|  |  |
| --- | --- |
| 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  |
| Кафедра(ы) | Госпитальной терапии №1, Госпитальной терапии №2 |

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДЕНна заседании кафедры |
|  | Госпитальной терапии №1Госпитальной 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
 |
| *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-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-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 |

Характеристика (обязательного) порогового уровня сформированности компетенции.

Таблица 2. Описание уровня сформированности компетенции

### 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 |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение анемий | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение суставного синдрома | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение артериальной гипертензии | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение, врачебная тактика при остром коронарном синдроме | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальная диагностика, врачебная тактика при сердечных шумах | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Хроническая почечная недостаточность, дифференциальный диагноз и принципы лечения. | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях толстого кишечника. | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение при системных васкулитах | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение лимфопролиферативных заболеваний. | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме. Принципы лечения. | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Задания в тестовой форме (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях печени | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом. | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Синдром дыхательной недостаточности. Принципы лечения. | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом. Принципы лечения | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальная диагностика и лечение нарушений сердечного ритма. | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальная диагностика при кардиомегалии. Принципы лечения. | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности. Принципы лечения. | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний легких | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);Ситуационные задачи (письменно);Практические задания (устно). |
|  | Дифференциальный диагноз и лечение миелопролиферативных заболеваний | ОК-4, ОК-7, ОК-8, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9, ПК-10 | Контрольные вопросы (устно);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 видам деятельности - контроль текущей успеваемости

**Таблица 3. Критерии оценивания текущей успеваемости**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Контролируемый вид деятельности | Оценка | Критерии оценивания |
| Собеседование по контрольным вопросам по разделам и темам дисциплины | «Отлично»«Хорошо»«Удовлетворительно»«Неудовлетворительно» | 20 правильных ответов16-19 правильных ответов11-15 правильных ответов10 правильных ответови меньше |
| Собеседование по ситуационным задачам по разделам и темам дисциплины | 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. |
| Собеседование по практическим заданиям |  Зачтено  | Обучающийся демонстрирует клиническое мышление при обследовании пациента и 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 экзамена из перечня контрольных заданий или иных материалов формируются билеты |
| Каждый билет включает: |
| * Две ситуационные задачи с набором для оценивания результатов обучения в виде умений. Одна из задач повышенной сложности. 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 |

### 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

### Контрольные вопросы

1. **Дифференциальный диагноз и лечение анемий.**

Какие гематологические показатели характерены для наследственной микросфероцитарной анемии? (ПК-1, ОПК-1)

1. **Дифференциальный диагноз и лечение суставного синдрома**

Что наиболее четко указывает на воспалительный характер суставных болей? (ПК-1)

1. **Дифференциальный диагноз и лечение артериальной гипертензии**

Какой наиболее информативный метод диагностики вазоренальной артериальной гипертензии. (ПК-1, ОПК-9)

1. **Дифференциальный диагноз и лечение, врачебная тактика при остром коронарном синдроме**

ЭКГ - признаки инфаркта миокарда нижнебоковой стенки левого желудочка появляются в каких отведениях? (ПК-1)

1. **Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани**

Для какого заболевания характерны: артрит, дерматит (эритема) в форме бабочки на лице, нефрит? (ПК-1)

1. **Дифференциальная диагностика, врачебная тактика при сердечных шумах**

При каком пороке сердца определяется шум Флинта(ПК-1)

1. **Хроническая почечная недостаточность, дифференциальный диагноз и принципы лечения.**

Что понимают под термином "анурия"? (ПК-1)

1. **Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях толстого кишечника.**

Дайте определение синдрома раздраженной кишки. (ПК-1)

1. **Дифференциальный диагноз и лечение при системных васкулитах**

Характерно ли для геморрагического васкулита поражение суставов? (ПК-1)

1. **Дифференциальный диагноз и лечение лимфопролиферативных заболеваний.**

Назовите основные клинические синдромы при лифогранулематозе. (ПК-1)

1. **Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме. Принципы лечения.**

Для каких заболеваний характерна панцитопения? (ПК-1)

1. **Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях печени**

Какой метод наиболее информативен в установлении причины гепатомегалий? (ПК-1)

1. **Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом.**

Какие признаки характеризуют нефротический синдрома? (ПК-1)

1. **Синдром дыхательной недостаточности. Принципы лечения.**

Какие из сочетаний терапевтических препаратов следует использовать в лечении астматического статуса?(ПК-1, ОК-7, ОПК-8)

1. **Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом. Принципы лечения**

Что является наиболее информативным исследованием для диагностики бронхоэктатической болезни? (ПК-1)

1. **Дифференциальная диагностика и лечение нарушений сердечного ритма.**

Что является ЭКГ-признаком неполной AV-блокады? (ПК-1, ОПК-1)

1. **Дифференциальная диагностика при кардиомегалии. Принципы лечения.**

Что является наиболее информативным в диагностике экссудативного перикардита? (ПК-1, ОПК-1)

1. **Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности. Принципы лечения.**

Какие показания к назначению ингибиторов АПФ? (ПК-1, ОПК-8)

1. **Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний легких**

Укажите наиболее приемлемые способы лечения больного с тяжелой пневмококковой пневмонией. (ПК-1, ОПК-8)

1. **Дифференциальный диагноз и лечение миелопролиферативных заболеваний**

Какие стадии хронического миелолейкоза вы знаете? (ПК-1)

### Ситуационные задачи

1. **Дифференциальный диагноз и лечение анемий**

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

Болъной Ж.,54 лет, поступил с жалобами на слабость, тупые боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Болен в течение 6 месяцев. При осмотре: Иктеричность склер и кожи, лимфоузлы не увеличены. Сердце и легкие без особенностей. Живот болезненен в области про­екции желчного пузыря. Печень выступает на I см из-под края ре­берной дуги, селезенка на 4 см. Анализ крови: Нв-98 г/л, цв. показатель-1,0, эритроциты-3×1012 /л, ретикулоциты - 20%, лейкоциты-4,4×109 /л. Формула без особенностей. СОЭ-20 мм/час. Билирубин-50,3 мкмоль/л, прямой – 10,3мкмоль/л, непрямой- 40,0мкмоль/л. Осмотическая стойкость эритроцитов снижена. Обнаружены камни в просвете желчного пузыря. Реакция Кумбса - положительная.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить камни в просвете желчного пузыря?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложить план лечения

1. **Дифференциальный диагноз и лечение суставного синдрома**

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.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение артериальной гипертензии**

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

Больной 15 лет, в течение нескольких лет жалуется на головную боль. Родители объясняли эти жалобы переутомлением, к врачам не обращались. Участковым врачом обнаружено высокое артериальное давление. Госпитализирован в стационар для обследования. В детстве слегка отставал от других детей в развитии. Не занимается спортом, так как быстро устает. Болел корью, скарлатиной, несколько раз гриппом, ангиной, отеков и дизурических явлений никогда не было. При осмотре: состояние удовлетворительное, левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от средне ключичной липни. Резкий акцент II тона над аортой. Грубый систолический шум в области верхней части грудины, выслушивающийся и в межлопаточном пространстве. Пульс ритмичный, напряжен. Артериальное давление 190/110 мм.рт.ст на обеих руках. Живот мягкий безболезненный. Стопы холодные.

1. Ваш предварительный диагноз.

2.Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз.

3. Определите причину выслушиваемого при аускультации шума.

4. Методы дополнительного обследования.

5.Тактика лечения.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение, врачебная тактика при остром коронарном синдроме**

Задача №21. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 53 года, жалуется на интенсивную давящую боль за грудиной, с иррадиацией в левую переднюю часть грудной клетки, шею, левую руку. Около 6 месяцев отмечает приступы давящих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки, исчезающих в покое. Ночью проснулся от интенсивных болей в груди. Врач скорой помощи купировал боль спустя 30 минут от её начала. Во время транспортировки в стационар боль возобновилась. Госпитализирован в стационар спустя 4 часа от начала болевого приступа.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожи, акроцианоз. Пальпация грудной клетки болезненности не вызывает. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево до средне- ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 150/90 мм. Рт. Ст. Ферменты крови: АСТ- 0,30 ЕД, АЛТ- 0,42 ЕД.

ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента SТ в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом Т, в III отведении сегмент SТ на изолинии, патологический зубец Q не выявляется.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1. **Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани**

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

Больная, 21 год. Жалобы на выраженную общую мышечную слабость, отечность лица, затруднение глотания, изменение голоса.

Заболела около трех месяцев назад, когда на фоне тяжелой ангины появились головные боли, боли в мышцах конечностей. Через месяц стало трудно поднимать руки вверх, вскоре появилась отечность лица с покраснением вокруг глаз. За 2 недели до госпитализации появилась осиплость голоса и затруднение глотания.

При поступлении: состояние тяжелое. Температура 38ос. Лицо отечно, маскообразно, вокруг глаз отек и эритема, волосы редкие, на макушке облысение. Активные движения резко ограничены: не может поднять голову от подушки, поднять правую ногу. Мышцы плотные, резко болезненные при пальпации, особенно мышцы плечевого пояса. Твердый отек, не оставляющий при надавливании ямки, покрывает лицо, шею, руки. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание жестковатое, хрипы не прослушиваются. Границы сердца расширены влево. Тоны приглушены, тахикардия. АД-140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Чем объясняются изменения сердечно-сосудистой системы?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения.

1. **Дифференциальная диагностика, врачебная тактика при сердечных шумах**

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

Больной 15 лет, в течение нескольких лет жалуется на головную боль. Родители объясняли эти жалобы переутомлением, к врачам не обращались. Участковым врачом обнаружено высокое артериальное давление. Госпитализирован в стационар для обследования. В детстве слегка отставал от других детей в развитии. Не занимается спортом, так как быстро устает. Болел корью, скарлатиной, несколько раз гриппом, ангиной, отеков и дизурических явлений никогда не было. При осмотре: состояние удовлетворительное, левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от средне ключичной липни. Резкий акцент II тона над аортой. Грубый систолический шум в области верхней части грудины, выслушивающийся и в межлопаточном пространстве. Пульс ритмичный, напряжен. Артериальное давление 190/110 мм.рт.ст на обеих руках. Живот мягкий безболезненный. Стопы холодные.

1. Ваш предварительный диагноз.

2.Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз.

3. Определите причину выслушиваемого при аускультации шума.

4. Методы дополнительного обследования.

5.Тактика лечения.

1. **Хроническая почечная недостаточность, дифференциальный диагноз и принципы лечения.**

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

Больного 38 лет, беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр АД до 200/110 мм рт.ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 90 в минуту. АД 220/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв 72 г/л, лейкоциты 6,2х109/л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 22 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 1160 мкмоль/л. Калий крови 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0 х 3,5 см, левая – 8,2 х 3,8 см., корковый слой почек подчеркнут и истончен.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1. **Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях толстого кишечника.**

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

Больная, 27 лет.

Предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки, с примесью слизи, в основном в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли.

Вышеуказанные жалобы беспокоят около трех лет, после эмоционального среза. При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, небольшая болезненность при пальпации по ходу толстого кишечника. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1. **Дифференциальный диагноз и лечение при системных васкулитах**

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

Больной,18 лет. Месяц назад перенес острое респираторное заболевание. Принимал тетрациклин. При этом отмечал боль в коленных суставах с припуханием, геморрагические высыпания на коже голеней, которые исчезли после отмены тетрациклина. Через 2 нед. В связи с субфебрилитетом возобновил прием тетрациклина, после чего состояние резко ухудшилось: повысилась температура до 38,5°С, появились сливные геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, головная боль. Через 2 дня присоединились резкие схваткообразные боли в животе. Стул 30 раз с примесью крови, повторная рвота цвета "кофейной гущи". Объективно: бледен, истощен. На коже множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения болезненны. Живот втянут, резкая болезненность при пальпации, имеются симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: Нв-80 г/л, Лейкоциты-27,6х109, п/я-17%, СОЭ 54 мм/ч.

Анализ мочи- уд. Вес 1015, белок. 0,9 г/л, эритроциты- 50-60 в поле зрения.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Как объяснить рвоту цвета "кофейной гущи"?

1. **Дифференциальный диагноз и лечение лимфопролиферативных заболеваний.**

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

Больной М.,60 лет, поступил с жалобами на лихорадку, ночные поты, по­терю в весе, зуд. Болен в течение трех лет.

При осмотре: пальпируются увеличенные подвижные, не спаянные с кожей плот­но-эластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области справа сливаю­щиеся между собой в конгломераты. Легкие и сердце без особенностей. Печень у реберной дуги. Селезенка выступает на 3 см из-под реберной дуги. Ан. Крови - НВ- 100,0 г/л, лейкоциты-3,2×109 /л, э.-11%, п.-4%, с.- 62%, л.-14%, м.-6%, тромбоциты-200 000, COЭ-20 мм/час.

Ан. Мочи.- уд. Вес-1025. В биоптате лимфоузла - клетки Березовского-Штернберга.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Какая стадия заболевания?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

1. **Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме. Принципы лечения.**

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

Мужчина 26 лет, госпитализирован по поводу кровотечения из десен, лихорадки, общей слабости, одышки при ходьбе.

Заболел неделю назад. Прием медикаментов или профессио­нальную интоксикацию отрицает.

Объективно: температура 39°С. Бледность, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Множественные петехйи и подкож­ные кровоизлияния. Пульс 110/мин. АД ПО/60 мм рт. Ст. На верхушке сердца дующий систолический шум. Печень и селезен­ка не прощупываются.

Ан. Крови: Нв 56 г/л, лейкоциты 2-109/л, эоз 1%, баз. 1%, нейтр. 30%, лимф. 62%, мон. 6%, ретикул. 0,1%, тромбоциты 20-109/л.

Вопросы:

1.Вероятный диагноз:

2.Что ожидается в миелограмме?

3.Какие другие дополнительные исследования?

4.Какие направления лечения необходимы?

5. Прогноз заболевания.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях печени**

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

Больной 28 лет, переведен из инфекционной больницы, Жалобы на слабость, плохой аппетит, желтушность кожи и склер.

5 дней назад появились головные боли, тошноты, ноющие боли в эпигастральной области, повышение температуры до 38°. Через 2 дня желтуха с темной мочой и светлым калом.

3,5 мес. Назад имел контакт с больным вирусным гепатитом. Направлен в инфекционную больницу, где при осмотре в прием­ном отделении диагноз вирусного гепатита был отвергнут и боль­ной был направлен в терапевтическое отделение. Аиамнез, жиз­ни без' особенностей.

Объективно: выраженная желтушность кожи и склер. Темпе­ратура нормальная. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, плотная, с острым краем. Селезенка не прощупывается. Лимфоузлы не увеличены.

Билирубин 54,3 ммоль/л, тимоловая проба 12 ед., сулемовая проба 1,4 мл, ACT 2,10 мкмоль/л, АЛТ 2,95 мкмоль/л. Щелочная фосфатаза 4,1 ед.

Назначено лечение: стол 5, преднизолон 30 мг/сут, сирепар 1мл в/м, аллохол 1 т.ХЗ раза, глюкоза 40%—40,0 в/в, пенициллин 500 тыс. Ед х б раз в/м.

Вопросы:

1. На каком основании в инфекционной больнице был отверг­нут диагноз вирусного гепатита?

2.Какое значение имел эпиданамнез?

3. Вероятный диагноз?

4.Какие биохимические синдромы были выявлены?

5.Каков характер желтухи?

1. **Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом.**

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

Больная 36 лет, поступила с жалобами на головные боли, одышку, отеки, снижение зрения. В течение 20 лет страдает сахарным диабетом I типа, тяжелого течения. Последние 3 года обнаружены изменения в анализах мочи, повышение АД, отеки на лице и ногах. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Распространенные теплые, мягкие отеки. Границы сердца смещены влево на 2 см, тоны приглушены, акцент II тона на аорте. ЧСС 88 в мин. АД 210/120 мм рт.ст.

Анализ крови: Нв 92 г/л, лейкоциты 5,6х109/л. СОЭ 48 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,015, белок – 6,6 г/л, глюкоза 0,5%, эритроциты 2-3 в п/зр., лейкоциты до 30 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 320 мкмоль/л. Калий крови 5,1 ммоль/л. Глазное дно – ретинопатия.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Объясните изменения в биохимическом анализе крови

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

1. **Синдром дыхательной недостаточности. Принципы лечения.**

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

Больной 42 лет поступил в стационар с жалобами на нарастающую в течение года одышку экспираторного характера, снижение толерантности к физической нагрузке. Кашель с мокротой, особенно в утренние часы.

Из анамнеза известно, что больной курит с 16 лет по 2 пачки в день. Несколько лет назад стал отмечать сильный кашель, приступы одышки экспираторного характера при физической нагрузке. Неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: больной пониженного питания. Грудная клетка бочкообразной формы. Набухание шейных вен во время удлинённого выдоха, цианоз. В лёгких дыхание жёсткое, выслушивается большое количество сухих хрипов, а также влажные хрипы – характер и количество которых меняется при кашле. ЧД - 24 в/мин. Определяется пульсация в эпигастральной области.

 1.Сформулируйте предварительный диагноз.

 2.Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза.

 3.Какие немедикаментозные рекомендации можно дать данному

 Пациенту.

 4.Причины пульсации в эпигастральной области.

 5.Тактика лечения.

1. **Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом. Принципы лечения**

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

 Больной 46 лет в течение многих лет кашляет, в последние 3— 4 года с выделением до 50—100 мл гнойной мокроты. Отмечает слабость, утомляемость, субфе6рильную температуру, одышку при ходьбе.

Курит по 1—1,5 пачки в день в течение 20 лет, в детстве пере­нес пневмонию.

Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, сухие грубые хрипы под правой лопаткой, жесткое дыхание.

На основании обследования устанавливается диагноз - Хрони­ческий гнойный бронхит. Эмфизема легких. Хроническое Легочное сердце. ДН1 ст.

 В развитии бронхита предполагается основное значение длительного и интенсивного курения.

1.Что в приведенных данных противоречит данному диагнозу?

2.При рентгенографии обнаружено затемнение в области правого корня и высокое стояние купола диафрагмы. Какое Ваше предположение по причине?

3. Какие исследования нужны для подтверждения диагноза?

4. Какие исследования необходимы для уточнения операбельности?

5. Какое лечение по поводу гнойного бронхита?

1. **Дифференциальная диагностика и лечение нарушений сердечного ритма.**

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

Пациент 20 лет поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение.Объективно: Расширение и пульсация вен шеи Цианоз. Перкуторно границы относительной сердечной тупости смещены вправо. При аускультации выслушивается систолический шум в III-IV м/р слева от грудины и на верхушке. ЭКГ – блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правого предсердия. АВ-блокада I степени. ЭхоКГ– дистопия створок трёхстворчатого клапана, увеличение правого предсердия.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Изменения ожидаемые при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки.
3. Медикаментозные назначения
4. Хирургическая коррекция
5. Прогноз.
6. **Дифференциальная диагностика при кардиомегалии. Принципы лечения.**

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

 Больной 28л. Через 4нед., после ОРВИ (вирус Коксаки), подтвержденный серологической диагностикой с определением нарастающего титра антител к вирусу с интервалом в неделю, появились одышка и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, слабость, пастозность стоп, боли в прекардиальной области, без связи с физической нагрузкой, ноющего характера до нескольких часов без эффекта от нитроглицерина.

Объективно: кожа бледная, пастозность стоп, границы отн. тупости сердца расширены влево на 1.5см. Ослабление 1тона на верхушке, там же ритм галопа и короткий систолический шум без луча проведения. Тоны глухие, ритм правильный. ЧСС 116в мин в покое. АД110/70мм рт.ст. Печень + 1.5см. По Курлову 11-9-8см. ОАК: СОЭ-32. Б/Х: КФК- 2084 ЛДГ- 506. ЭКГ: депрессия stcv3 по V6.Рентгенография гр. Кл.: значительное увеличение сердечной тени влево, признаки венозного застоя легких.

Вопросы:

1. Основные клинические проявления патологии ССС.
2. Оцените изменения в БХ анализе крови.
3. Причина развития патологии миокарда.
4. План дополнительного обследования.
5. Диагноз.
6. **Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности. Принципы лечения.**

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

Больной 48 лет поступил в кардиологическое отделение с жа­лобами на одышку при ходьбе, увеличение живота, перебои в работе сердца.

Перебои в сердце около года, увеличение живота — 3 мес. Длительное время злоупотреблял алкоголем. Курит по 1 пачке в день.

Объективно: субэктеричность склер. Небольшие отеки голе­ней. Шейные вены не набухшие даже в горизонтальном положении. Частота дыхания 20/мин. В легких хрипов нет- Сердце рас­ширено влево на 2 см, мерцательная аритмия, 88/мин, без дефи­цита пульса. АД 13Q/85 мм рт. Ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, подкожные вены брюшной стенки несколько расши­рены. Печень на 8 см ниже края реберной дуги, плотная, с острым краем, не пульсирует. В остальном без особенностей.

В отделении поставлен диагноз: ИБС, кардиосклероз, мерца­тельная аритмия, нкпб .

Вопросы:

1.Приведите аргументы в пользу этого диагноза?

2.Что противоречит этому диагнозу?

3.Более вероятный диагноз?

4. Какие исследования для подтверждения диагноза?

5. Прогноз заболевания.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний легких**

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

Больной 49 лет, работает, забойщиком в шахте в течение 18 лет; во время очередного, периодического медицинского осмотра на рентгенограмме легких были обнаружены изменения в виде усиления и умеренной деформации легочного рисунка в средних и нижних отделах обоих легких. В базальных отделах прозрачность легочных полей повышена. Корни лёгких не изменены. Активных жалоб не предъявлял, но при детальном расспросе отмечал периодически непродуктивный кашель.

Анамнез: В прошлом респираторных заболеваний не было. Курит 20 лет, по 1 пачке в день.

 Объективно: Подвижность легочных краев не ограничена, над легкими перкуторный звук коробочный, дыхание жесткое, прослушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД-20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны ясные, чистые. ЧСС-86 в мин. АД – 140/80 мм.рт.ст. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Дизурических расстройств нет.

Показатели функции внешнего дыхания: ОФВ1 - 53 % от должной, ОФВ1/ ФЖЕЛ – 62%.

 ЭКГ без отклонений от нормы.

 Анализы крови и мочи в норме.

Вопросы

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. Факторы риска заболевания.

3. Заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

4. Оцените показатели ФВД.

