течение 3-х месяцев отмечает слабость, тянущие боли в правом подреберье, увеличение живота в объеме. При осмотре - кожа бледная с желтушным оттенком, гиперемия лица, гинекомастия. На передней брюшной стенке сеть расширенных подкожных вен. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает на 8 *см* из-под края реберной дуги, плотная, умеренно болезненна при пальпации. Пальпируется селезенка, безболезненна.

Кровь: НЬ- 68г/л, СОЭ- 35 мм/ч, лейкоциты-7,2х309. Протромбиновый индекс 50%, альфа-фетонротенн-отр.HBSAg- отр. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

Задание №30 (ПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-7, ПК-16, ПК-20)

Больной Н., 24 лет, в клинику поступил в плановом порядке, с жалобами на боль в надчревье, возникающую через 1,5-2 ч. после приема пищи, больше к вечеру, а иногда и ночью, изжогу, кислый вкус во рту, запор. Боль усиливается при приеме острой, соленой и кислой пиши, уменьшается - после употребления соды и применения грелки. Болен около года. Состояние ухудшилось с осени. Из анамнеза известно, что живет в общежитии, отец страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: больной пониженного питания, язык не обложен, влажный. Перкуссия и поверхностная пальпация живота болезненны в области надчревиья справа, в этой же области – резистентность мышц брюшного пресса. Пульс 60 в 1 мин, ритмичный. АД 100/80 мм.рт. ст. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.