5.Тактика лечения. Оцените прогноз.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение миелопролиферативных заболеваний**

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

Больная К., 26 лет. Поступила с жалобами на резкую слабость головную боль, лихорадку, ознобы, боли в горле. Больна около 2-х месяцев. Диагностировали ангину. Лечили пенициллином, аспирином без улучше­ния. Состояние средней тяжести. Температура-38°С. Бледность кожных по­кровов и слизистых. Миндалины увеличены, покрыты серым налетом, в миндалинах и зеве очаги некроза. Увеличены подчелюстные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное. Пульс-100 в мин., ритмичный. АД-110/70. При аускультации сердца - тахикардия, тоны несколько приглушены, систолический шум у вер­хушки. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, несколь­ко плотная. Селезенка не увеличена. Анализ крови: НВ-110 г/л, эритроциты-3,9×1012 /л, цв. Пок.-1,0, лейкоциты-4×109/л, бласты-11%, миелоциты- 1%, п.-6%,с-40%, лимф.-20%, тромбоциты-190х 109 /л, СОЭ-50 мм/час. В костном мозге - десятки процентов бластных клеток. (Филадельфийская) РН - хромосома не обнаружена.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить бластные клетки в крови?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложить план лечения

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

### Задания в тестовой форме

1. **Дифференциальный диагноз и лечение анемий**

Снижение осмотической стойкости эритроцитов характерно для: (ПК-1)

1. Аутоиммунной гемолитической анемии
2. Наследственного сфероцитоза
3. Талассемии
4. Пароксизмальной ночной гемоглобинурии
5. Сидероахрестической анемии
6. **Дифференциальный диагноз и лечение суставного синдрома**

Основным отличием артрита от артроза является: (ПК-1)

* 1. Хруст в суставе
	2. Боли при движениях
	3. Опухание и повышение кожной температуры
	4. Ограничение подвижности
	5. Разрастание кости
1. **Дифференциальный диагноз и лечение, врачебная тактика при остром коронарном синдроме**

Характерный ЭКГ-признак для трансмурального инфаркта миокарда (ПК-1, ПК-5)

1. Горизонтальная депрессия S-T
2. Депрессия S-T выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
3. Подъем S-T
4. Глубокие зубцы Q
5. Зубцы QS
6. **Дифференциальная диагностика, врачебная тактика при сердечных шумах**

Шум выслушивающийся при аортальном стенозе (ПК-1)

1. Голосистолический
2. Протосистолический
3. Мезосистолический
4. Пресистолический
5. Протодиастолический
6. **Хроническая почечная недостаточность, дифференциальный диагноз и принципы лечения.**

Основное показание для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите: (ПК-1, ОПК-8)

1. Нефротический синдром
2. Артериальная гипертензия
3. Почечная недостаточность
4. Гематурия
5. Профилактика обострения
6. **Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме. Принципы лечения.**

Признак нехарактерны для болезни Верльгофа (ПК-1)

1. Низкий протромбиновый индекс
2. Увеличение времени кровотечения
3. Тромбоцитопения ниже 60 000
4. Низкий уровень ретракции кровяного сгустка
5. Положительный симптом жгута, щипка

### Практические задания

1. **Дифференциальный диагноз и лечение артериальной гипертензии**

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

Больную И., 48 лет беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, периодические колющие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке, редко в покое, плохой сон. Впервые 6 лет назад зарегистрировано повышение АД до 160/100 мм рт ст. Регулярно проводилось лечение эналаприлом. 2 года назад стала отмечать боль колющего характера в области сердца при нагрузке, проводимая гипотензивная терапия в течение последнего года - без эффекта. Рост 164 вес 82 кг. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой. АД 180/115 мм рт.ст. Пульс 68 уд. В минуту, ритмичный, напряженный. Анализ мочи: уд.вес 1010, лейкоциты 2-4 в п/зр, Эр 0-1 в п/зр.

I. Наиболее вероятный диагноз

 1. Атеросклероз аорты, сосудов сердца, головного мозга, артериальная

Гипертония

 2. ИБС: стенокардия

 3. Гипертоническая болезнь

 4. Коарктация аорты

 5. Хронический гломерулонефрит

II. Что верно в отношении патогенетических механизмов, определяющих

Повышение АД у данной больной

 1. Увеличение сердечного выброса

 2. Гиперсекреция дофамина

 3. Задержка калия

 4. Увеличение активности ренинангиотензиновой системы

III. Какие изменения вы обнаружите при исследовании глазного дна

 1. Спазм артериол

 2. Атрофия зрительного нерва

 3. Расширение вен

 4. Застойный сосок зрительного нерва

IV. Какие препараты целесообразно использовать для лечения этой больной

 1.Бета-блокаторы

 2.Ингибиторы АПФ

 3.Индапамид

 4. Клофелин

1. **Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани**

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

Женщина 38 лет обратилась по поводу болей и опухоли в икроножной мышце правой ноги. Боль появилась три дня назад в задней части икры, сутки назад появилась нарастающая опухоль и отёк. Общее состояние было относительно удовлетворительное. Травму ноги пациентка отрицает. Она вспомнила, что такая же клиническая картина была у неё 7 лет и 3 года назад. Первый эпизод прошёл самостоятельно, во втором случае был диагностирован тромбофлебит, больная получала терапию детралексом. Пациентка замужем, имеет ребёнка 10 лет. Роды были нормальные, но с тех пор она имела 2 неудачные беременности, закончившиеся спонтанными абортами на сроках 25 и 14 недель. При осмотре: женщина нормального телосложения, кожа имеет сетчатый сосудистый рисунок на бедрах. Сыпь при надавливание исчезает, не зудящая, не болезненная. Правая икра несколько отёчна, болезненна при пальпации, несколько гиперемированная. Пальпируется плотный жгут, переходящий на заднюю часть бедра. На правой стопе отёк. В остальном физикальные данные без изменений. Результаты биохимического и клинического обследования крови и мочи без изменений. Рентгенограмма грудной клетки без изменений. Серологическое обследование: тест на антинуклеарные антитела положительный (титр 1:40). Коагулограмма до начала терапии гепарином: протромбиновое время 13с (норма 12,8-13,1с), аЧТВ 50 с (норма 33-35с). Тесты на антикардиолипиновые антитела (метод ELISA) показывает следующие результаты: IgG 49 ед (норма меньше 23) и IgM 6 ед (норма меньше 5). Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях толстого кишечника.**

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

Больной 55 лет находится в терапевтическом отделении, где проходит лечение по поводу внебольничной 2-сторонней пневмонии. На 10-е сутки антибиотикотерапии у больного вновь повысилась температура до 38,7º, появились схваткообразные боли в животе, учащение стула до 10 раз в сутки, каловые массы водянистые с примесью эпизодически с примесью крови. При осмотре кожные покровы обычной окраски, тургор несколько снижен. В легких единичные мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах с 2-х сторон на фоне жесткого дыхания. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 115 и 70 мм рт.ст. Живот мягкий , болезненный по ходу толстой кишки, сигмовидная кишки спазмирована, урчит. В анализе крови: гемоглобин 140 г/л, Эритроциты 4,5 \*1012, лейкоциты 15\*109, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ – 35 мм/час. По данным колоноскопии: на слизистой оболочке толстой кишки определются плотносвязанные с подлежащими тканями бляшковидные или лентовидные наложения в виде мембран. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение при системных васкулитах**

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

Больная П., 49 лет поступила по “03” с направительным диагнозом острый сывороточноподобный синдром в аллергологическое отделение ГКБ. При поступлении беспокоили артралгии, одышка, лихорадка, кожный зуд, заложенность носа, кашель со скудной мокротой, гнойное отделяемое из левого уха. Из анамнеза известно, что месяц назад лечилась по поводу острого гнойного отита и ангины антибиотиком аугментином в течение 7 дней без эффекта, в течение месяца сохранялся субфебрилетет, потливость, познабливание, наблюдалась в поликлинике, где проходила курс физио- и лазеротерапии. В течение последних 5 суток перед поступление в отделение состояние средней тяжести, на коже вокруг суставов геморрагическая сыпь, лимфаденит, herpeslabealis, в анализах крови лейкоцитоз, гиперглобулинемия, повышение уровня трансаминаз и сахара крови, высокие СОЭ и С-реактивный белок, протеинурия. Рентгенодиагностика: в средних и нижних отделах обоих легких разнокалиберные фокусы инфильтрации При обследование на оппортунистические инфекции определенна острая форма хламидиоза и герпетической инфекции, выявлен повышенный титр антител к легким, иммуносупресия по Т- и В-звену, гипоиммуноглобулинемия. Также у больной язвенно-некротический стоматит, левосторонний острый средний отит, отомикоз, грибковое поражение слизистой носа и глотки, сохранялся васкулит, артралгии, лихорадка, выраженная слабость. В отделение проводилась гормонотерапия, противовоспалительная, дезинтоксикационная, дезагрегантная терапия Полученны положительная клиническая и лабораторная динамика. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение лимфопролиферативных заболеваний.**

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

Больная 43 лет, поступила с жалобами на общую слабость, утомляемость, потливость, субфебрильную температуру, тяжесть и боли в левом подреберье.Больна около 3 лет. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых. Шейные и подмышечные лимфоузлы увеличены до 1 см в диаметре. Живот увеличен в объеме. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, селезенка значительно увеличена, ниже уровня пупка, плотная, безболезненная. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение при заболеваниях печени**

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

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. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальная диагностика и лечение заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом.**

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

Мужчина в возрасте 28 лет попал в автомобильную аварию, после чего развился остеомиелит костей таза. перенес повторные операции по удалению гнойных костных секвестров и закрытию свищей. Через два года после этого заметил у себя округлое образование в области левого подреберья. При обследовании обнаружены увеличенная плотная селезенка, гепатомегалия, увеличенная СОЭ - 65 мм/ч. Биохимические показатели крови: общий белок 70 г/л, альбумины 42 г/л, уровень креатинина 115 мкмоль/л, калий 4.2 ммоль/л (норма 3,6-6,3ммоль/л); клубочковая фильтрация 90 мл/мин. Анализ мочи: реакция кислая, белок - 2,5 г/сут, относительная плотность в пробе по Зимницкому 1007-1020, в осадке лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты единичные. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Синдром дыхательной недостаточности. Принципы лечения.**

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

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. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом. Принципы лечения**

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

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. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальная диагностика и лечение нарушений сердечного ритма.**

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

Больная 65 лет доставлена в больницу после кратковременного обморока, случившегося на улице. В течение нескольких лет беспокоят приступы сердцебиения, а также слабость, головокружения, дурнота. Эти ощущения, нерезко выраженные, замечает каждый день. Нагрузки переносила удовлетворительно. Обморок на улице с падением случился впервые. Во время одного из приступов сердцебиения три недели назад снята ЭКГ, зарегистрирована наджелудочковая тахикардия. АД было нормальное. Приступ прекратился спонтанно, и врач назначил обзидан по 20 мг 3 раза в день. Однако неприятные ощущения продолжали беспокоить, головокружения стали более тягостными. Отказалась от обзидана. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальная диагностика при кардиомегалии. Принципы лечения.**

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

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. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Диагностика и лечение острой и хронической сердечной недостаточности. Принципы лечения.**

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

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. На ЭХОКГ – ФВ 57 %. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение заболеваний легких**

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

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. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. **Дифференциальный диагноз и лечение миелопролиферативных заболеваний**

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

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. В анамнезе в течение двух недель принимал сульфаниламидный препарат. На рентгенограмме органов грудной клетки изменений не выявлено. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

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

### Ситуационные задачи

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

У больного 35 лет в течение 2-х недель слабость, повышение температуры до 38°С, 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 -13 тыс/мл, СОЭ - 38 мм/час.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Диагностика и план обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. План лечения.
5. Прогноз.

Задача №2. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной Н., 49 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение t до 38,2 с ознобами, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку при глубоком дыхании. Болен в течение 5 дней.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ, кожные покровы бледные. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, под лопаткой слева укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация, частота дыхательных движений 25/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 100 уд/мин., АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

На рентгенограмме в области нижней доли левого легкого выявлена инфильтрация. В гемограмме: Нв – 126 г/л; лейкоциты - 12 тыс., п-11%, с-46%, СОЭ-38мм/час.

Больному был назначен ампициллин 1 000 000 ЕД в/м 6 раз в сутки. На 5 день лечения состояние больного ухудшилось, температура тела повысилась до 40,10С, появилась обильная гнойная мокрота, наросли признаки интоксикации.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №3. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 44 лет, жалуется на боль в левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, усиливающуюся при глубоком дыхании, тошноту. Рвоту с примесью желчи, кашель с мокротой. Около 6 часов назад появился озноб. Затем боль в левом подреберье, рвота съеденой пищей. Вызванной бригадой СМП диагностирован острый гастрит, введены анальгетики и спазмолитики. После некоторого облегчения боли возобновились (2 часа назад), была повторная рвота. При осмотре врачом вновь вызванной СМП больной лежит на левом боку. Состояние средней тяжести, слева над проекцией нижней доли определяется крепитация, ЧДД 26 в мин., АД 110/70 мм. Рт. Ст.

 Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, 96 в мин. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Температура тела 39,4 ˚С. На ЭКГ ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №4. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 35 лет поступил с жалобами на мучительный сухой кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, одышку, боль в левом боку при глубоком дыхании и кашле, резкую общую слабость.

Заболел 3 дня назад. Днём переохладился, вечером внезапно почувствовал озноб, общую слабость. Температура повысилась до 39,6ос, ознобы не повторялись, температура оставалась на высоких цифрах, присоединился кашель, одышка и затем боль в боку при дыхании.

Объективно: состояние тяжёлое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щёк, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, в верхних отделах её усиление голосового дрожания. При перкусии притупление слева в верхних отделах, здесь же определяется бронхиальное дыхание, высокого тембра, шум трения плевры спереди, хрипов не слышно. ЧДД 32 в минуту. Над остальной поверхностью лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 112 в минуту, ритмичный. Артериальное давление 100/60 мм. Рт. Ст.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

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

Больной 22 года, жалуется на кашель с отделением слизисто- гнойной мокроты в небольшом количестве, небольшую одышку при физической нагрузке, общую слабость. Заболел около недели назад, после переохлаждения. Появился насморк, першение в горле, сухой кашель, повысилась температура до 37,2ос, лечился домашними средствами. Общее самочувствие улучшилось, насморк исчез. Оставался кашель, сначала сухой, затем с отделением слизистой вязкой мокроты. Температура тела утром нормальная, вечером повышалась до 37,1- 37,3ос. Два дня назад появился небольшой озноб и температура повысилась до 38,1ос, кашель усилился. Стала отделяться слизисто- гнойная мокрота, появилась одышка.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8ос. Кожа и слизистые обычной окраски. Над лёгкими ясный перкуторный звук с небольшим притуплением справа в подлопаточной области. Дыхание жёсткое, рассеянные, сухие хрипы. Справа в подлопаточой области мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 26 в минуту. Пульс 92 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/60 мм. Рт. Ст.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

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

Пациентка 25 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение t до 38,20С, с ознобами, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку при глубоком дыхании. Больна в течение 5 дней. Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ, кожные покровы бледные. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, под лопаткой слева укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация, частота дыхательных движений 25/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 100 уд/мин., АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. На рентгенограмме в области нижней доли левого легкого выявлена инфильтрация.

В гемограмме: Нв – 126 г/л; лейкоциты - 12 тыс., п-11%, с-46%, СОЭ-38мм/час.

Больной был назначен ампициллин 1 000 000 ЕД в/м 6 раз в сутки. На 5 день лечения состояние больной резко ухудшилось, температура тела повысилась до 40,10С, появилась обильная гнойная мокрота, наросли признаки интоксикации.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы обследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данной пациентке?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.

5. Имеются ли осложнения в течении заболевания?

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

Больной К., 28 лет, шахтер, почувствовал озноб, слабость, боль в правом подреберье, из-за которой не мог глубоко вздохнуть. К утру появился кашель со скудной слизистой мокротой ржавого цвета. При осмотре: блеск глаз, цианоз губ и носогубного треугольника. На губе герпес. При осмотре грудной клетки правая ее половина отстает в акте дыхания. Перкуторно справа ниже лопатки легочной тон имеет притупленно-тимпанический оттенок; на остальном протяжении легочной звук. Дыхание в зоне тимпанита ослабленное везикулярное, на высоте вдоха слышна крепитация и шум трения плевры. В остальных участках легких выслушивалось усиленное везикулярное дыхание. Частота дыхания - 25 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС- 82 в мин. АД 100/50 мм рт.ст. Язык сухой покрыт серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

 Анализ крови: Hb - 150г/л. Эритроциты - 5,5х1012/л. Лейкоциты 25,2х109/л (сегментоядерные - 52%, палочкоядерные - 10%, эозинофилы - 6%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%), СОЭ - 47 мм/ч.

 Анализ мочи: уд.вес 1028, белок 0,033%.

 Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в день госпитализации: 2/3 нижней доли правого легкого пониженной прозрачности с усиленным легочным рисунком, обусловленным сосудистой его частью. Правый корень расширен, купол диафрагмы ограничен в подвижности.

1. Наиболее вероятный диагноз

2. Какие методы обследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному пациенту?

4. Объясните кашель с мокротой ржавого цвета.

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.

Задача №8. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 58 лет. Госпитализирован 26.03. В начале марта появилась нарастающая боль в правой ноге, затем в левой, вынужден был перейти на постельный режим. 23.03. Возникла острая боль в правой половине грудной клетки, не связанная с дыханием, выраженная одышка, кашель с кровянистой мокротой, высокая температура. Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 380С, сероцианотичный цвет лица, одышка до 36 дыханий в 1 минуту, набухшие шейные вены. В легких под правой лопаткой укорочение перкуторного звука, здесь же бронхиальное дыхание, голосовое дрожание усилено, мелкопузырчатые влажные хрипы, тоны сердца приглушены, пульс 100 уд. В мин., ритмичный. АД 100/70 мм.рт.ст. Пальпируется мягкий, болезненный край печени, выступающий из-под реберья на 3 см. Имеется тромбофлебит поверхностных вен обеих голеней.

1.Предпологаемый диагноз.

2. Что возможно у больного на ЭКГ?

3. План обследования больного.

4. Какие изменения могут быть на рентгенограмме грудной клетки?

5. Назначить медикаментозную терапию.

Задача №9. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 52 года, находится в хирургическом отделении 3-й день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, вскоре присоединилось кровохаркание, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2- го тона на лёгочной артерии. ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной 1/3 зубца R и продолжительностью 0,02 сек. Смещение сегмента Т и отрицательный зубец Т в отведении, высокие зубцы Р во всех отведениях.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №10. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Мужчина, 46 лет, жалуется на чувства нехватки воздуха, учащенное дыхание в покое, усиливающееся при минимальных нагрузках, выраженное снижение толерантности к нагрузкам, чувство тяжести в правом подреберье, отеки голеней и стоп. Анамнез - Страдает варикозной болезнью нижних конечностей.

 Объективно: Состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лёгких дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в средних отделах справа. ЧДД 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент 2 тона и систоло-диастолический шум во 2 межреберье слева от грудины при аускультации. Варикозно расширенные вены голеней с трофическими изменениями кожи (цианоз, гиперпигментация).

ЭКГ: отклонение ЭОС вправо, гипертрофия правого желудочка, высокий симметричный заостренный зубец Р.

ЭХОКГ: Дилятация правых камер сердца, трикуспидальная регургитация 3 ст. Сист.д в легочной артерии 47 ммрт ст.

1. Предполагаемый диагноз.

2. Показатели в коагулограмме необходимые для уточнения диагноза.

3. План дополнительного обследования больного.

4. Какие изменения могут быть на рентгенограмме грудной клетки?

5. Назначить медикаментозную терапию.

Задача № 11. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной 46 лет в течение многих лет кашляет, в последние 3— 4 года с выделением до 50—100 мл гнойной мокроты. Отмечает слабость, утомляемость, субфе6рильную температуру, одышку при ходьбе.

Курит по 1—1,5 пачки в день в течение 20 лет, в детстве пере­нес пневмонию.

Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, сухие грубые хрипы под правой лопаткой, жесткое дыхание.

На основании обследования устанавливается диагноз - Хрони­ческий гнойный бронхит. Эмфизема легких. Хроническое Легочное сердце. ДН1 ст.

 В развитии бронхита предполагается основное значение длительного и интенсивного курения.

1.Что в приведенных данных противоречит данному диагнозу?

2.При рентгенографии обнаружено затемнение в области правого корня и высокое стояние купола диафрагмы. Какое Ваше предположение по причине?

3. Какие исследования нужны для подтверждения диагноза?

4. Какие исследования необходимы для уточнения операбельности?

5. Какое лечение по поводу гнойного бронхита?

Задача №12. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 42 лет поступил в стационар с жалобами на нарастающую в течение года одышку экспираторного характера, снижение толерантности к физической нагрузке. Кашель с мокротой, особенно в утренние часы.

Из анамнеза известно, что больной курит с 16 лет по 2 пачки в день. Несколько лет назад стал отмечать сильный кашель, приступы одышки экспираторного характера при физической нагрузке. Неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: больной пониженного питания. Грудная клетка бочкообразной формы. Набухание шейных вен во время удлинённого выдоха, цианоз. В лёгких дыхание жёсткое, выслушивается большое количество сухих хрипов, а также влажные хрипы – характер и количество которых меняется при кашле. ЧД - 24 в/мин. Определяется пульсация в эпигастральной области.

 1.Сформулируйте предварительный диагноз.

 2.Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза.

 3.Какие немедикаментозные рекомендации можно дать данному

 Пациенту.

 4.Причины пульсации в эпигастральной области.

 5.Тактика лечения.

Задача №13. (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.

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. Факторы риска заболевания.

3. Заболевания с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

4. Исследования необходимые при одышке в покое.

5.Тактика лечения. Оцените прогноз.

Задача №14. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

В пульмонологическое отделение поступил мужчина 48 лет с жалобами на одышку с затрудненным выдохом, особенно в ночное время в положении лежа на спине, мучительный приступообразный надсадный кашель со скудной, вязкой мокротой, неоднократную потерю сознания на высоте кашля, одышку при физическом напряжении. Температура тела -37,5ос. Из анамнеза: работает проходчиком шахты 16 лет, не курит. Вышеперечисленные жалобы появились и постепенно прогрессировали в течение 5 лет.

Объективно: небольшой акроцианоз. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, проба «с форсированным выдохом» положительная. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 92 уд. В мин., АД – 130/80 мм рт.ст.

Общий анализ крови.

Гемоглобин 157 г/л

Эритроциты 5,1 х 1012

Лейкоциты 7,2 х 109

# Сегментоядерные 58 %

# Палочкоядерные 7 %

# Эозинофилы 3 %

Базофилы 0 %

Лимфоциты 27 %

Моноциты 5 %

СОЭ 13 мм/час

СПИРОМЕТРИЯ

Пол м Вес 78 Возраст 48

Вес 169

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Parameter |  | Bronchodilatator in therapeutic dose | Parameter |  |
| PEF | 399 | Berotec-H | PEF | 400 |
| FEV1 | 2,18 | 100 мкг | FEV1 | 2,46 |
| FVC | 3,93 | 2 д.д. | FVC | 3,98 |
| FEV1/FVC | 81% |  | FEV1/FVC | 87% |
| PEF % | 86% |  | PEF % | 89% |
| FEV1 % | 59% |  | FEV1 % | 64% |
| FVC | 84% |  | FVC | 86% |

Заключение: При исследовании вентиляционной функции легких по программе " Spiro" исходно не определяется снижение цифровых значений форсированных показателей: ОФВ1 = 59 % к должному. После терапевтической дозы симпатомиметика Berotec-H 100 мкг 2 д.д. Не отмечается значимый прирост этого показателя. Проба с бронхолитиком отрицательная.

Рентгеноскопия легких: легочные поля повышенной прозрачности, легочный рисунок умеренно усилен в средне-нижних отделах, корни несколько уплотнены.

Анализ мокроты: характер – слизистый, консистенция – вязкая.

Бронхофиброскопия: слизистая истончена, с выраженным сосудистым рисунком, устья бронхиальных желез расширены. В правом бронхиальном дереве отмечаются участки слизистой серо-черного цвета. Вязкий, слизистый секрет закрывает просвет сегментарных бронхов, лежит комочками на стенках трахеи и бронхов.

1. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?
3. Какой ведущий синдром?
4. Какую лекарственную терапию следует назначить больному и какая дальнейшая тактика ведения больного.
5. Заболеваниями с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

Задача №15. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 54 лет, в течение 32 лет работала швеей мотористкой. За смену обрабатывала по несколько тысяч мешков, которые использовались для перевозки муки и различных крупяных изделий. Запыленность воздуха в цехе достигает 215 мг/м3. По своему составу пыль является по преимуществу органической, минеральных примесей не содержит. У больной заболеваний легких в прошлом не было. Больная не курит, наследственность не отягощена. Последние 5-6 лет больную беспокоит несильный кашель с очень небольшого количества мокротой, а иногда и сухой, першение в горле. Во время отпуска кашель значительно уменьшается. При физическом напряжении беспокоит небольшая одышка, 3-4 раза в год имеет больничный лист с диагнозом грипп, ОРВЗ, бронхит.

 При осмотре больной в период работы на фабрике было обнаружено уме­ренное количество рассеянных сухих хрипов в лёгких. При объективном обследовании: Грудная клетка несколько эмфизематоза. Перкуторный звук над лёгкими с небольшим коробочным оттенком. Дыхание жестковатое. ЧДД-22 в мин. В первые дни после поступления у больной выслушивались рассеянные сухие хрипы. При осмотре верхних дыхательных путей выявлена лёгкая атрофия слизистой задней стенки глотки. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 88 уд. В мин., АД – 140/80 мм рт.ст.

Функция внешнего дыхания: Частота дыханий 20 в минуту. ОФВ1- 58%, ОФВ1/ЖЕЛ - 68%, МВЛ - 7 л/мин.

 При рентгенографии придаточных пазух носа изменений не отмечено.

При рентгенографии лёгких выявлено небольшое усиление сосудисто-бронхиального рисунка в нижних отделах. Исследование функции внешнего дыхания выявило умеренно выраженные явления бронхиальной обструкции. Кожные пробы с экстрактом пшеничной муки и хлопка отрицательные. В период обследования в клинике мокроту больная почти не выделяла. Температура оставалась нормальной.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?
3. Какой ведущий синдром?
4. Какую лекарственную терапию следует назначить больной и какая дальнейшая тактика ведения больной.
5. Заболеваниями с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

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

Больной 49 лет, работает, забойщиком в шахте в течение 18 лет; во время очередного, периодического медицинского осмотра на рентгенограмме легких были обнаружены изменения в виде усиления и умеренной деформации легочного рисунка в средних и нижних отделах обоих легких. В базальных отделах прозрачность легочных полей повышена. Корни лёгких не изменены. Активных жалоб не предъявлял, но при детальном расспросе отмечал периодически непродуктивный кашель.

Анамнез: В прошлом респираторных заболеваний не было. Курит 20 лет, по 1 пачке в день.

 Объективно: Подвижность легочных краев не ограничена, над легкими перкуторный звук коробочный, дыхание жесткое, прослушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД-20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны ясные, чистые. ЧСС-86 в мин. АД – 140/80 мм.рт.ст. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Дизурических расстройств нет.

Показатели функции внешнего дыхания: ОФВ1 - 53 % от должной, ОФВ1/ ФЖЕЛ – 62%.

 ЭКГ без отклонений от нормы.

 Анализы крови и мочи в норме.

Вопросы

1. Наиболее вероятный диагноз.

2. Факторы риска заболевания.

3. Заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

4. Оцените показатели ФВД.

5.Тактика лечения. Оцените прогноз.

Задача №17. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной , 59 лет, с детства страдает периодически кашлем с выделением гнойной мокроты до 100-150 мл в сутки; в последний год заметно похудел, усилилась одышка, появились отеки на ногах и пояснице.

Объективно: бледен, лицо одутловатое цианоз губ, ушных раковин, пальцы формы "барабанных палочек". Температура тела – 37,40С. ЧДД - 24 в мин., более затруднен выдох. Пульс 98 уд. В мин., ритмичен. АД 106/84 мм рт ст. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное, в задне-нижних отделах обильные мелко- и среднепузырчатые звучные влажные хрипы больше при выдохе. Печень выступает на 3 см из подреберья, селезенка - на 1 см. На ногах рыхлые отеки, пастозность поясницы.

 В крови: СОЭ 54 мм/час, белок 80 г/л, альбумины 30,2% глобулины 69,8% (альфа - 20,4%, бета - 18,7%, гамма - 20%); холестерин - 6,3 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. Вес 1010 , белок 4.28 - 6.23 г/л, лейкоциты 5-8 в п/зр, гиалиновые цилиндры - 1-2 в п/зр.Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?
3. Какой ведущий синдром?
4. Какую лекарственную терапию следует назначить больному и какая дальнейшая тактика ведения больной.
5. Заболеваниями с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

Задача №18. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

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.

Вопросы.

1. Подсчитать индекс курильщика
2. Сформулировать основной клинический диагноз и его осложнения
3. Обоснуйте Ваш диагноз.
4. Принципы лечения данного пациента
5. Заболевания с которыми проводится диф.диагноз.

Задача №19. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 29 лет жалуется резкую одышку, заставляющую её принимать вынужденное положение, кашель с отделением жидкой мокроты, диффузно окрашенной свежей кровью. Наблюдается у терапевта по поводу заболевания сердца. Около 5 лет отмечает одышку при физической нагрузке, периодический кашель, сухой или со скудным количеством светлой мокроты. Иногда замечала в мокроте прожилки крови. Накануне поступления в больницу работала физически. Ночью проснулась из-за приступа удушья и скорой помощью доставлена в стационар.

Объективно: состояние средней тяжести. Румянец на щеках. Выраженный цианоз губ и языка. Отёков нет.

В лёгких дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон, преимущественно в нижних отделах. ЧДД 43 в минуту. При аускультации сердца ритм правильный, хлопающий 1-й тон и щелчок открытия митрального клапана на верхушке, акцент 2-го тона на лёгочной артерии, диастолический шум с пресистолическим усилением на верхушке и в 5-ой точке.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

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

Больного 41 года, беспокоят боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, проходящие через 1-3 мин после приема нитроглицерина, головные боли. С 16-летнего возраста у больного выслушивается шум в сердце. В течении года - загрудинные боли при нагрузке. Месяц назад отмечалась кратковременная потеря сознания. При осмотре: В легких хрипов нет. ЧДД-20 в мин. Границы относительной тупости левая - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя и правая - не изменены. Тоны сердца приглушены, грубый шум после I тона в точке Боткина и во 2 межреберье справа от грудины, не проводящийся на сосуды шеи. Пульс 84 в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Каковы наиболее вероятные причины потери сознания.

3. Определите причину(ны) выслушиваемого при аускультации шума.

4. Какие изменения при эхокардиографическом исследовании Вы ожидаете получить.

5.Тактика лечения.

Задача 21.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

47-летний больной перенес 6 месяцев назад инфаркт миокарда, осложненный желудочным кровотечением. Тромболизис не проводился из-за кровотечения. Наблюдался врачом после выписки из стационара. В течение последней недели стал отмечать одышку при небольших нагрузках и в покое. В анамнезе артериальная гипертония, сахарный диабет. Получает лечение бета-блокаторами, инсулином, статинами и аспирином. Не курит, алкоголь не употребляет.Об-но: состояние средней тяжести. ЧСС 74/мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Расширение левой границы сердца при перкуссии, разлитая пульсация в области верхушки с распространением до среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Выслушивается третий тон, систолический шум на верхушке. ЧД 22/мин. Дыхание везикулярное, влажные хрипы в нижних отделах. Снята ЭКГ (рис.1) и проведено рентгенологическое исследование грудной клетки (рис.2)



Рис. 1 ЭКГ больного через 7 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда



Рис. 2 Рентгенография органов грудной клетки

 Прямая (А) и боковая (Б) проекции

Вопросы

1.Сформулируйте диагноз.

2.Дайте заключение по ЭКГ.

3.Дайте заключение по рентгенограмме.

4.Причина возникновения третьего тона при аускультации сердца.

5. Причина возникновения влажных хрипов в нижних отделах легких.

Задача №22. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больного 41 года, беспокоят боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, проходящие через 1-3 мин после приема нитроглицерина, головные боли. С 16-летнего возраста у больного выслушивается шум в сердце. В течении года - загрудинные боли при нагрузке. Месяц назад отмечалась кратковременная потеря сознания. При осмотре: В легких хрипов нет. ЧДД-20 в мин. Границы относительной тупости левая - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя и правая - не изменены. Тоны сердца приглушены, грубый шум после I тона в точке Боткина и во 2 межреберье справа от грудины, не проводящийся на сосуды шеи. Пульс 84 в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Каковы наиболее вероятные причины потери сознания.

3. Определите причину(ны) выслушиваемого при аускультации шума.

4. Какие изменения при эхокардиографическом исследовании Вы ожидаете получить.

5.Тактика лечения.

Задача №23. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 15 лет, в течение нескольких лет жалуется на головную боль. Родители объясняли эти жалобы переутомлением, к врачам не обращались. Участковым врачом обнаружено высокое артериальное давление. Госпитализирован в стационар для обследования. В детстве слегка отставал от других детей в развитии. Не занимается спортом, так как быстро устает. Болел корью, скарлатиной, несколько раз гриппом, ангиной, отеков и дизурических явлений никогда не было. При осмотре: состояние удовлетворительное, левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от средне ключичной липни. Резкий акцент II тона над аортой. Грубый систолический шум в области верхней части грудины, выслушивающийся и в межлопаточном пространстве. Пульс ритмичный, напряжен. Артериальное давление 190/110 мм.рт.ст на обеих руках. Живот мягкий безболезненный. Стопы холодные.

1. Ваш предварительный диагноз.

2.Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз.

3. Определите причину выслушиваемого при аускультации шума.

4. Методы дополнительного обследования.

5.Тактика лечения.

Задача №24. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Пациент 21 года поступил в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, носовые кровотечения.Объективно: Обращает на себя внимание диспропорциональное развитие туловища – более развита верхняя часть туловища (плечевой пояс) и менее развитая нижняя часть (бёдра, ноги). Нижние конечности холодные на ощупь, пульсация артерий ослаблена. Обнаруживается пульсация м/р артерий. АД – на руках – 140/80 мм рт.ст., АД – на ногах – 120,75 мм рт.ст. Аускультативно определяется акцент II-го тона над аортой, выслушивается систолический шум в точке Боткина-Эрба, в межлопаточном пространстве и на сосудах шеи. Так же выслушивается систолический шум над м/р артериями.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие изменения ожидаются при исследовании органов грудной клеки.
3. Основной метод подтверждения диагноза.
4. У больного стали нарастать явления сердечной недостаточности – ваша тактика.
5. Прогноз.

Задача №25. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Пациент 18 лет поступил с жалобами на одышку, боли в сердце, возникающие в покое сердцебиение, резкую слабость после физической нагрузки.Из анамнеза известно, что больной 5-6 раз в год проходит стационарное лечение по поводу воспалительных заболеваний лёгких.

Объективно: Выраженный цианоз кожных покровов, губ, слизистых, коньюнктивы. Вес – 48 кг, рост –160 см., отстаёт в физическом развитии от сверстников. Изменение пальцев в виде «барабанных палочек», ногтей в виде «часовых стёкол». Определяется систолическое дрожание во II-м м/р слева от грудины. При аускультации выслушивается грубый систолический шум слева от грудины во II-III м/р.При рентгенологическом исследовании выявляется прозрачность лёгочных полей из-за уменьшения кровенаполнения лёгких. Контуры сердца имеют специфическую форму «деревянного башмака сабо»: уменьшенная дуга лёгочной артерии, подчёркнутая талия сердца, закруглённая и приподнятая над диафрагмой верхушка сердца. Дуга аорты может быть справа.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как объяснить систолическое дрожание и систолический шум слева от грудины.
3. Наиболее информативный метод обследования.
4. Изменения, ожидаемые в ОАК.
5. Возможные осложнения.

Задача №26. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больная 15 лет поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при физической нагрузке, боли в правом подреберье.Из анамнеза известно, что родилась недоношенной. Детское дошкольное учреждение не посещала. В школе освобождалась от занятий физкультурой. Последние 2 класса в связи с ухудшением самочувствия закончила экстерном. Объективно: При аускультации сердца выслушивается непрерывный систоло-диастолический шум («машинный»), лучше выслушиваемый под левой ключицей и иррадиирующий в спину.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Источник «машинного шума».
3. У пациента появилась охриплость голоса – как объяснить этот симптом.
4. Тактика лечения.
5. Возможные осложнения.

Задача №27. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Пациент 20 лет поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение.Объективно: Расширение и пульсация вен шеи Цианоз. Перкуторно границы относительной сердечной тупости смещены вправо. При аускультации выслушивается систолический шум в III-IV м/р слева от грудины и на верхушке. ЭКГ – блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правого предсердия. АВ-блокада I степени. ЭхоКГ– дистопия створок трёхстворчатого клапана, увеличение правого предсердия.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Изменения ожидаемые при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки.
3. Медикаментозные назначения
4. Хирургическая коррекция
5. Прогноз.

Задача №28. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Пациент 32-лет госпитализирован с жалобами на давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.При суточном мониторировании ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы наджелудочковой тахикардии. При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 1,7 см, задней стенки левого желудочка - 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу 4,2 см.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №29. (ОК-7, ПК-1, ПК-10, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

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. ЧДД 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС60 в минуту, ритм правильный. Аускультативно справа во втором межреберье выслушивается систолический шум, без проведения в другие точки. АД 135/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 82 в минуту. Отклонение ЭОС влево (угол α – 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 2,0 см. ТЗСЛЖ 1,2.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Объясните изменения на ЭХОКГ.

4. Какое лечение следует назначить данному больному?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Задача №30. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

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 100/60 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. СРБ 12 г/л.

 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. Передне-задний размер 2,8 см. ФВ 55%, нарушений локальной сократимости нет. ТМЖП =1,0. ТЗСЛЖ = 1.1 см. Митральная регургитация 1 степени. Трикуспидальная регургитация 1 степени.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Объясните причину мерцательной аритмии.

4. Какое лечение следует назначить данной больной?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Задача №31. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная, 63г. Поступила с жалобами на резкую слабость, апатию, сонливость, зябкость, запоры, снижение аппетита. Больна 8 лет, когда появилась слабость, заторможенность, ухудшение памяти, одутловатость лица, запоры (стул раз в 3-4 дня), не уступающие действию слабительных, осиплость голоса, пастозность голеней. Диагностирован гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита, по поводу которого нерегулярно принимал тиреоидин. В течение 2 мес. Состояние ухудшилось: усилилась слабость и сонливость, направлена в эндокринологическое отд. При поступлении сост. Тяжелое; резко заторможена, не проявляет интереса к окружающему. Выражена сонливость, речь и движения замедлены. Лицо одутловатое (отек век, щек, губ). Кожа сухая, холодная, бледная с желтоватым оттенком, t 35oc. Щитовидная железа увеличена до 2-й степени плотноватая при пальпации. Волосы на голове, в подмышечной впадине редкие. Дыхание везикулярное. ЧСС50 в мин. АД 90/50 мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца глухие. ЭКГ: нарушение внутрижелудочковой проводимости. Язык утолщен с отпечатками зубов по краям. В остальном без особенностей.

Общий анализ крови: эр. -3.8; Нв – 90; лейк. – 4.1; СОЭ- 37.

Б/х анализ крови: Холестерин- 12.8 ммоль/л; Са 2.0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: норма.

Вопросы:

1. Назовите основное заболевание.

2. Определите наличие и характер патологии со стороны ССС.

3. Методы диагностики основного заболевания.

4. Принципы лечения

5. Коррекция нарушений липидного обмена.

Задача №32. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной 28л. Через 4нед., после ОРВИ (вирус Коксаки), подтвержденный серологической диагностикой с определением нарастающего титра антител к вирусу с интервалом в неделю, появились одышка и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, слабость, пастозность стоп, боли в прекардиальной области, без связи с физической нагрузкой, ноющего характера до нескольких часов без эффекта от нитроглицерина.

Объективно: кожа бледная, пастозность стоп, границы отн. тупости сердца расширены влево на 1.5см. Ослабление 1тона на верхушке, там же ритм галопа и короткий систолический шум без луча проведения. Тоны глухие, ритм правильный. ЧСС 116в мин в покое. АД110/70мм рт.ст. Печень + 1.5см. По Курлову 11-9-8см. ОАК: СОЭ-32. Б/Х: КФК- 2084 ЛДГ- 506. ЭКГ: депрессия stcv3 по V6. Рентгенография гр. Кл.: значительное увеличение сердечной тени влево, признаки венозного застоя легких.

Вопросы:

1. Основные клинические проявления патологии ССС.
2. Оцените изменения в БХ анализе крови.
3. Причина развития патологии миокарда.
4. План дополнительного обследования.
5. Диагноз.

Задача №33. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 55 лет, жалобы на периодические приступы стенокар­дии при физической нагрузке, иногда головокружения с кратко­временной потерей сознания. Нитроглицерин боли не купирует, усиливает головокружение.

В молодом возрасте находили порок сердца. Указанные симп­томы в течение года.

Объективно: сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца ясные, на верхушке и у ле­вого края грудины довольно грубый систолический шум, умень­шается к основанию, на шею не проводится. АД 130/90 мм рт. Ст. Пульс 80/мин.

На ЭКГ: признаки выраженной гипертрофии и перегрузки ле­вого желудочка.

При поступлении поставлен диагноз: ИБС, стенокардия напря­жения, склеротическая недостаточность митрального клапана. Цереброваскулярная недостаточность.

Вопросы:

1.При каких заболеваниях, помимо атеросклероза коронарных артерий, может наблюдаться типичная стенокардия напряже­ния?

2.Как можно у данного больного объяснить систолический шум и гипертрофию левого желудочка, помимо митральной недо­статочности?

3.Какое исследование для уточнения диагноза? Что ожидается?

4.От чего зависит интенсивность систолического шума?

5.Какие факторы усиливают шум?

Задача №34. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 48 лет поступил в кардиологическое отделение с жа­лобами на одышку при ходьбе, увеличение живота, перебои в работе сердца.

Перебои в сердце около года, увеличение живота — 3 мес. Длительное время злоупотреблял алкоголем. Курит по 1 пачке в день.

Объективно: субэктеричность склер. Небольшие отеки голе­ней. Шейные вены не набухшие даже в горизонтальном положении. Частота дыхания 20/мин. В легких хрипов нет- Сердце рас­ширено влево на 2 см, мерцательная аритмия, 88/мин, без дефи­цита пульса. АД 13Q/85 мм рт. Ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, подкожные вены брюшной стенки несколько расши­рены. Печень на 8 см ниже края реберной дуги, плотная, с острым краем, не пульсирует. В остальном без особенностей.

В отделении поставлен диагноз: ИБС, кардиосклероз, мерца­тельная аритмия, нкпб .

Вопросы:

1.Приведите аргументы в пользу этого диагноза?

2.Что противоречит этому диагнозу?

3.Более вероятный диагноз?

4. Какие исследования для подтверждения диагноза?

5. Прогноз заболевания.

Задача №35. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной М. 29 лет жалуется на внезапные резкие подъемы АД до 240/110 мм. Рт., впервые возникшие около 2-х лет назад. Во время таких приступов отмечалась сильная головная боль, озноб, дрожь, потливость. После окончания приступа - обильное мочеис­пускание. Со стороны внутренних органов при осмотре патологии не выявлено.

1. Предполагаемый диагноз

2. План дополнительного обследования больного

3. Что можно выявить при биохимическом исследовании мочи?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложить план лечения

Задача №36. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Пациентка 65 лет поступила в отделение кардиологии с жалобами на одышку, слабость, отеки нижних конечностей, перебои в работе сердца. В течение 7 лет у больной диагностированы подъемы артериального давления, с транзиторным повышением уровня АД до 180/90 мм.рт.ст. В последние 3 года отмечала приступы загрудинной боли при ходьбе на расстоянии до 200 метров по ровной местности, одышку, перебои в работе сердца. Не лечилась.

Объективно: нормального телосложения, кожные покровы влажные. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, умеренно не однородной структуры. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 128 уд. В мин. Тоны сердца приглушены, аритмичны. АД 160/90 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Положительный симптом Грефе. Сухожильные рефлексы повышены, мелкоразмашистый тремор пальцев вытянутых рук.

1. Ваш предварительный диагноз.

2.Причина развития указанного состояния у пациентки.

3.Методы исследования необходимые для подтверждения диагноза.

4. Заболевания с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

5.Наиболее верная тактика лечения.

Задача №37. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 24 лет. Жалобы на общ. слабость, недомогание, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, отеки на лице в утренние часы. Болен 1.5 года. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледная. Отеки на лице. На н/конечностях отеков нет. Верхушечный толчек в 5-м м/реберье по левой срединно-ключичной линии - ригидный, разлитой. Границыотносительной сердечной тупости: правая - у правого края грудины, левая совпадает с верхушечным толчком, верхняя - нижний край 3-го ребра. ЧСС 74 в мин. АД220/120мм рт. Ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, б/болезненный. Печень и селезенка не увеличены. Синдром «покалачивания» слабо «+» с обеих сторон. Диурез сохранен.

ОАМ: цвет - св\ж. Прозрачная, р-я слабокислая, плотность 1020; белок 1.4; лейк4-5; эр.- 25-30, выщелоченные, цилиндры гиалиновые до 6.

ОАК: эр.-4.0; Нв- 127; лейк.- 8.9;СОЭ- 28. ЭКГ: ритм синусовый, гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Дайте характеристику артериальной гипертензии.
2. Основные причины артериальной гипертензии в молодом возрасте.
3. Оцените изменения мочевого осадка.
4. Принципы лечения основного заболевания.
5. Принципы лечения артериальной гипертензии.

Задача №38. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 38 лет, поступила по поводу недавно выявленной не­леченой артериальной гипертензии.

Жалобы на головную боль, мышечную слабость, парестезии в
конечностях, повышенную жажду.

В анамнезе хронические запоры, острый пиелонефрит 4 года назад.

Объективно: Масса тела 58 кг, рост 168 см. АД лежа — 165/105, стоя—150/100 мм рт. Ст. Пульс 84/мин, редкие экстра­систолы. Диурез 3 л.

Анализ крови и мочи без особенностей.Натрий крови 166 ммоль/л. Калий. 2,7 ммоль/л, креатинин 80 мкмоль/л, мочевая кислота 0,23 ммоль/л', белок 69 г/л. ЭК'Г: гипертрофия левого желудочка, высокие зубцы U

Назначено лечение: обзидан по 40 мг 2 раза Гипотиазид 50 мг/сут.

 Вопросы:

 1.Какие возможные причины артериальной гипертезин (рено-васкудярная, хронический пиелонефрит, адьдостерома, феохромоцитома, гипертоническая болезнь)?

 2.Какие дополнительные исследования показаны для уточнения диагноза?

 3.Какие показатели активности ренина/плазмы и экскреции альдостерона ожидаются (снижение, норма, увеличения)?

 4.Оцените назначенное лечение?

 5.Ваши рекомендации по лечению.

Задача №39. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Мужчина 30 лет, обратился по поводу тяжелых головных болей.

Болен 5 мес. 2 года назад перенес травму с повреждением селезенки и левого легкого.

Объективно: рост 175 см, масса тела 95 кг. АД=210/100 мм рт- ст. Пульс 80/мин, ритмичный. Слева в околопупочной области выслушивается систолический шум.

Вопросы:

 1. Ваша тактика при наличии высокой гипертензии:

 2. Какие исследования нужны в первую очередь?

 3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения

Диагноза?

 4. Тактика лечения.

 5. Прогноз заболевания.

Задача №40. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 53 года, жалуется на интенсивную давящую боль за грудиной, с иррадиацией в левую переднюю часть грудной клетки, шею, левую руку. Около 6 месяцев отмечает приступы давящих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки, исчезающих в покое. Ночью проснулся от интенсивных болей в груди. Врач скорой помощи купировал боль спустя 30 минут от её начала. Во время транспортировки в стационар боль возобновилась. Госпитализирован в стационар спустя 4 часа от начала болевого приступа.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожи, акроцианоз. Пальпация грудной клетки болезненности не вызывает. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево до средне- ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 150/90 мм. Рт. Ст. Ферменты крови: АСТ- 0,30 ЕД, АЛТ- 0,42 ЕД.

ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента SТ в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом Т, в III отведении сегмент SТ на изолинии, патологический зубец Q не выявляется.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №41. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 72 лет, жалуется на интенсивную одышку, заставляющую принять сидячее положение, кашель с отделением жидкой пенистой мокроты, небольшие сжимающие боли за грудиной, резкую общую слабость.

Около 10 лет страдает приступами сжимающих загрудинных болей, возникающих при физической нагрузке, которые купируются приёмом нитроглицерина. Три года назад лечился в течение 1,5 месяцев в стационаре, куда был доставлен с приступами интенсивных и продолжительных болей за грудиной некупировавшихся приёмом нитроглицерина. Спустя полгода после выписки вновь стали появляться сжимающие боли за грудиной после физической нагрузки. Около 1,5 суток назад было 2 приступа загрудинных болей, более интенсивных и продолжительных, чем обычно. Ночью проснулся от ощущения нехватки воздуха, развился приступ удушья. Объективно: состояние тяжёлое, бледность кожи с цианотическим оттенком, акроцианоз. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослаблено, мелкопузырчатые влажные хрипы над всей поверхностью лёгких, больше в нижних отделах. ЧДД 32 в минуту. Границы сердца расширены влево, ритм правильный, тоны глухие, трёхчленный маятникообразный ритм. Пульс 120 в минуту, малого наполнения. АД 120/80 мм. Рт. Ст. Край печени на 3 см ниже рёберной дуги, болезненный при пальпации.

ЭКГ: ритм синусовый, комплекс QRS типа QS в отведениях V 2-3, зубец Q в отведении V 4 составляет ½ величины зубца R, продолжительность его 0,04 сек. Зубец Q в отведениях III и avf составляет ¾ величины зубца R , продожительность его 0,05 сек. Смещение сегмента ST выше изолинии в отведениях V 2-4.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №42. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 56 лет жалуется на давящую боль за грудиной, головокружение, тошноту, резкую общую слабость. Страдает приступами сжимающих болей во время физической нагрузки, исчезающих после приёма нитроглицерина. Периодически отмечаются подъёмы АД до 170/100 мм. рт. ст.

Указанные жалобы возникли внезапно, без связи с физической нагрузкой.

Объективно: бледность кожных покровов, влажные и холодные кисти рук. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-21 в мин. Границы сердца расширены влево до средне-ключичной линии, тахикардия, ритм правильный, 1- й тон на верхушке усилен, шумов нет, пульс 170 в минуту, двухфазный желудочковый комплекс (типа rr) в отведении V1. На некоторых участках можно обнаружить зубцы Р, идущие с более медленным ритмом, чем желудочковые комплексы. Смещение сегмента ST выше изолинии в отведениях III, V 5-6.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Объясните изменения на ЭКГ.

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какое лечение следует назначить данному больному?

Задача №43. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 53 лет, жалобы на сильные загрудинные боли, появившиеся около 1 часа назад. СМП вызвали родственники по поводу болевого приступа. При осмотре кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Периферических отеков нет. Над базальными отделами легких незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие, ритм правильный, ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм. Рт. Ст. Печень у края реберной дуги. На ЭКГ - синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в V2-V6. После инъекции промедола боли утихли. При перекладывании больного на носилки внезапная потеря сознания, агональное дыхание. АД, тоны сердца не определяются. Начаты ИВЛ, непрямой массаж сердца. На ЭКГ мелковолновая фибрилляция желудочков.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое неотложное лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №44. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

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 во II, III, АVF на 3 мм, горизонтальное снижение ST в отв.V3-V4, удлинение PQ во всех отв. До 0, 28 с.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Заболеваниями с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
3. Методы лабораторной диагностики для подтверждения диагноза.
4. Какие измения могут быть выявлены при сцинтиографии миокарда?
5. План лечения.

Задача №45. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Подросток 15 лет, с 2 лет страдает приступами ритмичного сердцебие­ния с внезапным началом и внезапным окончанием без нарушения гемодинамических показателей. Приступы часто возникают на уроках физкультуры. Отец страдал аналогичными пароксизмами, умер внезапно в возрасте 38 лет.

В легких везикулярное дыхание. ЧДД-19 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД – 120/70 мм.рт.ст.

 У данного пациента на ЭКГ вне приступа: основной ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 72 в мин.PQ 0,09 сек, QRS во всех отв. 0,16 сек, QT 0, 42 сек•, на восходящем колене зубца R регистрируется «зазубрина».

На ЭКГ во время приступа сердцебиения: ритм несинусовый (зубец Р - не регистри­руется), правильный, ЧСС 180/мин, QRS 0,12 сек.

1. Предполагаемый диагноз

2. План дополнительного обследования больного.

3. Патогенез развития данной патологии

4. С какими нарушениями ритма проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложить план лечения.

Задача №46. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

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 эпизодически беспокоят перебои в работе сердца, урежение пульса до 30-40 в мин., проходящие самостоятельно в течение нескольких минут. Тоны сердца различной громкости, ритм неправильный, ЧСС 88 в 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. Снята 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.

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

Пациентка 37 лет, поступила с жалобами на внезапное урежение пульса, появившееся около 2-х часов назад, сопровождающееся головокружением, слабостью. В течение 2-х недель после фолликулярной ангины отмечает субфебрилитет по вечерам, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке. Ухудшение связывает с переутомлением в связи с подготовкой к экзамену. Тоны сердца приглушены. Дующий систолический шум на верхушке. Ритм правильный, 42 в мин., АД 120 /80 мм. Рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Отеков нет. Снята ЭКГ – разобщение предсердного и желудочкового ритмов, интервалы Р-Р и R-R постоянны, но R-R больше чем Р-Р, частота – 42 в мин.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования пациентки.

3.Объясните резкое урежение ритма сердца..

4. Заболевания с которыми проводится дифференциальный диагноз.

5. Предложите план лечения.

Задача №48. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 62 лет, вызвал СМП по поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад.

В течение 30 лет курит по 10 сигарет в день.

Объективно: цианоз губ. В легких в задненижних отделах не­звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыханий 28/мин. Сердце расширено, влево на 2 см, тоны аритмичные, разной звучности, шумов нет. АД 95/65 мм рт. Ст. Частота сердечных со­кращений 160/мин, пульс 124/мин. Дефицит пульса 36/мин. Печень у края реберной дуги.

1. Какое нарушение ритма следует предполагать и почему?

2. Какая переносимость данной тахикардии?

3. Что ожидается на ЭКГ?

4. Ваши назначения на первые сутки?

5. На следующий день частота сердечных сокращений около 80/мин, но мерцательная аритмия остается. АД =120/75 мм рт. Ст. Ваши предложения по дальнейшей плановой терапии.

Задача №49.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 70 лет, доставлен по СМП по поводу обморока.

В течение 3 лет находят нерезкий аортальный стеноз с кальцификацией. В течение 1 года сахарный диабет, по поводу которого при­нимает два сульфаниламидных препарата. 2 года умеренно выраженная хроническая почечная недостаточность.

Обморок возник внезапно, в покое. По словам дочери, он был короткий, без судорог и прикусывания языка. Больной отметил, что перед обмороком был приступ сердцебиения. Аналогичные приступы с последующей слабостью, но без потери сознания, бы­ли ранее 2 раза.

Объективно: грубый систолический шум на аорте с иррадиацией на шею. Пульс 45/мин, ритмичный, АД= 160/75 мм рт. Ст.

Сахар крови 5ммоль/л, мочевина18ммоль/л, креатинин200 мкмоль/л, электролиты— б/о.

Рентгенологически: увеличение левого желудочка, легкие —норма. На ЭКГ — узловой ритм, блокада правой ножки пучка Гиса.

1. Может ли быть в основе обморока гипогликемия?

2. Может ли быть обморок в связи с аортальным стенозом?

3. Можно ли предположить приступ Морганьи-Эдемса-Стокса, ка­кие

Возможные причины?

4. Как интерпретировать ЭКГ?

5. Какая тактика ведения больного и почему?

Задача №50. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 60 лет, преподаватель. Обратился по поводу одышки при обычной ходьбе.

6 лет назад перенес передне-перегородочный инфаркт миокар­да. Одышка появилась 2 мес назад. Не лечился. Курит одну пач­ку в день.

Объективно: рост 165 см, масса тела 91 кг. Небольшая отеч­ность голеней, цианоз губ. В легких под лопатками немного влаж­ных, незвонких хрипов. Дыханий 24/мин. Сердце расширено влево на 2 см; тоны: приглушены, систолический шум на аорте. Пульс 92/мин, аритмичный, дефицит 18/мин. АД 140/90 мм рт. ст.

Печень у края реберной дуги

На ЭКГ - отсутствуют зубцы Р, интервалы R-R разные, ритм неправильный.

1. Предположительный диагноз.

2.Предложите режим ведения больного и диету.

3. Медикаментозные назначения.

4. Предложите методы контроля лечения

5. Через неделю самочувствие улучшилось, отеков нет, пульс 76/мин без дефицита, аритмичный. Предложите дальнейшую тактику лечения.

Задача №51.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 42 лет, жалуется на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 2 недель назад 3 дня находился на больничном листе с диагнозом ОРВИ. 5 дней назад вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, потом появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приемом анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таб. Фуросемида, выделил около 1,5 литров мочи. Состояние резко ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада СМП. При осмотре состояние средней тяжести. В сознании. Лежит низко. Голени пастозны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 22 в мин. Шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, ЧСС 128 в мин. Ритм правильный, АД 110/70 мм. Рт. Ст., при обычных цифрах 130/80 мм. Рт. Ст. На вдохе величина систолического давления снижается на 15 мм. Рт. Ст. Печень + 4 см, чувствительна при пальпации. На ЭКГ синусовая тахикардия. Амплитуда желудочкового комплекса во всех отведениях снижена, зубец Т во всех отведениях сглажен.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №52.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

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 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. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличина на 2 см., болезненная при пальпации.

 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 (коронарно-торокальный индекс) 0,7 за счет левых отделов.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Объясните причину нарастания отеков, увеличения печени.

4. Какое лечение следует назначить данному больному?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Задача №53.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Пациентка 32 лет. Поступила в стационар.

 Анамнез: В возрасте 5-7 лет часто болела ангинами. В возрасте 8 лет поставлен диагноз «Ревматически порок сердца». Отмечает снижение переносимости физической нагрузки, в школе была освобождена от занятий физкультурой. Отмечает повышенную утомляемость, плохую переносимость физической нагрузки. В настоящее время испытывает затруднения при подъеме на 2-й этаж.

Объективно. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Небольшой цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, небольшое количество не звонких мелкопузырчатых хрипов в обоих легких. ЧД в покое - 20 в мин.

Верхняя граница сердца – во 2 межреберье. При аускультации сердца - хлопающий 1 тон на верхушке, раздвоение 2 тона на верхушке, и в 5 точке. Акцент 2 тона на легочной артерии. Систолодиастолический шум на верхушке. ЧСС-90 в 1мин, ритм правильный. АД-130/80 мм рт.ст. Печень выступает из под края реберной дуги на 2 см. Отеки голеней.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, ЧСС-88. ЭОС отклонена вправо; Р I, avl, v5-6уширен и раздвоен; Rv1>Rv2, уширен, М-образного типа..

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Объясните причину нарастания отеков, увеличения печени.

4. Какое лечение следует назначить данной больной?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Задача №54.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

В стационар поступила пациентка 64 лет с жалобами на отеки ног, резкое увеличение живота, одышку, слабость, боли в правом подреберье.

В анамнезе: Длительно злоупотребляла алкоголем, курит. К врачам не обращалась. В течении года отмечает боли в животе в правом подреберье, нарастают отеки ног и живота, беспокоит кашель. При осмотре: лицо одутловатое, отеки ног, рук, передней стен­ки живота, асцит. Кожные покровы бледные. В легких дыхание в нижних отделах справа резко ослабленное, там же тупой перкуторный звук. ЧДД-24 в мин., дыхание поверхностное. Отмечается цианоз и набухание шейных вен. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС- 100 в мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. Печень- при перкуссии выступает на 4 см. Из под края реберной дуги. Снята ЭКГ -отсутствуют зубцы Р, интервалы R-R разные, ритм неправильный, амплитуда желудочкового комплекса во всех отведениях резко снижена.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Объясните причину нарастания отеков, увеличения печени.

4. Какое лечение следует назначить данной больной?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Задача №55.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная М. 53 лет поступила с жалобами на одышку, возникающую при незначительной физической нагрузке, похудание, слабость, тяжесть в правом подреберье, отеки ног. В анамнезе в течение многих лет хронический остеомиелит. При осмотре состояние тяжелое. Отмечается цианоз губ, набухание шейных вен, отеки голеней и стоп, увеличение печени на 3см, край заострен, плотный. При перкуссии легких выявлено притупление перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон от 6 ребра, при аускультации дыхание ослаблено, влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы, от 7 ребра дыхание не проводится. Правая граница относительной тупости сердца по правому краю грудины, левая на 1см кнутри от срединоключичной линии. Тоны сердца глухие, аритмичные, систолический шум на верхушке. АД 100/60 мм рт.ст. На ЭКГ снижение вольтажа, атриовентрикулярная блокада 1 степени, желудочковая экстрасистолия.

В анализе мочи выявлен белок 3 г/л, лейкоцитов 5, эритроцитов 10. В биохимическом анализе крови общий белок 88 г/л.

При ЭХОКГ отмечается умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ, уменьшение объема обоих желудочков, снижение сократимости, диастолическая дисфункция 2 типа, миокард левого желудочка имеет «сальный блеск».

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Объясните причину нарастания отеков, увеличения печени.

4. Какое лечение следует назначить данной больной?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Задача № 56.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 21 г., поступила для обследования по поводу постоян­ной тахикардии.

Повышенную частоту пульса находили с детства. Росла и раз­вивалась нормально, от физкультуры освобождалась. Перенесла детские инфекции, были повторные ангины. Физически активна. Эмоционально лабильна, быстро устает.

Объективно: температура по вечерам 37,1—37,3°С. Повышен­ная потливость, стойкий красный дермографизм. Сердце не рас­ширено, тоны громкие, на верхушке короткий дующий систоли­ческий шум. Пульс 132—140/мин. АД 150/70 мм рт.Ст. При велоэрго­метрии выполнила нагрузку 750 кгм/мин с частотой пульса 170/мин и АД 190/70 мм рт. Ст.

ЭКГ: синусовая тахикардия

1. Оцените состояние гемодинамики.

2. Оцените реакцию на физическую нагрузку.

3. Вероятная причина тахикардии:

4. Проведена проба с обзиданом. Через 1 ч. После приема 60 мг препарата

Пульс 80/мин, Ад 130/80 мм рт. Ст. Как оценить ре­зультаты пробы?

1. Поглощение1,31J щитовидной железой в пределах нормы; уров­ни

Тиреоидных гормонов Тз и Т4» в крови — норма. Диагноз?

Задача № 57.ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 28 лет была госпитализирована с жалобами на неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, временами чувство нехватки воздуха, похолодание конечностей, нарушение сна, резкое снижение работоспособности. С детского возраста отмечались головные боли, плохая переносимость физических нагрузок. Росла нервным болезненным ребёнком. Во время учёбы в школе и институте неоднократно были обморочные состояния, возникавшие после психо-эмоциональных нагрузок, а также после длительного пребывания в вертикальном положении в душных помещениях. Отмечалась тенденция к гипотонии. Объективно: рост – 165 см, вес – 47 кг., АД – 140/90 мм.рт.ст., ЧСС – 98 уд./мин. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД -20 в минуту. ЭКГ – предсердная экстрасистолия. ОАК, ОАМ – без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Оцените тип гемодинамики.

3. Причина обмороков.

4. Медикаментозная терапия.

5.Какие рекомендации помогут пациентке улучшить переносимость

физических нагрузок.

Задача №58. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 27 лет. На протяжении последних лет появились чувство нехватки воздуха, ощущение комка в горле с невозможностью сделать полный вдох, непереносимость душных помещений, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, раздражительность, снижение работоспособности, страхом. Больной предполагал у себя наличие патологии со стороны сердца, щитовидной железы или лёгких. При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Проведена ЭКГ-проба с гипервентиляцией – резко положительная. Выяснилось, что больной с детства играл на тромбоне, однако в последнее время в связи с большой занятостью на работе (больной работает сутки через двое),отказался от своего увлечения.

Объективно: АД – 145/85 мм рт.ст., ЧСС – 90 уд/мин.

Вопросы:

1. Диагноз, ведущий синдром.
2. Какие результаты были получены при проведении пробы с гипервентиляцией.
3. Методы воздействия на расстройства дыхания.
4. Немедикаментозные назначения.

5. Медикаментозные назначения.

Задача № 59.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 30 лет поступила с жалобами на боли в области сердца, сердцебиение, слабость, эпизодические приступы выраженной тахикардии. С детства успешно занималась лёгкой атлетикой, активные занятия спортом прекратила год назад в связи с рождением ребёнка и ухудшением спортивных результатов. Постепенно стало наблюдаться ухудшение самочувствия, появились боли в области сердца, тенденция к тахикардии. Редкие приступы суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии. В настоящее время больная занимает административную должность, связанную с гиподинамией и психоэмоциональными перегрузками. Наблюдается в Институте акушерства и гинекологии в связи с дисменореей и предменструальным синдромом. Гормональная терапия и β-блокаторы без эффекта.

Вопросы:

1. Причина ухудшения самочувствия после рождения ребёнка.
2. Немедикаментозные назначения.
3. Методы купирования приступов суправентрикулярной тахикардии
4. Роль ЛФК в лечении нейроциркуляторной дистонии.

5. Прогноз заболевания

Задача №60.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 36 лет поступил с жалобами на постоянное сердцебиение, слабость, неприятные ощущения в области сердца, нервозность. Был поставлен предварительный диагноз – острый миокардит. Заболевание началось остро после лыжного кросса (15 км). При объективном обследовании выявлена постоянная тахикардия в пределах 90-120 уд/мин, инверсия зубца Т во всех отведениях. Было проведено инструментально-лабораторное обследование, позволившее исключить грубую органическую патологию сердца. Терапия β-блокаторами не оказала положительного эффекта.

Вопросы:

1. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести для исключения органической патологии сердца.
2. Причина ухудшения самочувствия и изменений на ЭКГ.
3. Немедикаментозные рекомендации.
4. Целесообразен ли полный отказ от физической нагрузки?
5. Прогноз заболевания.

### Ситуационные задачи для оценки умений и знаний повышенной сложности.

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

Болъной Ж.,54 лет, поступил с жалобами на слабость, тупые боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Болен в течение 6 месяцев. При осмотре: Иктеричность склер и кожи, лимфоузлы не увеличены. Сердце и легкие без особенностей. Живот болезненен в области про­екции желчного пузыря. Печень выступает на I см из-под края ре­берной дуги, селезенка на 4 см. Анализ крови: Нв-98 г/л, цв. показатель-1,0, эритроциты-3×1012 /л, ретикулоциты - 20%, лейкоциты-4,4×109 /л. Формула без особенностей. СОЭ-20 мм/час. Билирубин-50,3 мкмоль/л, прямой – 10,3мкмоль/л, непрямой- 40,0мкмоль/л. Осмотическая стойкость эритроцитов снижена. Обнаружены камни в просвете желчного пузыря. Реакция Кумбса - положительная.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить камни в просвете желчного пузыря?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложить план лечения

Задача №2.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная Х., 42 лет. Жалобы на головокружение, слабость, появление темной мочи по утрам в сочетании с частыми болями в животе неоп­ределенной локализации»

Из анамнеза: больна около I года. При обследовании были обнаружена лейкопения (2,4-109/л) и тромбоцитопения 132×109/л. Наблюдалась в поликлинике.

Объективно: состояние средней тяжести, выраженная желтушность склер, кожных покровов. Геморрагий нет. В легких дыхание везикуляр­ное. Тоны сердца приглушены. Пульс-90 в мин., ритмичный. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Отеков нет. Анализ крови: Нв-108 г/л, эр. -3,2 ×1012 /л, цв.п .-1,0, лейкоциты- 2,0×109/л, п.-3%, с.-40%, л.-10%, м 6,5%, ретикулоциты-25%, тромбоциты-40×10 /л, СОЭ-30 мм/час.

Проба Кумбса отрицательная. Билирубин - 35 мкмоль/л, ре­акция непрямая. Осмотическая резистентность эритроцитов снижена. Дефекты эритроцитов при исследовании на сканирующем микроскопе. Исследование костного мозга обнаружило раздражение красного рост­ка. Число миэлокариоцитов и мегакариоцитов почти нормально. Свобод­ный гемоглобин плазмы увеличен, реакция мочи на гемосидерин по­ложительная.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить изменения эритроцитов?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения.

Задача № 3.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная Л., 30 лет. Жалобы на резкую слабость периодические боли в правом подреберье.

Из анамнеза родилась с вывихом тазобедренного сустава. С раннего детства отмечает появление желтушной окраски кожных покровов (у род­ственников желтухи нет). Боли в правом подреберье с 17 лет, был диагностирован хронический холецистит.

Объективно - состояние удовлетворительное. Кожные покровы лимонно-желтого оттенка. Череп башенной формы, нёбо высоко расположено. В лег­ких дыхание везикулярное, тоны ритмичные, небольшой систолический шум на верхушке. Живот мягкий, область желчного пузыря болезненна, селезенка выступает на 4 см из-под края реберной дуги.

Анализ крови: Нв-94 г/л, эр.-2,8×1012/л, ретикулоциты-15%, цв.пок.-0,7, лейкоциты - 7,05×109 /л, э.-4,5%, п.-5,5%,с.-62%, лимфоциты -26%, моноциты -1, базофилы -1, СОЭ-15 мм/час, тромбоциты -139×109 /л. Средний диаметр эритроцитов менее 7-8 мкм, эритроциты сферической формы, осмотическая стойкость эритроцитов резко снижена.

 Билирубин 47,6 мкмоль/л/, прямой 3,3 мкмоль/л, непрямой- 44,3 мкмоль/л/, сывороточное железо- 28 ммоль/л. Реакция Кумбса отрица­тельная.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить изменения эритроцитов?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения.

Задача №4.(ПК-1, ПК-10, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной К., 28 лет. Жалобы на резкую слабость, головные боли и головокружение, желтуху, мочу черного цвета. 4 дня назад появились боли в горле, повысилась температура до 37,90С. Врач диагностировал ангину, назначил пенициллин в/м. На 3-й день появилась рвота, развилась желтушность склер и кожных покровов, моча стала чёрного цвета.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-желтушного цвета. В лёгких дыхание везикулярное. АД - 90/60. Пульс - 118 в мин, ритмичный. Тоны приглушены, систолический шум во всех точках. Живот без признаков раздражения брюшины. Селезенка выступает на 2см. Из-под левого подреберья.

Анализ крови – Нв - 80 г/л, эритроциты 2x1012 /л, цв. Пок. 0,8, ретикулоциты 14%, Л.- 9 х 109, э- 1%, п. 8%, с.76%, л. 11%, м. 4%, СОЭ- 38 мм/час. Билирубин - 48 мкмоль/л, реакция непрямая, сыворотка ко­ричневого цвета. Осмотическая стойкость эритроцитов снижена. Ан. Мочи: моча черного цвета, уд. Вес-1008, уробилин (+), белок 12 %, в осадке детрит эритроцитов. Количество суточной мочи-500. Мочевина-15,6 ммоль/л. В костном мозге раздражение красного ростка.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить черный цвет мочи?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения.

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

Мужчина 22 лет обратился по поводу неприятных ощущений в левом подреберье особенно при физической нагрузке.

В прошлом были повторные простудные заболевания. Брат больного был оперирован в возрасте 16 лет по поводу камня желч­ного пузыря и желтухи.

Объективно: рост 165 см, масса тела 59 кг. Субэктеричность склер. Селезенка на 2 см ниже края реберной дуги. В остальном без особенностей.

Ан.крови: Нв - 115г/л, Эр.4,5\*1012/л, ретикулоциты - 14%, лей­коциты, тромбоциты—норма.

Билирубин-36.0мкмоль/л, свободный 31 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

Вопросы:

1.Как объяснить увеличение селезенки?

2.Каков характер заболевания: приобретенный или врожденный?

3.Какие исследования необходимы для уточнения диагноза, ка­кие результаты ожидаются?

4.Какие осложнения могут быть?

5. Тактика лечения:

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

У 30-летнего больного, подвергшегося действию ионизирующего излучения, слабость, головокружение, лихорадка, синяки на теле, повторные носовые кровотечения, язвенно-некротическая ангина. Лимфатические узлы, печень и селезенка не увеличены. В гемограмме: Нв 50г/л; эр. 1,5 млн.; цв. Показатель 1,0; ретикулоциты 1%; тромбоциты 28 тыс., лейкоциты 2,0 тыс.; эозинофилы - 0; палочкоядерные нейтрофиллы - 5%; сегментоядерные - 35%; лимфоциты - 52%; моноциты - 8%; СОЭ - 55 мм/час. Пунктат костного мозга скудный. При трепанобиопсии выявлено резкое преобладание жирового костного мозга над кроветворным.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

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

Больная А. 35 лет. Жалобы на боли в горле при глотании, кашель с мокротой. Больна в течение недели, появились боли в горле, повысилась температура тела до 38°С. Через несколько дней присоединился кашель. Ранее часто прибе­гала к амидопирину по поводу мигренеподобных головных болей. Ангины в прошлом. Объективно: состояние средней тяжести. Температура 38,2°С. Некротические налеты на миндалинах. Увеличены подчелюстные лимфоузлы. Над средней долей - влажные звонкие хрипы. Пулъс-100 в минуту, ритмичный. АД-105/60 мм. рт. ст. Тоны сердца удовлетворительной звучности. Органы брюшной полости без осо­бенностей. Анализ крови: НВ- 124 г/л, эритроциты - 3,6х 1012, лейкоциты-1,6×109 , РОЭ-50 мм/час. Анализ мочи - удельный вес-1020, осадок без патологии.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить изменения в анализе крови?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

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

Сотрудница химической лаборатории, 42-х лет, жалуется на нарастающую слабость, головокружение. При осмотре: бледность кожных покровов и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС- 110 в мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: гемоглобин – 52 г/л, эритроциты – 1,2 х 1012/л лейкоциты – 2,1 х 109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 0 %, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 52%, моноциты - 8%, тромбоциты - 40 х 109/л, СОЭ - 38 мм/ч, ретикулоциты -0,2 %.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больной.

3. Как объяснить изменения в анализе крови?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

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

Больная 63 лет, жалобы на общую слабость и одышку при ходьбе, постелено нарастающие в течение нескольких месяцев.

Анамнез без особенностей. Питание достаточное, вредных при­вычек нет. Медикаменты не принимала.

Объективно: бледность и субиктеричность слизистых и кожи. Седые волосы. Язык гладкий, красный.

Анализ крови: Нв - 83 г/л, Эр. 2,3-1012/л, ретикулоциты 2%, тром­боциты 11х109/л, лейкоциты 3,5-109/л. Анизо-пойкилоцитоз, поли-сегментированные нейтрофилы. Железо сыворотки крови 27 мкмоль/л, билирубин 32 мкмоль/л, непрямой 27 мкмоль/л.

Проба Кумбса отрицательная.

 Вопросы:

1.Какая анемия наиболее вероятна и почему?

2.Какие особенности эритроцитов могут быть обнаружены?

3.Какие могут быть изменения при неврологическом обследова­нии?

4.Какие возможные особенности миелограммы?

5.Какова тактика лечения?

Задача № 10. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Мужчина 26 лет, госпитализирован по поводу кровотечения из десен, лихорадки, общей слабости, одышки при ходьбе.

Заболел неделю назад. Прием медикаментов или профессио­нальную интоксикацию отрицает.

Объективно: температура 39°С. Бледность, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Множественные петехйи и подкож­ные кровоизлияния. Пульс 110/мин. АД ПО/60 мм рт. Ст. На верхушке сердца дующий систолический шум. Печень и селезен­ка не прощупываются.

Ан. Крови: Нв 56 г/л, лейкоциты 2-109/л, эоз 1%, баз. 1%, нейтр. 30%, лимф. 62%, мон. 6%, ретикул. 0,1%, тромбоциты 20-109/л.

Вопросы:

1.Вероятный диагноз:

2.Что ожидается в миелограмме?

3.Какие другие дополнительные исследования?

4.Какие направления лечения необходимы?

5. Прогноз заболевания.

Задача №11.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

У больного 20 лет отмечается появление мелкоточечной сыпи на коже груди, нижних конечностях, слизистой полости рта.

При осмотре – в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС- 78 в мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

 Анализ крови: НВ- 120 г/л, эритроциты - 3,6х 1012, лейкоциты-5,6×109, тромбоциты - 12×109; СОЭ-20 мм/час. Время кровотечения- 40 мин., ретракция кровяного сгустка нарушена., протромбиновый индекс – 92%, АЧТВ – 35 сек., фибриноген – 5,4 г/л.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить изменения в анализе крови?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

Задача №12.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

У больного 17 лет отмечается появление частых носовых кровотечений с детства.

При осмотре – в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-19 в мин. На крыльях носа, слизистой рта, на губах – «сосудистые звездочки». Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 120/70 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

 Анализ крови: НВ- 120 г/л, эритроциты - 3,6х 1012, лейкоциты-5,6×109, тромбоциты - 240×109; РОЭ-9 мм/час. Время кровотечения- 2 мин., ретракция кровяного сгустка не нарушена., протромбиновый индекс – 92%, АЧТВ – 30 сек., фибриноген – 4,4 г/л. Симптом жгута и щипка – отрицательный.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Объясните наличие частых кровотечений.

4. Заболевания с которыми проводится дифференциальный диагноз.

5. Предложите план лечения

Задача №13.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Пациентку 32 лет в течение последнего года беспокоит появление кожных кровоизлияний на туловище и конечностях в виде "синяков" различных размеров. Одновременно стали более обильными и продолжительными менструации. При осмотре – в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 130/80 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

 Анализ крови: гемоглобин - 106 г/л, эритроциты - 3,6 х 1012/л., лейкоциты - 6,2 х 109/л., палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофили - 70%, лимфоциты - 20%, моноциты - 8%, СОЭ - 26 мм/ч, ретикулоциты -16%, тромбоциты – 120 х 109/л.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больной.

3. Как объяснить изменения в анализе крови?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

Задача №14.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

У мальчика 7 лет с раннего детства отмечается наклонность к образованию подкожных гематом при незначительных ушибах; спонтанные повторные очень болезненные кровоизлияния в коленные и голеностопные суставы. При осмотре эти суставы отечны, деформированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 115/70 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

 Анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - 3,8 х 1012/л., лейкоциты - 6,2 х 109/л., палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%, СОЭ - 26 мм/ч, ретикулоциты -10%0, тромбоциты - 280 х 109/л. АЧТВ – 35 сек..

Симптом жгута и щипка – отрицателен.

1. Предполагаемый диагноз. Если диагноз правильный, то какие коагулологические показатели окажутся нормальными

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить изменения в анализе крови?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

Задача №15.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 20 лет. В течение 3 дней беспокоил кашель, насморк, субфебрильная температура. Принимал амидопирин. На 4-й день заметил подкожные кровоизлияния на коже груди и конечностях, были повторные носовые кровотечения.

Объективно: распространенные петехиальные и подкожные кровоизлияния. Положительные симптомы жгута и щипка. В остальном без особенностей.

1. Наиболее вероятная причина геморрагического синдрома?

2. В анализе крови: Нв 105 г/л, лейкоциты 5,8-109/л, формула
не изменена, тромбоциты 15-109/л. Диагноз?

3. Какие ожидаются изменения основных показателей сверты­ваемости крови?

4.Какое исследование необходимо для определения центрально­го или периферического характера тромбоцитопении?

5.Тактика лечения?

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

Больной М.,60 лет, поступил с жалобами на лихорадку, ночные поты, по­терю в весе, зуд. Болен в течение трех лет.

При осмотре: пальпируются увеличенные подвижные, не спаянные с кожей плот­но-эластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области справа сливаю­щиеся между собой в конгломераты. Легкие и сердце без особенностей. Печень у реберной дуги. Селезенка выступает на 3 см из-под реберной дуги. Ан. Крови - НВ- 100,0 г/л, лейкоциты-3,2×109 /л, э.-11%, п.-4%, с.- 62%, л.-14%, м.-6%, тромбоциты-200 000, COЭ-20 мм/час.

Ан. Мочи.- уд. Вес-1025. В биоптате лимфоузла - клетки Березовского-Штернберга.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Какая стадия заболевания?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

Задача №17.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная К., 26 лет. Поступила с жалобами на резкую слабость головную боль, лихорадку, ознобы, боли в горле. Больна около 2-х месяцев. Диагностировали ангину. Лечили пенициллином, аспирином без улучше­ния. Состояние средней тяжести. Температура-38°С. Бледность кожных по­кровов и слизистых. Миндалины увеличены, покрыты серым налетом, в миндалинах и зеве очаги некроза. Увеличены подчелюстные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное. Пульс-100 в мин., ритмичный. АД-110/70. При аускультации сердца - тахикардия, тоны несколько приглушены, систолический шум у вер­хушки. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, несколь­ко плотная. Селезенка не увеличена. Анализ крови: НВ-110 г/л, эритроциты-3,9×1012 /л, цв. Пок.-1,0, лейкоциты-4×109/л, бласты-11%, миелоциты- 1%, п.-6%,с-40%, лимф.-20%, тромбоциты-190х 109 /л, СОЭ-50 мм/час. В костном мозге - десятки процентов бластных клеток. (Филадельфийская) РН - хромосома не обнаружена.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Как объяснить бластные клетки в крови?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложить план лечения

Задача №18. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 64 лет жалуется на ограничение подвижности в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которое возникло около 12 лет назад и постепенно прогрессирует. При осмотре обращают на себя внимание узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей, пальцы деформированы, подвижность в этих суставах ограничена. Со стороны внутренних органов патологии нет. Анализы крови и мочи в пределах нормы.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. Как называются выявленные изменения в области дистальных межфаланговых суставов?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. Назначить медикаментозную терапию.

Задача №19.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 32 лет жалуется на тупые боли во всех суставах конечностей, резкое ограничение движения в них и невозможность самостоятельно передвигаться, заболела в 20 лет, когда постепенно стали появляться боли в коленных суставах, через год появилась легкая припухлость суставов. Постепенно стала нарастать дефигурация и ограничение функции суставов, затем развилась контрактура коленных суставов. Состояние удовлетворительное, положение полупассивное, питание пониженное, суставы резко деформированы. Сгибательная контрактуpa коленных суставов. Анкилоз правого локтевого сустава. Пальпация суставов болезненная, мышцы конечностей атрофированы, внутренние органы - без патологии. В анализах крови обращает на себя внимание СОЭ - 44 мм/час, титры АСЛО - 832 ед., АСК - 600 ед., антигиалуронидазы - 825 ед.

1. Предполагаемый диагноз.

2. Как обьяснить изменения суставов?

3. План обследования больной.

4. Какие изменения могут быть на рентгенограмме коленных суставов?

5. Назначить медикаментозную терапию.

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

Мужчина 56 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает аллопуринол. В течение последних 2 лет отмечена отрицательная динамика АД: повышение до 200/120 мм рт.ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ и блокаторов медленных кальциевых каналов неэффективно. Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,60С. В легких дыхание везикулярное. Сердце: тоны ритмичные, резкий акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нв 98 г/л, лейкоциты 5,4х109/л, СОЭ 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1008, белок – 0,066 г/л, лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 200 мкмоль/л. При УЗИ обнаружены мелкие плотные включения в мозговом веществе обеих почек.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №21.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больная 42 лет - беспокоят боли при движении и в покое в лучезапястных, плечевых, коленных и проксимальных межфаланговых суставах кистей, опухание коленных суставов и суставов запястья, утренняя скованность в течение 3 часов. Заболевание началось 3,5 года назад. Получала лечение НПВС, хлорохином.

Объективно: ревматойдные узелки над локтевым отростком. Температура тела 37°С. Симптом баллотирования надколенника выявляют в обоих коленных суставах. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца ритмичные. АД – 130/80 мм рт. Ст. Живот мягкий безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. ОАК - Нm – 116 г/л, лейк. – 6,6·109/л, СОЭ – 47 мм/ч, лейкоцитарная формула без изменений.

1. Какие инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
2. Какие лабораторные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
3. Тактика лечения.
4. Сформулируйте диагноз при наличии следующих данных: при рентгенологическом исследовании суставные межфаланговые щели сужены, в головках II и III плюсневых костей левой стопы определяют выраженные краевые эрозии и участки кистозной деструкции. Ревматойдный фактор в латекс-тесте 1:320.
5. При каких ещё заболеваниях может обнаруживаться РФ?

Задача №22.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Женщина 32 лет, официантка по профессии обратилась с жалобами на боли в коленных суставах, I плюснефаланговом, проксимальных и дистальных межфаланговых суставах кистей. Боли возникают остро, часто на фоне приёма алкоголя, суставная атака развивается быстро, в течение дня, возникают отёк и гиперемия указанных суставов. В анамнезе мочекаменная болезнь. Мать больной страдала аналогичным заболеванием.

Объективно: со стороны лёгких и сердца патологии не выявлено. Анализ крови – лейкоц.-10,6·109/л с нейтрофильным сдвигом влево, СОЭ - 35мм/ч.

1. Ожидаемые изменения при проведении биохимического исследования крови.
2. Больной проведена пункция коленного сустава – ожидаемые изменения в синовиальной жидкости.
3. Диагноз.
4. Ожидаемые изменения на рентгенограмме костей.
5. Средство выбора при лечении.

Задача №23.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Мужчина 25 лет – боли локализуются в поясничном отделе позвоночника и ягодичных областях, тазобедренных и плечевых суставах. Утренняя скованность длится около 1 часа. На коже высыпаний нет.

Общий анализ крови - Нв – 123 г/л, лейк. – 6,2·109/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ – 34 мм/ч. ОАМ – без патологии.

При рентгенологическом исследовании крестцово-подвздошных суставов обнаружено симметричное эрозирование суставных поверхностей, сужение суставных щелей. В поясничном отделе позвоночника – тонкие линейные синдесмофиты.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Функциональные пробы, используемые для определения подвижности позвоночника.
3. Какие проявления ожидаются со стороны глаз, лёгких, сердечно-сосудистой системы.
4. Как называется характерное изменение позвоночника при данном заболевании.
5. Вынужденная поза, характерная для больных с данной патологией.

Задача №24. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной М., 19 лет. Поступил с жалобами на приступы удушья с затрудненным выдохом, хрипами и свистами в груди, общую слабость, похудание. 4 года назад появились боли в мышцах ног, затем в суставах без их припухания. В последние 2 года наблюдаются приступы удушья, которые снимаются атропином с димедролом или адреналином. За весь период заболевания оставалась лихорадка, которая иногда сопровождалась познабливанием.

Объективно: больной резко ослаблен, истощен, бледен. Отмечается мышечная атрофия с контрактурами суставов конечносте, выраженный полиневрит. По ходу сосудов на нижних конечностях определяются образования величиной с горошину, плотно-эластической консистенции. Температура субфебрильная. Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии легких коробочный звук, при аускультации жесткое дыхание с рассеянными сухими хрипами на выдохе. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Пульс-82 уд/мин. АД – 150/80 мм.рт.ст. Печень пальпируется у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Лимфатические узлы (подмышечные, шейные) увеличены до 0,5 х 0,5 см. В анализе крови: Эритр. 3,78 х 1012 , Нв – 54 г/л, Лейкоц.-14,4х109, Эозиноф.-14%, СОЭ-24мм/ч. В анализе мочи: уд.вес-1022, белок-0,033%о, эритр.-5-8 в п/зр.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План обследования.

3. Чем обусловлены образования по ходу сосудов?

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

5. Назначьте медикаментозную терапию.

Задача №25.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная, 21 год. Жалобы на выраженную общую мышечную слабость, отечность лица, затруднение глотания, изменение голоса.

Заболела около трех месяцев назад, когда на фоне тяжелой ангины появились головные боли, боли в мышцах конечностей. Через месяц стало трудно поднимать руки вверх, вскоре появилась отечность лица с покраснением вокруг глаз. За 2 недели до госпитализации появилась осиплость голоса и затруднение глотания.

При поступлении: состояние тяжелое. Температура 38ос. Лицо отечно, маскообразно, вокруг глаз отек и эритема, волосы редкие, на макушке облысение. Активные движения резко ограничены: не может поднять голову от подушки, поднять правую ногу. Мышцы плотные, резко болезненные при пальпации, особенно мышцы плечевого пояса. Твердый отек, не оставляющий при надавливании ямки, покрывает лицо, шею, руки. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание жестковатое, хрипы не прослушиваются. Границы сердца расширены влево. Тоны приглушены, тахикардия. АД-140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Чем объясняются изменения сердечно-сосудистой системы?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения.

Задача №26.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная, 45 лет. Жалобы на резкую общую слабость, одышку в покое, отеки, боли, боли в области сердца, зябкость и онемение пальцев рук.

Больна 16 лет. Заболевание началось с онемения и побледнения пальцев рук («мертвый палец») особенно на холоде. Спустя 2 года появились боли в мышцах и постепенно стала развиваться их атрофия. В последние 2 года стала нарастать одышка, цианоз, отеки на ногах.

При поступлении: состояние тяжелое, ортопноэ, цианоз. Лицо амимично, по типу "застывшей маски". Кожа на пальцах рук и ног атрофична, местами незначительно уплотнена. Одышка, ЧДД-36 в мин. Справа ниже 4 ребра притупление, ослабленное дыхание. Сердце значительно увеличено во все стороны. При аускультации: 1 тон ослаблен, систолический шум на верхушке, акцент и расщепление 2 тона на легочной артерии. Пульс 80-92 уд/мин., аритмичный. Живот увеличен за счет асцита. Печень плотная, болезненна, выступает на 4 см. Олигурия.

Рентгенологически: определяется увеличение левого желудочка, контрастированный пищевод отклоняется в 1 косом положении по дуге большого радиуса. ЭКГ: PQ-0,23 сек, зубцы Т в грудных отведениях уплощены.

Анализ крови: гемогл.-110 г/л, лейкоц.-6,8х109/л, СОЭ-15 мм/ч. Альбумины-38,2%, альфа2 глоб.-11,6%, гаммаглобуллин-30,1%.

Анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – следы, осадок без изменений.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Чем объясняются изменения сердечно-сосудистой системы?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения.

Задача №27.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная, 24 года. Жалобы на головную боль, тошноту, слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит. Настоящее ухудшение в течение 2-х месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Суставы не изменены. При пальпации мышц бедер отмечается болезненность. Дыхание везикулярное. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие, систолический шум на верхушке. Пульс 108 уд/мин, ритмичный. АД-150/90 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: гемогл.-64 г/л, эр.-1,8 х 1012/л, л.-4,2х109/л, СОЭ-56 мм/ч. Анализ мочи: уд.вес-1010, белок-1,2%о, в осадке до 40 эритр. В п/зр. Холестерин сыворотки крови-6,4 ммоль/л, креатинин-124 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного

3. Чем обусловлены изменения лабораторных показателей?

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

1. Предложите план лечения.

Задача №28.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больная 27 лет поступила в стационар по поводу желтухи. Беспокоят летучие боли в суставах верхних конечностей, одышка при ходьбе. Появление желтухи связывает с длительным пребыванием на солнце. Ранее также отмечала плохую переносимость инсоляции, на лице появлялся стойкий румянец. Похудела на 12 кг за последний год. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 38°С. Конституция астеническая. Кожные покровы и слизистые оболочки иктеричны. Пальпируются подчелюстные, подмышечные лимфатические узлы диаметром 1-1,5 см, подвижные, безболезненные. В лёгких дыхание жёсткое, в правой подлопаточной области несколько ослаблено. ЧСС 102 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, слегка болезненный при пальпации в левом подреберье. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Пальпируется нижний полюс селезёнки. Перкуторные размеры 7•13 см.

Общий анализ крови - Нв – 110 г/л, лейк. – 3,2·109/л, формула без изменений, СОЭ – 56 мм/ч, тромб. - 120·109/л.

Общий анализ мочи– относительная плотность – 1,015, белок 0,132 %, в осадке 5-6 лейк. В поле зрения, ед. Эритр. Непрямой билирубин – 32 мкмоль/л, прямой – 5 мкмоль/л. В крови обнаружены LE-клетки. Анализ на РФ – отрицательный. Проба Кумбса положительная. На рентгенограмме – гомогенная тень в правом плевродиафрагмальном синусе.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Как трактовать изменения на рентгенограмме лёгких.
4. У больной появились боли в мелких суставах кистей рук с формированием стойкой деформации и контрактур – охарактеризуйте возникшие изменения.
5. Прогноз заболевания.

Задача №29.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

68-летний мужчина жалуется на сильные головные боли, скованность в шейном отделе позвоночника, боли и слабость мышц плечевого пояса, боли в мышцах тазового пояса и затруднение при вставании со стула. Головные боли возникли около 2 месяцев назад, мало поддавались действию анальгетиков и НПВС. Температура тела 37,4. При внешнем осмотре извитой болезненный тяж в области левого виска, АД 130/80 мм рт.ст. Внешне суставы не изменены, сила проксимальных мышц конечностей снижена. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила признаки остеохондроза. В общем анализе крови Нв 140г/л; лейкоциты - 8,0 тыс.; СОЭ 48 мм/час. Анализ на ревматоидный фактор отрицательный, антинуклеарные антитела не обнаружены.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №30.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной М. 36 лет, жалуется на подъемы температуры до З8С0 с ознобом, припухлость мелких суставов кистей, боли в мышцах нижних конечностей. Заболел остро, 4 мес. Назад. Получал аспирин, антибиотики по поводу инфекционно-аллергического полиартрита. Постепенно исчезла припухлость суставов, однако оставались боль, высокая лихорадка, потливость, стал отмечать снижение болевой чувствительности и слабость в левой ноге. Прогрессивно худел. При осмотре: больной пониженного питания; кожные покровы бледные, суставы внешне не изменены, слегка свисает левая стопа, патологии внутренних органов не выявлено. АД – 150/98 мм.рт.ст.

Анализ крови: НЬ 120 г/л, лейк. 12х109., эритроц. 4,2х 10'2 /л, СОЭ.42 мм/ч.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №31.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной,18 лет. Месяц назад перенес острое респираторное заболевание. Принимал тетрациклин. При этом отмечал боль в коленных суставах с припуханием, геморрагические высыпания на коже голеней, которые исчезли после отмены тетрациклина. Через 2 нед. В связи с субфебрилитетом возобновил прием тетрациклина, после чего состояние резко ухудшилось: повысилась температура до 38,5°С, появились сливные геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, головная боль. Через 2 дня присоединились резкие схваткообразные боли в животе. Стул 30 раз с примесью крови, повторная рвота цвета "кофейной гущи". Объективно: бледен, истощен. На коже множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения болезненны. Живот втянут, резкая болезненность при пальпации, имеются симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: Нв-80 г/л, Лейкоциты-27,6х109, п/я-17%, СОЭ 54 мм/ч.

Анализ мочи- уд. Вес 1015, белок. 0,9 г/л, эритроциты- 50-60 в поле зрения.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Как объяснить рвоту цвета "кофейной гущи"?

Задача №32.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Женщина 29 лет проходит обследование по поводу артериальной гипертензии. Жалобы на слабость, ухудшение зрения на левый глаз, «летучие» боли в крупных суставах. Во время письма возникает ощущение слабости и дискомфорта в руке, требующее отдыха. Объективно: обнаружена ассиметрия пульса (слева пульс слабее) и АД (справа АД 180/100 мм рт.ст., слева 160/90 мм рт.ст.). Над брюшным отделом аорты выслушивается систолический шум.

Анализ крови: Нв – 113 г/л, лейк. – 5,4·109/л, в формуле – 65 % нейтрофилов, СОЭ – 28 мм/ч.

 Антинуклеарные антитела не выявлены. Вб/х анализе крови -холестерин – 4.2 ммоль/л.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как объяснить слабость и дискомфорт в руке.
3. Какие инструментальные методы исследования наиболее информативны.
4. Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз артериальной гипертензии.
5. Тактика лечения.

Задача №33. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больного 38 лет, беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр АД до 200/110 мм рт.ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 90 в минуту. АД 220/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв 72 г/л, лейкоциты 6,2х109/л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 22 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 1160 мкмоль/л. Калий крови 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0 х 3,5 см, левая – 8,2 х 3,8 см., корковый слой почек подчеркнут и истончен.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №34.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Женщина 30 лет обратилась по поводу изменения цвета мочи (моча красноватого оттенка) и головных болей. Боль в поясничной области, дизурия отсутствуют. Прежде считала себя здоровой. Отеков нет. Температура тела 36,60С. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту. АД 220/120 мм. Рт.ст. Живот мягкий, при пальпации боковых отделов живота с обеих сторон прощупываются болезненные плотные опухолевидные образования. На глазном дне – симптом Салюса-Гунна II. Анализ крови: Нв 151 г/л, лейкоциты 6,2х109/л, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,010, белок – 1,66 г/л, эритроциты 20-35 в п/зр., лейкоциты 3-5 в п/зр. В биохимическком анализе крови -креатинин 340 мкмоль/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №35.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Мужчина 32 лет обратился с жалобами на боли в левом боку и изменение цвета мочи (моча красного цвета). Боли при мочеиспускании нет. За последние 5 лет отмечает подобный эпизод в третий раз. Каждый эпизод был связан с респираторной инфекцией. При объективном исследовании: конституция астеническая, отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 90 в минуту. АД 135/85 мм рт.ст. В анализе крови: Нв 110 г/л, лейкоциты 6,0х109/л, СОЭ 20 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, белок – 1,2 г/л, эритроциты 20-25 в п/зр., лейкоциты 5-6 в п/зр., единичные гиалиновые цилиндры. Креатинин сыворотки крови 70 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 95 мл/мин.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №36.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 31 года, поступила с жалобами на отеки, слабость. Считает себя больной в течение трех лет, когда впервые появились отеки на лице и ногах. Дважды находилась на стационарном лечении, длительно получает преднизолон по 5 мг/сут. Объективно: рост 162 см, масса тела 88 кг. «Лунообразное» лицо. Кожные покровы бледные. На передней поверхности брюшной стенки - стрии. Распространенные теплые отеки. АД 120/80 м рт.ст. Анализ крови: Нв - 102 г/л, лейкоциты 5,6х109/л. СОЭ 58 мм/час. Общий анализ мочи: белок – 6,6 г/л, эритроциты 7-10 в п/зр., цилиндры гиалиновые 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 160 мкмоль/л. Глюкоза крови 8,9 ммоль/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №37.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

43-летняя женщина отметила появление отеков на ногах и увеличение массы тела на 12 кг за 3 мес. Жалобы на головокружение при подъеме с постели. Прежде считала себя здоровой. Из лекарственных препаратов принимала только контрацептивы. Объективно: выраженные отеки нижних конечностей. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Лежа, 90/70 мм рт.ст. Стоя. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Изменения глазного дна не обнаружены. Анализ крови: Нв 125 г/л, лейкоциты 7,2х109/л, лейкоцитарная формула без изменений, СОЭ 30 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1013, белок – 3,2 г/л, эритроциты 1-2 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр., цилиндров нет. Холестерин крови 8,2 ммоль/л, общий белок 58 г/л, креатинин 320 мкмоль/л. Антинуклеарные антитела не обнаружены. Размеры почек при УЗИ: правая – 13,2 х 6,8 см, левая – 14,0 х 7 см.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №38.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной К., 25 лет. Полгода назад без видимой причины появились отеки, которые быстро наросли до степени анасарки, асцит, повысилось АД, выявлена протеинурия. В течение последнего месяца значительно ухудшилось зрение.

При осмотре: состояние тяжелое. Массивные отеки нижних конечностей, области поясницы, асцит. В легких везикулярное дыхание. Верхушечный толчок смещен влево и вниз. АД 230/140 мм рт. ст.

Общий анализ крови: Нв 87 г/л; лейк. 5,3 тыс., СОЭ 40 мм/час. Общий анализ мочи: белок 20 промилле, лейкоциты 10-12 в поле зрения, эритроциты 30-35 в поле зрения. Суточная протеинурия 18 г. Относительная плотность мочи в пробе Зимницкого 1010-1019 при суточном диурезе 0,8л. Биохимическое исследование крови: общий белок 45 г/л; альбумины 22 г/л; холестерин 4,0 ммоль/л, креатинин 450 мкмоль/л. Клубочковая фильтрация 40 мл/мин.

УЗИ: размеры почек одинаковы справа и слева - 13,7 см, отмечаются симметричные диффузные изменения коркового вещества. Глазное дно: артерии сетчатки резко сужены, контуры диска зрительного нерва расплывчаты, имеются очаги ишемии и геморрагии.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №39.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 19 лет, поступила в клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями, неинтенсивную ноющего характера боль в правой половине поясничной области, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. В детстве часто болела простудными заболеваниями. При обследовании изменения со стороны легких, сердца, органов брюшной полости не обнаружены. АД 110/70 мм рт.ст. Симптом поколачивания справа слабоположительный. Анализ крови: Нв 110 г/л, лейкоциты 10,2х109/л. СОЭ 28 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, белок – 0,066 г/л, эритроциты 0-1 в п/зр., лейкоциты 12-15 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 92 мкмоль/л. При бактериологическом исследовании мочи выделена E.coli в концентрации 107 микроорганизмов в 1 мл.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №40.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Женщина 24 лет (кормящая мать 6-месячного ребенка) обратилась с жалобами на повышение температуры тела до 38ос, боли при мочеиспускании. Симптом поколачивания положителен. При осмотре изменения со стороны легких, сердца, органов брюшной полости не обнаружены. Анализ крови: Нв 110 г/л, лейкоциты 7,8х109/л. Лейкоцитарная формула: п/я нейтрофилы 8%, с/я – 70%, лимфоциты 20%, моноциты 2%. СОЭ 25 мм/ч. Концентрация креатинина 90 мкмоль/л. Общий анализ мочи: отн. Плотность 1022, белок – 0,03 г/л, эритроциты 0-1 в п/зр., лейкоциты 20-35 в п/зр., При бактериологическом исследовании мочи выделен энтерококк в концентрации 105 микроорганизмов в 1 мл.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №41.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

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 ртy. 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 170/115 мм рт. Ст. В задненижних отделах легких жесткое дыхание. Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника.

Анализ крови: эр. 2,1 •1012, Нв 92 г/л, лейк. 7,2•109, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006; белок 0,65 г/л, лейк. 1-2 в поле зрения, эритроц. Измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. В б/х анализе крови - креатинин 252 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – 39 мл/мин.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Объясните изменения в биохимическом анализе крови

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

Задача №42.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Мужчина 52 лет. Жалобы на ощущение дискомфорта и тяжести в пояснице, больше справа. Страдает сахарным диабетом II типа в течение 7 лет, принимает 2 таблетки диабетона в сутки. За последние 5 лет дважды лечился по поводу «инфекции мочевых путей». Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отёков нет. Температура тела 37°С. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 76 уд/мин, АД – 160/95 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабоположителен справа. Общий анализ крови– Нв – 120 г/л, лейк. – 8,1·109/л, СОЭ – 15 мм/ч, глюкоза – 6,5 ммоль/л.ОАМ – относительная плотность 1.012, следы белка, лейкоцитоз 15-20 в поле зрения.

При бактериологическом исследовании мочи выявлен энтерококк, концентрация микробных тел 105  в 1мл.

УЗИ почек – расширение и уплотнение ЧЛС с обеих сторон – больше справа. Осмотр уролога – доброкачественная гиперплазия предстательной железы II степени.

1. Предположительный диагноз.

2. Патогенетические предпосылки развития данного заболевания.

3. Диспансерное наблюдение.

4. Тактика лечения.

5. Прогноз заболевания.

Задача №43.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Мужчина 62 лет в течение 12 лет страдает инсулиннезависимым сахарным диабетом. Ощутив боли при мочеиспускании. Обратился к врачу. При бактериологическом исследовании мочи выявлен протей. Назначен бисептол. Через неделю появились резкие боли в поясничной области, макрогематурия, температура тела поднялась до 39,5° С Больной был госпитализирован в урологическое отделение. Со стороны лёгких и сердца патологии не выявлено. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон. Диурез – 500 мл/сут. Анализ мочи– относительная плотность 1.015, белок – 0.066 г/л, эритр. – 30-40 в поле зрения, отмечены фрагменты некротически-изменённой ткани. В б\х анализе крови - креатинин – 340 мкмоль/л.

1. Причина развившегося состояния.

2. Оцените мочевой осадок.

3. Ожидаемые изменения при УЗИ почек.

4. Тактика лечения.

5. Прогноз.

Задача №44.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больного 42 лет, беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр АД до 200/110 мм рт.ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 90 в минуту. АД 220/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв 72 г/л, лейкоциты 6,2х109/л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 22 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 1160 мкмоль/л. Калий крови 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0 х 3,5 см, левая – 8,2 х 3,8 см., корковый слой почек подчеркнут и истончен.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Объясните изменения в биохимическом анализе крови

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

Задача №45.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 36 лет, поступила с жалобами на головные боли, одышку, отеки, снижение зрения. В течение 20 лет страдает сахарным диабетом I типа, тяжелого течения. Последние 3 года обнаружены изменения в анализах мочи, повышение АД, отеки на лице и ногах. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Распространенные теплые, мягкие отеки. Границы сердца смещены влево на 2 см, тоны приглушены, акцент II тона на аорте. ЧСС 88 в мин. АД 210/120 мм рт.ст.

Анализ крови: Нв 92 г/л, лейкоциты 5,6х109/л. СОЭ 48 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,015, белок – 6,6 г/л, глюкоза 0,5%, эритроциты 2-3 в п/зр., лейкоциты до 30 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 320 мкмоль/л. Калий крови 5,1 ммоль/л. Глазное дно – ретинопатия.

1. Предполагаемый диагноз.

2. План дополнительного обследования больного.

3. Объясните изменения в биохимическом анализе крови

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

5. Предложите план лечения

Задача №46.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 38 лет длительно страдает гипертонической формой хронического гломерулонефрита. Врачей посещал редко, нерегулярно принимал гипотензивные препараты. В последнее время стал отмечать слабость, апатию, сухость и зуд кожи, никтурию, полиурию. В анализах крови Нв - 80 г/л, концентрация сывороточного креатинина 1200 мкмоль/л, калий 6,2 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации менее 10 мл/мин. На ЭКГ: ритм синусовый, РQ 0,26 c, нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса, зубцы Т остроконечные, с узким основанием.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №47.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной 40 лет. Жалобы на головные боли, слабость, плохой аппетит, тошноты, похудание.

10 лет назад перенес острый гломерулонефрит, в последующем отмечалась артериальная гипертензия. Ухудшение состояния 3 мес. В анамнезе бронхиальнаяастма (с 10-летнего возраста), перио­дически депрессивные состояния, аппендицит, осложненный перитонитом в 22 г.Объективно: масса тела 60 кг, рост 180 см. Кожа сухая, тургор снижен. Отеков нет. Пульс 80/мин. АД 185/100 мм рт. ст. Печень на 3 см ниже края реберной дуги. Диурез 2,2 л.

На ЭКГ—гипертрофия левого желудочка.

Мочевина, крови 55 ммоль/л, креатинин 600 мкмоль/л, натрий 140 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/, нсоз 16 ммоль/л, белок 74 г/л, кальций 2 мкмоль/л, фосфор 2,3 ммоль/л.

1. Диагноз основного заболевания?

2. Диета (белки, жиры, углеводы, калории, соль, вода, прочее)?

3. Какое гипотензивное лечение?

4. Какие другие мероприятия?

5. Что делать при развитии терминальной почечной недостаточ­ности?

Задача №48.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

У больного 49 лет, страдающего хроническим гломерулонефритом, появилась нарастающая общая слабость, головные боли, анорексия, похудание.

При обследовании: кожа сухая, тургор снижен. АД 90/70 мм рт. Ст. Пульс 100/мин. Натрий в крови 128 ммоль/л. Калий — 4,4 ммоль/л, креатинин -350-мкмоль/л, рн- 3,25. Диурез 600 мл/сут. Ан.крови: Нв- 78 г/л, гематокрит 27%, лейкоцитов 5,1х109/л, СОЭ 45 мм/час.

1. Какая стадия почечной недостаточности?

2. Оцените состояние водно-солевого обмена. Какое имеется противоречие?

3. С чего начать лечение?

4 Какие причины анемии у данного больного?

5.Какие назначения в связи с анемией:

Задача №49.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Женщина 43 лет госпитализирована в связи с выявленной амбулаторно артериальной гипертензией. Предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость. Считает себя больной в течение года, однако при подробном сборе анамнеза, было установлено, что около 10 лет назад в моче «обнаруживалась кровь». В дальнейшем больная не обследовалась.

Объективно: Кожные покровы бледные. Кожа сухая. Веки отёчны, голени пастозны. В лёгких дыхание везикулярное. ЧСС – 60 уд/мин. АД – 180/110 м рт.ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. ОАК – Нв – 96 г/л, СОЭ -14 мм/ч, гематокрит – 32%. ОАМ – относительная плотность 1.006, белок – 0.066г/л, лейк. – 5-6 в п.зр., суточная протеинурия -1.2гр.

Проба Зимницкого – дневной диурез 1050 мл, ночной – 1600мл, колебания относительной плотности мочи от 1.002 до 1.008. Клубочковая фильтрация – 50 мл/мин, канальцевая реабсорбция 98%. БХ анализ крови – мочевина 18 ммоль/л, креатинин 300 мкмоль/л, Антинуклеарные антитела не обнаружены.

1. Перечислите основные синдромы.

2. Предположите диагноз.

3. При проведении пункционной биопсии обнаружен фибропластический гломерулонефрит. Тактика лечения.

4. Диспансерное наблюдение.

5. Прогноз заболевания.

Задача №50.(ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 27 лет доставлен в стационар с жалобами на кашель с выделением мокроты, диффузно окрашенной алой кровью, одышку в покое, зуд кожи, сухость во рту, жажду, резкую общую слабость. В течение нескольких лет наблюдается у терапевта по поводу артериальной гипертонии, постоянно определяются патологические изменения в моче. В течение последнего месяца отметил ухудшение общего состояния, прогрессивно нарастала общая слабость, многократно повторялась рвота, жаловался на резкие головные боли и отсутствие аппетита. Постепенно нарастала одышка, появился кашель и в течение последних двух дней обильное кровохарканье. Доставлен с подозрением на крупозную пневмонию.

Объективно - состояние тяжёлое. Кожа сухая, бледная, со следами расчёсов. Пастозность лица, небольшие отёки на голенях и пояснице. В лёгких дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон- мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 28 в минуту. Границы сердца расширены влево, ритм сердечных сокращений правильный, тоны глухие, акцент 2-го тона на аорте, короткий систолический шум во всех точках. Пульс 96 в минуту. АД 200/110 мм. Рт. Ст. Живот мягкий, небольшая болезненность при пальпации без чёткой локализации.

Анализ крови: эритроциты 2,8 \* 1012/ л, гемоглобин 93 г/л, лейкоциты 9,6 \* 109/ л , СОЭ- 32 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес 1006 , белок 1,32 г/л, в осадке 2-3 лейкоцита и 10-12 эритроцитов в поле зрения, гиалиновые цилиндры. Мочевина крови 25,8 ммоль/л, креатинин- 1,23 ммоль/л. На рентгенограмме лёгких усиление лёгочного рисунка, снижение прозрачности лёгочной ткани в нижних отделах с обеих сторон.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №51.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная М., 18 лет.

Жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, периодически – тошноту, горечь во рту. Подобные жалобы беспокоят около 2 лет. При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен негустым серо-желтым налетом. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Ортнера слабо положительный. В общем анализе крови, мочи, биохимическом анализе крови отклонений не выявлено. Эзофагогастродуоденофиброскопия – норма.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №52.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная В., 47 лет.

Предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание. Больна в течение 5 лет. Лечилась у дерматолога по поводу «нейродермита» и у гинеколога по поводу «климактерической дисфункции яичников». При обследовании, выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.Билирубин общий – 87,5 мкмоль\л. СОЭ – 25 мм\час.

1.Наиболее вероятный диагноз?

2.Какие исследования необходимы для подтверждения наличия внутрипеченочного?

3. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какое лечение следует назначить данному больному?

Задача №53.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной А., 48 лет.

В течение 6 лет у него периодически (после употребления спиртных напитков) возникают боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу «колита».

В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без отклонений от нормы. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея, в большом количестве нейтральный жир.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы наиболее вероятно может обнаружиться:

А) рак

Б) киста

В) очаговый или диффузный фиброз

Г) абсцесс

Д) камни

4. Какое лечение следует назначить больному?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Задача №54.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 32 лет во время беременности стали беспокоить периодические приступообразные боли в правом подреберье. После родов приступы участились, на фоне одного из них присоединилась лихорадка до 38.5ос с ознобами, появилась стойкая прогрессирующая желтуха с кожным зудом, потемнела моча, обесцветился кал. Боли стали носить интенсивный характер, сопровождались рвотой не приносящей облегчения.

Объективно: кожа и слизистые иктеричны, следы расчесов на коже. Язык сухой, обложен желто-коричневым налетом. Живот болезненный в зоне желчного пузыря. Печень умеренно увеличена, по Курлову 12-11-10см. Селезенка не пальпируется. Б/х крови: ЩФ увеличение; общ. Билирубина до 516 ммоль/л (прямого до 438 ммоль/л); умеренное повышение диастазы и трансаминаз. В моче определяются желчные пигменты. Стеркобилина в кале нет.

УЗИ бр.пол.: ЖКБ, признаки о. холецистита, холангита и умеренный отек ПЖ, расширение желчевыводящих путей и Вирсунгова протока.

Вопросы:

1. Выделить ведущие синдромы.
2. Доказательства механической природы желтухи.
3. Сформулировать диагноз.
4. Тактика ведения.
5. Прогноз заболевания.

Задача №55.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 28 лет, переведен из инфекционной больницы, Жалобы на слабость, плохой аппетит, желтушность кожи и склер.

5 дней назад появились головные боли, тошноты, ноющие боли в эпигастральной области, повышение температуры до 38°. Через 2 дня желтуха с темной мочой и светлым калом.

3,5 мес. Назад имел контакт с больным вирусным гепатитом. Направлен в инфекционную больницу, где при осмотре в прием­ном отделении диагноз вирусного гепатита был отвергнут и боль­ной был направлен в терапевтическое отделение. Аиамнез, жиз­ни без' особенностей.

Объективно: выраженная желтушность кожи и склер. Темпе­ратура нормальная. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, плотная, с острым краем. Селезенка не прощупывается. Лимфоузлы не увеличены.

Билирубин 54,3 ммоль/л, тимоловая проба 12 ед., сулемовая проба 1,4 мл, ACT 2,10 мкмоль/л, АЛТ 2,95 мкмоль/л. Щелочная фосфатаза 4,1 ед.

Назначено лечение: стол 5, преднизолон 30 мг/сут, сирепар 1мл в/м, аллохол 1 т.ХЗ раза, глюкоза 40%—40,0 в/в, пенициллин 500 тыс. Ед х б раз в/м.

Вопросы:

1. На каком основании в инфекционной больнице был отверг­нут диагноз вирусного гепатита?

2.Какое значение имел эпиданамнез?

3. Вероятный диагноз?

4.Какие биохимические синдромы были выявлены?

5.Каков характер желтухи?

Задача №56.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Женщина 42 лет поступила в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, горький привкус во рту, вздутие кишечника. Возникновение болевого синдрома больная связывает с погрешностями в диете допущенными накануне. Аналогичные симптомы наблюдались у больной год назад – к врачу не обращалась. Объективно: повышенного питания, t – 37,4°. Положительные с-мы Кера, Грекова-Ортнера. Перистальтика выслушивается. ОАК – Нm – 123г/л, эритр.- 4,2·1012, лейк. – 10,8·109, СОЭ –32мм/ч, отмечается палочкоядерный сдвиг. ОАМ – без патологии. УЗИ – желчный пузырь – овойдной формы, увеличен в размерах 84,0\*43,0, стенки утолщены, повышенной эхогенности – 4,0, содержимое пузыря однородное, холедох – 6,0.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. Перечислите атипичные формы данного заболевания.
4. Тактика лечения.
5. Ведение больной на амбулаторном этапе.

Задача №57.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной, 39 лет.

В течение 2 лет периодически беспокоят боли в эпигастральной области ноющего характера, возникающие через 1,5 – 2 часа после приема пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Боль снимается приемом антацидных препаратов, небольшого количества пищи.

Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает

При осмотре: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Ортнера, Василенко отрицательные. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не пальпируется.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №58.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 38 лет, во время выполнения тяжелой физической работы на садовом участке внезапно появились сильные жгущие боли в верхних отделах живота, с иррадиацией в правое надплечье. Рвоты не было. Доставлен в стационар через 8 часов от начала заболевания. При осмотре: кожа и слизистые бледные, ЧСС 80 уд. В мин., язык влажный. Живот умеренно напряжен, болезненный при пальпации во всех отделах, отмечаются положительные симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области. В положении «на спине» боли усиливаются.

1.Наиболее вероятный диагноз?

2.Чем объясняются имеющиеся у больного боли.

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4.Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

5.Что является наиболее верной тактикой лечения в данном случае?

Задача №59.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная, 27 лет.

Предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки, с примесью слизи, в основном в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли.

Вышеуказанные жалобы беспокоят около трех лет, после эмоционального среза. При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, небольшая болезненность при пальпации по ходу толстого кишечника. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №60.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной, 32 лет.

Жалобы на частый жидкий стул (до 10-12 раз в сутки), в том числе в ночное время суток, с примесью крови и слизи, боли схваткообразного характера в левой подвздошной области, периодически – по всему животу. Боли усиливаются перед дефекацией и ослабевают после стула. Также жалуется на похудание, снижение аппетита, слабость.

Болен около 3-х месяцев. Объективное обследование: состояние средней тяжести. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный при пальпации в области проекции сигмовидной кишки. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г\л, лейкоциты – 11, 2 тыс., СОЭ – 26 мм\ч. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ: макроскопически определяются примеси крови и слизи, много эпителиальных клеток и лейкоцитов.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача №61.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Мужчина 58 лет поступил в терапевтическое отделение по поводу лихорадки неясного генеза, продолжающейся в течение 2-х недель. У больного отмечались диффузные боли в животе и боли при дефекации; жидкий стул без примесей крови или слизи. Артралгии имели мигрирующий характер, локализовались в крупных суставах нижних конечностей. Больной похудел на 4 кг. Аппетит снижен. Применял имодиум без эффекта.

Объективно: конституция астеническая. Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальцы «барабанные палочки». Со стороны лёгких и сердца патологии не выявлено. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области.

Анализ крови– Hb - 102г/л, лейк. – 13·109 , в лейкоцитарной формуле 74% нейтрофилов, тромб. - 500·109/л, СОЭ – 42 мм/ч. Антинуклеарные антитела не обнаружены. При ректороманоскопии – аноректальная фистула.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С каким заболеванием кишечника необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. Характерные изменения слизистой и стенок кишечника при данном заболевании кишечника.
4. Изменения, выявленные при эндоскопическом исследовании кишечника.
5. Медикаментозные назначения.

### Практические задания

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

 У женщины 56-лет месяц назад началась упорная лихорадка с вечерним подъемом температуры до 38,5-39є С. Продолжительная антибактериальная терапия оказалась неэффективной, а обследование по ’’онкологической программе’’ не выявило опухолевого заболевания внутренних органов. Больная бледна, похудела на 5 кг. При осмотре обращают на себя внимание немногочисленные геморрагии петехиально-пятнистого типа на коже туловища и конечностей. Анализ крови: гемоглобин - 84 г/л, эритроциты - л, лейкоциты - л. Бластных клеток в крови не обнаружено, однако консультировавший больную онколог рекомендовал исключить острый лейкоз.

I. Какое исследование необходимо для этого выполнить?

1. Исследование лейкоконцентрата периферической крови;

2. Цитологическое исследование стернального пунктата;

3. Кариологическое исследование бластов костного мозга;

4. Гистологическое исследование трепанобиоптата подвздошной кости;

5. Окраску бластных клеток костного мозга на кислую фосфатазу.

II. Какой из клеточных элементов является морфологическим субстратом острого лейкоза?

1. Миелоцит;

2. Метамиелоцит;

3. Бластная клетка;

4. Плазмоцит;

5. Т-лимфоцит.

III. Каков важнейший патогенетический фактор развития геморрагического синдрома

 При остром лейкозе?

1. Активация фибринолиза;

2. Гипофибриногенемия;

3. Гипопротромбинемия;

4. Тромбоцитопения;

5. Тромбоцитопатия.

IV. Какая цитохимическая реакция позволяет дифференцировать лимфобластный

 И миелобластный лейкозы?

1. На миелопероксидазу;

2. На гликоген;

3. На нафтилацетатэстеразу;

4. На кислую фосфатазу;

5. На кислые сульфатированные мукополисахариды.

V. Какой из цитостатических препаратов используется в программах индукции ремиссии

 Острого лимфобластного лейкоза?

1. Сарколизин;

2. Мустарген;

3. Винкристин;

4. Миелобромол;

5. Хлорбутин.

Задание № 2. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Мужчина 45 лет случайно обнаружил у себя небольшое увеличение 2 шейных лимфоузлов и лимфоузла в правом паху. При обследовании выявлено небольшое увеличение печени (выступает на 2 см из подреберья ). Селезенка не пальпируется, но по данным УЗИ несколько увеличена. Анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - л, нейтрофилы: миелоциты - 3% , метамиелоциты - 3 % , палочкоядерные - 10 % , сегментоядерные - 67%, эозинофилы – 2%, базофилы - 3 %, лимфоциты - 10 %, моноциты - 2 %, СОЭ - 28 мм/ч. Всвязи с подозрением на хронический миелолейкоз предложена стернальная пункция (для определения - хромосомы).

I. В каких клетках костного мозга может быть обнаружена – Ph1 - хромосома?

1. Гранулоциты;

2. Моноциты;

3. Мегакариоциты;

4. Лимфоциты.

II. Какие морфологические изменения наблюдаются в развернутой стадии хронического

 Миелолейкоза?

1. Разрастание миелоидной ткани в плоских костях;

2. Вытеснение жировой ткани в плоских костях;

3. Появление костномозгового кроветворения в трубчатых костях;

1. Разрастание миелоидной ткани в печени и селезенке.

III. Какие клинические проявления имеет патофизиологический феномен опухолевой

 Прогрессии при хроническом миелолейкозе?

1. Развитие бластного криза;

2. Развитие рефрактерности к миелосану;

3. Возникновение солидных опухолей типа сарком;

1. Развитие гемолитической анемии.

IV. В дифференциации с какими формами патологии при хроническом миелолейкозе

 Используется определения щелочной фосфатазы в лейкоцитах?

1. Острый лейкоз;

2. Лейкемоидная реакция миелоидного типа;

3. Эритремия;

1. Сублейкемический миелоз.

V. Какие цитостатические препараты применяются при лечении хронического

 Миелолейкоза?

1. Мельфалан;

2. Миелобромол;

3. Циклофосфан;

4. Гидроксимочевина.

Задание № 3. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 64 лет поступила в неврологическое отделение по поводу тяжелого пояснично-крестцового радикулита. При обследовании: анемия (гемоглобин - 92 г/л), СОЭ - 76 мм/ч, выраженная протеинурия. При рентгенографии выявлен выраженный остеопороз грудного и поясничного отделов позвоночника и ребер. Заподозрена миеломная болезнь.

I. Какие диагностические признаки могли бы подтвердить данный диагноз?

1. Миеломноклеточная опухолевая пролиферация клеток, составляющая более 15 % клеточного

 Состава костного мозга;

2. Очаговый остеопороз плоских костей;

3. М-градиент на электрофореграмме сывороточных белков;

4. Гиперкальциемия.

II. Какие органы при миеломной болезни чаще поражаются параамилоидозом?

1. Сердце;

2. Печень;

3. Язык;

4. Почки.

III. Каковы патогенетические аспекты развития миеломной нефропатии?

1. Выпадение в канальцах парапротеина;

2. Кальциноз почек;

3. Амилоидоз;

4. Лейкемическая инфильтрация.

IV. Чем определяются иммунохимические варианты миеломной болезни?

1. Наличием продукции парапротеина;

2. Классом патологического иммуноглобулина;

3. Типом легких цепей парапротеиновой молекулы;

4. Наличием положительной реакции Бенс-Джонса.

V. Почему в схемы цитостатической терапии миеломной болезни включается

 Преднизолон , несмотря на его остеолитическое действие?

1. Преднизолон оказывает при миеломной болезни цитостатический эффект;

2. Повышает чувствительность к цитостатической терапии;

3. Тормозит развитие параамилоидоза;

4. Блокирует остеолиз, подавляя выделение остеокластического фактора опухолью.

Задание № 4. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-9)

У больной 56 лет, наблюдавшейся в поликлинике в связи с артериальной гипертензией, при очередном осмотре обнаружено несколько увеличенных до размера лесного ореха лимфатических узлов в подмышечных областях. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Анализ крови: гемоглобин - 110г/л, лейкоциты -л; нейтрофилы: палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 32 %, лимфоциты – 62 %, моноциты - 4 %, СОЭ - 26 мм/ч. При госпитализации больной был диагностирован хронический лимфолейкоз.

I. Какие исследования нужно выполнить для этого?

1. Выявление маркеров опухолевого характера у лимфоцитов с помощью световой

 Микроскопии;

2. То же, с помощью электронной микроскопии;

3. Кариологическое исследование лимфоцитов костного мозга;

4. Цитологическое исследование стернального пунктата.

II. К каким субпопуляциям лимфоцитов могут принадлежать клетки, являющиеся

 Морфологичеcким субстратом хронического лимфолейкоза?

1. В - лимфоциты;

2. Т - хелперы;

3. Т - супрессоры;

4. В и Т - пролимфоциты.

III. Каковы возможные механизмы развития анемии у больной?

1. Вытеснение эритроидного ростка пролиферирующей опухолью;

2. Аутоиммунный гемолиз;

3. Цитолитическое действие лейкозных лимфоцитов;

4. Цитолитическое действие неопухолевых Т - лимфоцитов.

IV. Что является показанием к началу цитостатической терапии хронического лейкоза?

1. Ухудшение состояния больной, нарастание общей слабости, похудание;

1. 2. Прогрессирующее увеличение лимфоузлов, печени и селезенки,
2. Нарушающее функции близлежащих органов;

3. Развитие гемолитического синдрома;

4. Увеличение количества лейкоцитов в периферической крови свышел.

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

Больная 56 лет жалуется на покраснение кожных покровов лица, головную боль, кожный зуд. При осмотре: плеторична, пульс 78 уд. В 1 мин., ритмичный. АД 200/100 мм рт.ст. Печень выступает из подреберья на 3 см., уплотнена, болезненна. Пальпируется плотноватый край селезенки. Анализ крови: гемоглобин - 180 г/л, эритроциты - л, лейкоциты - /л, нейтрофилы: палочкоядерные - 6%, сегментоядерные - 72%, лимфоциты - 18 %, моноциты - 4%, тромбоциты -л. Анализ мочи без изменений. Предварительный диагноз: эритремия.

I. Какие методы применяются для диагностики эритремии и ее дифференциации

 С эритроцитозами?

1. Радиологическое определение массы циркулирующих эритроцитов;

2. Артериальная оксигемометрия;

3. Трепанобиопсия подвздошной кости;

4. Стернальная пункция.

II. Какие изменения в органах характерны для нелеченой эритремии?

1. Полнокровие всех внутренних органов;

2. Тромботические изменения в сосудах и их органные последствия;

3. Миелоидная гиперплазия и метаплазия;

4. Уратные камни в почках.

III. Каковы патогенетические механизмы развития тромботических осложнений

 При эритремии?

1. Повышение вязкости и замедление тока крови;

2. Тромбоцитоз;

3. Нарушение функциональных свойств тромбоцитов;

4. Развитие микротромбоваскулитов.

IV. Какие биохимические изменения в крови могут наблюдаться при эритремии?

1. Повышение содержания ЩФ в нейтрофилах;

2. Гиперлизоцимемия;

3. Гипергистаминемия;

4. Повышение содержания эритропоэтинов.

V. Какие средства лечения эритремии применяются в настоящее время?

1. Кровопускание;

2. Имифос;

3. Миелобромол;

4. Радиоактивный фосфор.

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

 Больная 18 лет обнаружила у себя плотный узелок в правой надключичной области, который в течение последующих 3 месяцев увеличился до размеров грецкого ореха. При обследовании выявлены 2 лимфоузла в подмышечной области слева. По данным осмотра, УЗИ, рентгенографии печень, селезенка, лимфоузлы средостения и брюшной полости не увеличены. Выполнена биопсия надключичного узла: в мазках-отпечатках обнаружены клетки Березовского-Штернберга, что послужило основанием для предварительного диагноза: лимфогранулематоз (ЛГМ).

I. Какие из нижеследующих проявлений болезни относятся к т. н.

 ''Общим симптомам''ЛГМ?

1. Ночные поты;

2. Субфебрильная лихорадка;

3. Быстрое похудание;

4. Кожный зуд.

II. Какие клетки входят в состав гранулемы при ЛГМ?

1. Лимфоциты;

2. Нейтрофилы;

3. Плазматические клетки;

4. Эозинофилы.

III. Какие из следующих суждений правильны?

1. ЛГМ - опухолевое заболевание;

2. ЛГМ - один из вариантов инфекционно-воспалительных гранулематозов;

3. Одним из возможных осложнений ЛГМ является амилоидоз;

4. ЛГМ свойственна частая трансформация в острый лейкоз.

IV. Какие биохимические изменения в крови относятся к ''биологическим показателям"

 Активности заболевания?

1. Повышение уровня фибриногена;

2. Увеличение уровня гаптоглобина;

3. Повышение альфа2- глобулина;

4. Повышение гамма - глобулина.

V. В каких стадиях заболевания больной показана диагностическая лапаротомия

 Со спленэктомией?

1. I стадия;

2. II стадия;

3. III стадия;

4. IV стадия.

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

У юноши 17 лет 3 дня назад появилась боль в горле при глотании, повысилась температура тела до 38,5º С. При обследовании: явления распространенного катарального фарингита, заднешейные и затылочные лимфоузлы увеличены до размеров горошины, болезненны. Печень выступает из подреберья на 1,0 - 1,5 см. Селезенка не пальпируется.. Анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты - л; нейтрофилы: палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 51%, клетки, идентифицированные врачом - цитологом как ''атипичные широкоплазменные лимфоциты” - 48 %. Высказано мнение об инфекционном мононуклеозе (ИМ).

I. Какие исследования используются для диагностики ИМ?

1. Цитологическое исследование мазка крови;

2. Стернальная пункция;

3. Серологическое исследование;

4. Трепанобиопсия подвздошной кости.

II. При каких других заболеваниях наблюдаются такие же как у больного изменения

 Картины крови?

1. Цитомегаловирусная инфекция;

2. Эпидемический паротит;

3. Ветряная оспа;

4. Токсоплазмоз.

III. Какие из следующих суждений правильны?

1. ИМ - контагиозное вирусное заболевание;

2. ИМ – предлейкозное состояние

3. ИМ – это лейкемоидная реакция лимфоцитарного типа;

4. В ядрах ''широкоплазменных лимфоцитов'' при ИМ выявляются разнообразные

 Хромосомные аберрации.

IV. Какие изменения в крови обычны для данного заболевания?

1. Повышение уровня Ig A;

2. Повышение уровня Ig G;

3. Повышение уровня igm;

4. Повышение уровня аминотрансфераз.

V. Какие лекарственные препараты применяются при неосложненном течении ИМ?

1. Интерферон;

2. Преднизолон;

3. Антибиотпки;

4. Симптоматические средства.

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

 Больная 43 лет жалуется на общую и мышечную слабость, головные боли, боли в костях, поясничной области, сухость во рту, жажду сонливость. За последние 5 лет, после прекращения менструаций, заметно изменилась внешность: покраснело и округлилось лицо, похудели конечности, увеличится в объеме живот, стала сухой кожа, на которой при малейшем надавливании появляются синяки, на коже живота и молочных желез имеются многочисленные полосы растяжения розового цвета, появился избыточный рост волос на лице, поредели волосы на голове. АД 190/100. ОАК: повышение уровня гемоглобина, эритроцитоз, лейкоцитоз, лимфопения. БАК: гипокалиемия, гипернатриемия, гиперкальциемия, умеренная гиперхолестеринемия, глюкоза -7,7 ммоль/л. При гормональном исследовании выявлено нарушение циркадного ритма кортизола с сохранением его показателей на верхних границах нормы в течение суток. На рентгенограммах: диффузный остеопороз. На рентгенограмме черепа – выраженный остеопороз стенки турецкого седла. МРТ головного мозга: обнаружена микроаденома гипофиза 1,5 х 0,7см. На КТ надпочечников: отмечается диффузная гиперплазия обоих надпочечников.

I. О каком заболевании следует думать?

 1. Болезнь Иценко-Кушинга.

 2. Синдром Иценко-Кушинга.

 3. Гипопитуитаризм.

 4. Гипертоническая болезнь.

 5. Первичный гиперальдостеронизм.

II. Какое лечение целесообразно использовать при диагностированном Вами заболевании?

1. Протонотерапия или селективная транссфеноидальная аденомэктомия.
2. Ингибиторы стероидогенеза (хлодитан, мамомит, кетоконазол)
3. Односторонняя адреналэктомия.
4. Двусторонняя адреналэктомия с последующей заместительной терапией.

III. Какая проба используется для дифференциальной диагностики гиперкортизолизма?

1. Малая дексаметазоновая проба.
2. Проба с изотоническим раствором хлорида натрия.
3. Ортостатическая проба.
4. Большая дексаметазоновая проба

IV. За какие биохимические процессы ответственно биологическое соединение,

Являющееся главным в патогенезе данного заболевания?

1. Обладает контринсулярным действием
2. Активирует фибринолитическую систему.
3. Ускоряет распад белков.
4. Способствует развитию гиперкальциемии.

V. Синдром Нельсона может включать в себя все, кроме:

1. Первичная надпочечниковая недостаточность (после 2-сторонней адреналэктомии).

2. Первичная надпочечниковая недостаточность после длительного лечения хлодитаном

Болезни Иценко-Кушинга.

 3. Вторичная кортикотропинома гипофиза.

 4. Синдром пустого турецкого седла с выпадением кортикотропной функции гипофиза.

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

Мужчина 47, лет поступил с жалобами на прогрессивно нарастающую утомляемость, выраженную физическую слабость, боли в животе, тошноту, периодически возникающую рвоту, похудание на 6 кг за последние 4 месяца, боли в сердце, снижение потенции. При осмотре: рост 168 см, масса тела 50 кг, выраженная диффузная гиперпигментация кожи, особенно шеи, плеч, ладонных складок, паховой области, темная окраска слизистой оболочки полости рта. АД 90/60 мм рт ст., ЧСС 98 уд/мин. Разлитая болезненность в эпигастральной области при пальпации. Лабораторно: натрий снижен, калий повышен, глюкоза на нижних границах нормы, снижение 17-ОКС в суточной моче, тестостерон снижен в 2 раза.

Рентгенологическое исследование легких: первичный туберкулезный комплекс (кальцинаты в лимфатических узлах , очаги Гона).

КТ надпочечников: оба надпочечника увеличены в размерах, в коре и мозговом слое визуализируются единичные кальцинаты. МРТ головного мозга: без патологии.

I. Какой диагноз Вы поставите?

1. Вторичная надпочечниковая недостаточность.
2. Болезнь Конна.
3. Болезнь Иценко-Кушинга.
4. Первичная надпочечниковая недостаточность.

II. Какой из гормонов вырабатывается в пучковой зоне надпочечников?

1. Альдостерон.

 2. Тестостерон.

 3. Кортизол.

 4. Эстрогены.

 5. Адренокортикотропный гормон.

III. Лечение какими препаратами назначите в данном случае?

* 1. Кортинефф.
	2. Стрептомицин, изониазид.
	3. Кортикостероиды.
	4. Сустанон -250.

IV. Признаки передозировки заместительной терапии минерало- и глюкокортикоидами:

1. Значительное повышение АД.

 2. Появление отеков, быстрое увеличение массы тела.

 3. Появление гипокалиемии, гипернатриемии.

* 1. Увеличение мышечной силы.

V. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз

 В данном случае?

1. Нейроциркуляторная дистония по гипотензивному типу.
2. Язвенная болезнь желудка.
3. Нервная анорексия.
4. Пеллагра.

Задание № 10. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Мужчина, 38 лет, отмечает одышку при медленной ходьбе, отеки на ногах, слабость, утомляемость. Болен в течение месяца после перенесенного ОРВИ. В легких жесткое дыхание. Расширение границ относительной тупости сердца влево и вправо. На верхушке 1 тон ослаблен, над всей областью сердца выслушивается шум после 1 тона. Пульс 110 в мин, аритмичный АД 110/70 мм рт ст. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Анализ крови: Эр 3,8 Т/л, гемоглобин 112 г/л, ЦП 1,0; лейкоциты 9,2 Г/л (нейтрофилы сегментоядерные 63%, палочкоядерные 7%, лимфоциты 23%, моноциты 7%, эозинофилы 0%) СОЭ 33 мм/час. Реакция на С-реактивный белок положительная. Анализ мочи: удельный вес 1034, белок 0,033 г/л, эритроциты - единичные в препарате, лейкоциты-2-4 в п/зр.

I.Каковы возможные причины увеличения размеров сердца?

 1. Гипертрофическая кардиомиопатия

 2. Дилатационная кардиомиопатия

 3. Неспецифический миокардит тяжелого течения

 4. Ревматический митральный порок сердца

 5. Амилоидоз

II. Выделите причины развития сердечной недостаточности у этого больного:

 1. Гемодинамическая перегрузка сердечной мышцы давлением

 2. Гемодинамическая перегрузка сердечной мышцы объемом

 3. Нарушение диастолического наполнения желудочков

 4. Снижение сократительной способности миокарда

III. Какие положения, касающиеся обоснования диагноза, являются наиболее существенными?

 1. Появление симптомов заболевания через месяц после ОРВИ

 2. Изменение АД

 3. Быстрое прогрессирование сердечной недостаточности

 4. Изменение мочевого осадка

IV. Рекомендуемая тактика патогенетической терапии:

 1. Антибиотики (коротким курсом)

 2. Блокаторы кальциевых каналов

 3. Сердечные гликозиды

 4. Глюкокортикоидные гормоны

Задание № 11. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной А., 17 лет госпитализирован в связи с болями ноющего и давящего характера в области сердца, перебои в работе сердца. Неделю назад отметил повышение температуры тела до 37,7° С, появились боли в области сердца. На ЭКГ отмечались изменения, подозрительные на инфаркт миокарда. При осмотре : состояние удовлетворительное. При аускультации сердца после 1 тона выслушивается шум в IV межреберье слева от грудины, тоны приглушены. Пульс 90 уд. В мин., единичные экстрасистолы. АД 110/70 мм рт.ст. Анализ крови: Лейкоциты 12 гига/л (нейтрофилы сегментоядерные 70%, палочкоядерные 6% эозинофилы 2% лимфоциты 16 % моноциты 6% ) СОЭ 28 мм/ч . Общий белок 78 г/л. Альбумины 45 отн. %, Глобулины 55 отн% (альфа1 - 8, альфа2 - 15, бета - 16, гамма - 16 отн %). Реакция на СРБ положительная.

ЭКГ прилагается.

(ЭКГ прилагается)

I. Ваш предварительный диагноз:

 1. Острый неревматический миокардит

 2. Мелкоочаговый инфаркт миокарда

 3. Острый перикардит

 4. Нижнедолевая левосторонняя пневмония

 5. Левосторонний плеврит

II. Обоснованием диагноза является следующий (следующие) симптом(ы)

 1. Боль характерной локализации

 2. Изменения ЭКГ

 3. Локализация выслушиваемого шума

 4. Наличие острофазовых показателей крови

III. Ваши дальнейшие действия

 1. Исследование КФК ,ЛДГ, АСТ, АЛТ, тропонины, миоглобин крови

 2. Назначить нестероидные противовоспалительные препараты

 3. Продолжить наблюдение с регулярной регистрацией ЭКГ

 4. Провести УЗИ сердца.

Задание №12. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной Р., 54 лет, отмечает одышку в покое, перебои в работе сердца, сухой кашель, отеки голеней, похудание на 8 кг. Год назад без видимой причины появилась одышка при физической нагрузке, состояние прогрессивно ухудшалось несмотря на лечение дигоксином. Положение ортопное, цианоз губ, ушей. В легких - небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. ЧД 24 в мин. Границы относительной тупости сердца: левая по передне-подмышечной линии, правая на 2 см от правого края грудины. Тоны сердца глухие, аритмичные, выслушивается на верхушке после 1 тона умеренной интенсивности шум. АД 105/80 мм рт.ст. Пульс 50 в мин, аритмичный. Печень на 5 см ниже края реберной дуги. Отеки голеней и стоп. Анализ крови: Эр. - 3,9 тера/л; Hb - 118 г/л; ЦП 0,9; Общий белок - 78 г/л (альбумины 45 % глобулины 55 % , альфа1- 4, альфа2- 9, бета- 15, гамма -27 %);

СРБ отрицательный.

I. Какие заболевания следует включить в круг диагностического поиска?

 1. Неспецифический миокардит тяжелого течения

 2. Поражение сердца при микседеме

 3. Дилатационная кардиомиопатия

 4. Ревматический митральный порок сердца

II. Какие патогенетические механизмы лежат в основе развившейся формы патологии?

 1. Снижение сократительной функции миокарда левого желудочка

 2. Снижение сократительной функции миокарда правого желудочка

 3. Нарушение ритма сердца

 4. Нарушение диастолического наполнения желудочков

III. Какие положения касающиеся левожелудочковой недостаточности кровообращения

Являются правильными?

 1. Одышка в покое и при незначительной физической нагрузке

 2. Отеки голеней и стоп

 3. Сухой кашель

 4 . Увеличение печени

IV. Чем обусловлено появление шума на верхушке сердца?

 1. Ускорением тока крови

 2. Снижением сердечного выброса

 3. Увеличением массы циркулирующей крови

 4. Митральной регургитацией

V. Ваши действия при выраженной брадикардии у данного больного при лечении

Сердечными гликозидами?

 1. Отменить дигоксин

 2. Назначить симпатомиметики

 3. Назначить атропин

 4. Назначить нифедипин

VI. Какие лекарственные препараты целесообразно назначить данному больному?

 1. Ингибиторы АПФ ( небольшие дозы )

 2. Блокаторы кальциевых каналов

 3. Тиазидные мочегонные

 4. Сердечные гликозиды

Задание № 13. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больного М ., 41 года , беспокоят боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, проходящие через 1-3 мин после приема нитроглицерина, головные боли. С 16-летнего возраста у больного выслушивается шум в сердце. В течении года - загрудинные боли при нагрузке. Месяц назад отмечалась кратковременная потеря сознания. При осмотре в легких хрипов нет. Границы относительной тупости левая - на 2 см кнаружи от среднеключичиной линии, верхняя и правая - не изменены. Тоны сердца приглушены, грубый шум после1 тона в точке Боткина и во 2 межреберье справа от грудины, не проводящийся на сосуды шеи. Пульс 84 в мин. АД 120/80 мм рт ст.

I. Ваш предварительный диагноз

 1. ИБС Стенокардия напряжения

 2. Гипертоническая болезнь

 3. Аортальный порок, стеноз устья аорты

 4. Идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз

 5. Врожденный порок сердца ( дефект межпредсердной перегородки )

II. Каковы наиболее вероятные причины потери сознания

 1. Внезапное снижение сердечного выброса

 2. Резкое повышение АД

 3. Возникший пароксизм аритмии

 4. Остро возникшая гипотония

III. Определите причину(ны) выслушиваемого при аускультации шума

 1. Органическое поражение аортального клапана

 2. Органическое поражение митрального клапана

 3. Гиперкинетическое состояние кровообращения

 4. Обструкция выходного отдела левого желудочка

IV. При эхокардиографическом исследовании Вы ожидаете получить

Следующие изменения

 1. При допплеркардиографии - в выходном отделе левого желудочка определяется

Турбулентный систолический поток

 2. Утолщение стенок левого желудочка и верхней половины межжелудочковой

Перегородки

 3. Отмечается соприкосновение передней створки митрального клапана

С межжелудочковой перегородкой в диастолу

 4. Деформация створок клапана аорты, нарушение их подвижности

Задание № 14. (ПК-1, ПК-10, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной З., 50 лет доставлен бригадой скорой помощи с жалобами на интенсивные сжимающие боли в подложечной области и за грудиной, резкую слабость, ощущение нехватки воздуха, одышку. В течение 3 лет отмечает редкие приступы давящих болей указанной локализации при выходе на улицу в ветреную погоду, при подъеме на лестницу. Курит с 12 лет. Состояние тяжелое. Кожные покровы серые, влажные. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах - незвонкие мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧД 28 в мин Тоны сердца глухие аритмичные. АД 90/50 мм рт ст. Пульс 130 в мин .

Анализ крови Эр 4,7 тера/л Hb 152 г/л лейкоциты 12,5 гига/л СОЭ 10 мм/ч.

I. Какие заболевания следует включить в круг диагностического поиска

 1. Тромбоэмболия легочной артерии

 2. Острый экссудативный перикардит

 3. Острый коронарный синдром с подъемом ST

 4. Прободная язва желудка, кровотечение

II.Какие инструментальные методы исследования наиболее информативны

При подозрении на ТЭЛА

 1.Перфузионно-вентиляционная сцинтиграфия

 2.Рентгенография органов грудной клетки

 3. ЭКГ

 4. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта

III. Рентгенологическими признаками ТЭЛА являются

1. Локальное обеднение легочного рисунка
2. Высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения
3. Расширение корней легких за счет ветвей легочной артерии
4. Расширение корней легких с увеличением количества сосудов в ортопроекции

IV. Тяжесть состояния больного обусловлена

 1. Длительным болевым синдромом

 2. Гипотонией

 3. Острым воспалительным процессом

 4. Симптомами острой сердечной недостаточности

V. Наиболее ранними осложнениями в данной ситуации могут быть

 1. Фибрилляция желудочков

 2. Инфарктная пневмония

 3. Кардиогенный шок

 4. Острая тампонада сердца

VI. Какие лекарственные препараты вы назначите больному

 1. Стрептокиназа

 2. Допамин

 3. Нитроглицерин внутривенно

 4. Фраксипарин

Задание № 15. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больную И., 48 лет беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, периодические колющие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке, редко в покое, плохой сон. Впервые 6 лет назад зарегистрировано повышение АД до 160/100 мм рт ст. Регулярно проводилось лечение эналаприлом. 2 года назад стала отмечать боль колющего характера в области сердца при нагрузке, проводимая гипотензивная терапия в течение последнего года - без эффекта. Рост 164 вес 82 кг. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой. АД 180/115 мм рт.ст. Пульс 68 уд. В минуту, ритмичный, напряженный. Анализ мочи: уд.вес 1010, лейкоциты 2-4 в п/зр, Эр 0-1 в п/зр.

I. Наиболее вероятный диагноз

 1. Атеросклероз аорты, сосудов сердца, головного мозга, артериальная

Гипертония

 2. ИБС: стенокардия

 3. Гипертоническая болезнь

 4. Коарктация аорты

 5. Хронический гломерулонефрит

II. Что верно в отношении патогенетических механизмов, определяющих

Повышение АД у данной больной

 1. Увеличение сердечного выброса

 2. Гиперсекреция дофамина

 3. Задержка калия

 4. Увеличение активности ренинангиотензиновой системы

III. Какие изменения вы обнаружите при исследовании глазного дна

 1. Спазм артериол

 2. Атрофия зрительного нерва

 3. Расширение вен

 4. Застойный сосок зрительного нерва

IV. Какие препараты целесообразно использовать для лечения этой больной

 1.Бета-блокаторы

 2.Ингибиторы АПФ

 3.Индапамид

 4. Клофелин

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

Больного Я., 28 лет, беспокоит ощущение пульсации в грудной клетке, периодически возникающие головные боли и головокружения, повышенная утомляемость. В детстве после ангины - атака полиартрита. Год назад после переохлаждения появились ознобы, длительно держалась температура тела на уровне 38° С, обнаруживали увеличение СОЭ, анемию, протеинурию. Длительно лечился антибиотиками, однако с этого времени беспокоят вышеперечисленные жалобы. Отмечается усиленная пульсация сосудов шеи, в легких хрипов нет. Выраженная пульсация над областью сердца локальная - в VI межреберье кнаружи от срединноключичной линии. Левая граница относительной тупости сердца на 3 см кнаружи от срединноключичной линии, верхняя, правая не изменены. На верхушке и точке Боткина после 1 и 2 тонов выслушиваются шумы. Во 2 межреберье справа от грудины 2 тон резко ослаблен шумы после 1 и 2 тонов. АД130/50 мм рт.ст. Пульс 88 в мин высокий скорый полный. Анализ крови: Эр - 4,3х1012/л, Hb - 120 г/л, лейкоциты - 7,5х109/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 8 мм/ч. СРБ отрицательный, титры анти-О-стрептолизина и антигиалуронидазы ниже 250 ед.

I. Развитие какого заболевания привело к резкому ухудшению состояния больного

 1. Повторная ревматическая атака

 2. Пневмония

 3. Тромбоэмболия легочной артерии с развитием инфарктной пневмонии

 4. Инфекционный эндокардит

 5. Острый гломерулонефрит

II. Какой порок сердца можно диагностировать в настоящее время у больного

 1. Аортальный порок сердца: стеноз устья аорты

 2. Аортальный порок сердца: недостаточность аортального клапана

 3. Митральный порок сердца: митральный стеноз и недостаточность митрального

Клапана

 4. Идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз

 5. Аортальный порок с преобладанием недостаточности аортального клапана

III. Выберите правильное утверждение, подтверждающее наличие порока сердца

 1. Резкое ослабление 2 тона во II межреберье справа

2. Систолический и ранний диастолический шумы на основании сердца и в точке

 Боткина

 3. Высокий скорый пульс

 4. Локальная пульсация в VI межреберье кнаружи от срединноключичной линии

IV. При рентгенологическом исследовании ожидается

1. Расширение тени сердца в поперечнике за счет гипертрофии левого желудочка
2. Преимущественное увеличение левого предсердия
3. Расширение аорты в восходящем отделе и ее интенсивная пульсация

 4. Расширение корней легких в виде гомогенной тени с нерезкими контурами

Задание № 17. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной М., 58 лет доставлен в стационар с жалобами на нестерпимые боли за грудиной, иррадиирующие в шею и нижнюю челюсть, сопровождающиеся резкой слабостью, холодным потом. Около 10 лет назад выявлены повышенные цифры АД, гипотензивная терапия не проводилась. Курит 20 сигарет в день. При осмотре -состояние средней тяжести, цианоз губ. ЧД - 24 в мин., в легких - хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум и акцент 2 тона над аортой. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 120 уд. вмин, ритмичный. Анализ крови: Эр 4,8х1012/л, лейкоциты 16,2х109/л СОЭ 10 мм/ч.

I. Ваш предварительный диагноз

 1. Затянувшийся приступ стенокардии

 2. Острый перикардит

 3. Плевропневмония

 4. Острый инфаркт миокарда

 5. Остеохондроз грудного отдела позвоночника с корешковым синдромом

II. Укажите клинические симптомы и данные лабораторных исследований,

Позволяющие поставить предварительный диагноз

 1. Артериальная гипотония, развившаяся при указаниях на артериальную

Гипертонию в анамнезе

 2. Тахикардия

 3. Лейкоцитоз периферической крови

 4. Систолический шум и акцент 2 тона на аорте

III. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки

Окончательного диагноза

 1. ЭКГ

 2. Эхокардиография

 3. Исследование уровня МВ-фракции КФК, ЛДГ, тропонины, миоглобин крови

 4. Определение центрального венозного давления

IV. Болевой синдром в данной ситуации обусловлен

 1. Воспалительным процессом в околосердечной сумке и в эпикарде

 2. Воспалительно-инфильтративным поражением миокарда

 3. Инфильтративными изменениями плевры

 4. Некротическими изменениями миокарда

V. Выделите основные группы назначенных вами этому больному лекарственных препаратов

 1. Наркотические анальгетики

 2. Антибиотики

 3. Антикоагулянты и фибринолитики

 4. Нестероидные противовоспалительные средства

Задание № 18. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

У 37 летнего больного в течении 14 лет компенсированный ревматический порок сердца, митральный стеноз и аортальная недостаточность. Бициллинопрофилактику не проводил. 5 недель назад тонзиллэктомия. В течении последних 3 недель температура 37,2-37,8 С, потливость, артралгии, постепенно нарастающие слабость и одышка. Пальпируется край селезенки. Hb 100 г/л СОЭ 30 мм/ч. Сделан посев крови, но результат пока не готов.

 I. Какие суждения относительно этого больного верны

 1. Более вероятно обострение ревматизма чем развитие инфекционного

Эндокардита

 2. Лечение антибиотиком должно быть начато только после получения

Данных посева

 3. Систематическое использование бициллина у этого больного уменьшило бы

Вероятность инфекционного эндокардита

 4. Гемокультура скорее всего выявит зеленящий стрептококк

II. Какие еще лабораторные сдвиги характерны для этой патологии

 1. Увеличение содержания гамма-глобулинов в крови

 2. Анемия

 3. Протеинурия, эритроцитурия

 4. Бактериурия

III. Что верно относительно этиологии подострого инфекционного эндокардита

 1. Болезнь вызывается высокопатогенной флорой

 2. Зеленящий стрептококк нормально присутствует в верхних дыхательных путях

Здоровых лиц

 3. Инфекция попадает в кровь лимфогенным путем

 4. Вторичный эндокардит встречается чаще первичного

IV. Что относится к факторам неблагоприятного прогноза

При инфекционном эндокардите

 1. Отрицательная гемокультура

 2. Грибковый эндокардит

 3. Пожилой возраст

 4. Эндокардит искусственных клапанов

Задание № 19. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 37 лет находится в кардиологическом стационаре. В возрасте 25 лет выявлен митральный порок (стеноз и недостаточность), умеренная аортальная недостаточность. С 31 года - пароксизм фибрилляции предсердий. В 35 лет - последняя отчетливая ревматическая атака, после которой фибрилляция стала стойкой, появилась необходимость постоянного лечения по поводу сердечной недостаточности. Год назад - тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, инфарктная пневмония. Статус: заметная одышка в покое, пульс около 110 уд. В мин, аритмичный АД 110/50 мм рт.ст., печень выступает на 8 см, отечность голеней. Рентгеноскопия: существенное расширение всех отделов сердца признаки застоя в легких. Обсуждается вопрос о лечении фибрилляции предсердий.

I. Какое суждение правильное

 1. Нормализация ритма не показана, назначить дигоксин для урежения ритма желудочков

 2. Вопрос о целесообразности нормализации ритма рассмотреть после адекватного лечения

Дигоксином и антикоагулянтами и урежения желудочкового ритма

 3. Показана нормализация ритма при помощи хинидина

 4. Показана нормализация ритма лучше при помощи электроимпульсной терапии

 5. Вопрос о необходимости и способе лечения аритмии не может быть решен на основании

Имеющихся данных Необходимо дообследование

II. Что верно относительно побочных эффектов дигоксина

 1. Удлинение интервала PQ

 2. Желудочная диспепсия

 3. Экстрасистолическая аритмия

 4. Гиперкалиемия

III. Какое суждение относительно влияния фибрилляциипредсердий на

Кровообращение неверно

 1. Уменьшает минутный объем крови

 2. Приводит к перегрузке желудочков

 3. Увеличивает вероятность тромбоэмболических осложнений

 4. Обуславливает некоторое растяжение предсердий

 5. Может спровоцировать отек легких

 (в случае возникновения при митральном стенозе)

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

 Больная Д., 40 лет поступила с жалобами на периодически возникающие подъемы артериального давления до 210-230/150 мм тр ст., которые сопровождаются ощущением страха, потливосью, сердцебиением, обильным мочеиспусканием.

 На протяжении последних 5 лет отмечает прогрессивное снижение массы тела на 10 кг. Шесть лет назад оперирована по поводу медуллярного рака щитовидной железы. Семейный анамнез: отец больной умер в молодом возрасте «от инсульта» (вскрытия не проводилось), у больной две здоровых сестры и один рано умерший брат, причины смерти которого не знает.

 Лабораторно: во время приступа лейкоциты 9 х 109/л,глюкоза – 11 ммоль/л, глюкозурия – 2%, резкое увеличение ванилилминдальной кислоты в моче во время приступа, а также в 3-х часовой порции, собранной после приступа. Проведено УЗИ: в области верхнего полюса правой почки выявляются 3 гиперэхогенных образования с диаметром 48, 26, 28 мм; в проекции левого надпочечника 2 гипоэхогенных образования с четкими контурами с диаметром 40 и 15 мм. По КТ надпочечников выявлены двусторонние объемные образования надпочечников.

I. Какой диагноз Вы поставите?

1. Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз.

2. Аденома гипофиза.

3. Диффузный токсический зоб

4. Феохромоцитома.

5. Диэнцефальный синдром.

II. Выберите адекватные лечебные мероприятия, целесообразные при данном

Заболевании:

 1. Капотен.

 2. Тропафен.

 3. Мерказолил.

 4. Двусторонняя адреналэктомия, удаление гормонально активных опухолей

Хромаффинной ткани.

III. Какие основные патоморфологические процессы характерны для данной патологии?

1. Пролиферация хромаффинной ткани мозгового слоя надпочечников.
2. Фиброзные изменения ткани задней доли гипофиза.
3. Кровоизлияния, некроз и участки фиброза феохромоцитов.
4. Гиперплазия ткани щитовидной железы.

IV. Какой наследственный синдром может иметь место у данной пациентки?

1. Аутоиммунный полигландулярный синдром I типа.

 2. Аутоиммунный полигландулярный синдром II типа.

3. Синдром множественных эндокринных неоплазий 1 типа.

4. Синдром множественных эндокринных неоплазий 2 типа.

 V. Для опухоли хромаффинной ткани надпочечникового происхождения

Наиболее характерно:

1. Тахикардия.

 2. Повышение систолического и диастолического давления.

 3. Более характерна гипергликемия.

1. Избыточная продукция преимущественно норадреналина.

Задание № 21. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 65 лет доставлена в больницу после кратковременного обморока, случившегося на улице. В течение нескольких лет беспокоят приступы сердцебиения, а также слабость, головокружения, дурнота. Эти ощущения, нерезко выраженные, замечает каждый день. Нагрузки переносила удовлетворительно. Обморок на улице с падением случился впервые. Во время одного из приступов сердцебиения три недели назад снята ЭКГ, зарегистрирована наджелудочковая тахикардия. АД было нормальное. Приступ прекратился спонтанно, и врач назначил обзидан по 20 мг 3 раза в день. Однако неприятные ощущения продолжали беспокоить, головокружения стали более тягостными. Отказалась от обзидана. ЭКГ,снятая в приемном покое, прилагается.

I. Что верно

 1. У больной скорее всего синдром слабости синусового узла

 2. Пищеводная ЭКГ с кратковременной стимуляцией предсердий позволит

Уточнить диагноз

 3. Врач поликлиники допустил ошибку

 4. На представленной ЭКГ частота ритма более 60 уд. В мин

II. Какие пути лечения уместно обсуждать в данном случае

 1. Эуфиллин или какой-либо бета-адреностимулятор

 2. Кордарон или какой-либо бета-адреностимулятор

 3. Рибоксин

 4. Электрокардиостимуляция

III. Возможные причины синкопальных состояний

1. Гипогликемия
2. Геморрагический инсульт
3. Нарушение сердечного ритма и проводимости
4. Миксома предсердий

Задание № 22. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная, 22 лет почувствовала себя нездоровой через 2-3 недели после отдыхала в горах, где каталась на лыжах, загорала. В последующие 2 месяца беспокоила слабость, боли и небольшое припухание в суставах конечностей. Не регулярно принимала анальгин. В целом работоспособность сохранялась. В мае вынуждена обратиться к врачу всвязи с возникшей простудой (заложенность в носу, головная боль, температура до 37,8º С в течение 2 дней). В дальнейшем, в связи с затянувшимся насморком врач назначил УВЧ на пазухи носа. После 3 сеанса состояние заметно ухудшилось, усилились слабость, артралгии, вновь повысилась температура (до 37,4º С), появились боли в груди, связанные с дыханием. Пульс 90 уд.в минуту, ритмичный, АД 110/60 мм рт.ст. Врач обратил внимание на непостоянный скребущий шум во II-III межреберье слева у грудины. Проведено обследование. Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоцитов 4,0х109/л, эозинофилов - 2%, палочкоядерных - 8%, сегментоядерных - 50%, лимфоцитов - 28%, моноцитов - 12%, СОЭ 38 мм в час. Анализ мочи: относительная плотность 1,020, белка 3 г/л, эритроцитов измененных 5-10, лейкоцитов 2-6, гиалиновых цилиндров 1-3 в поле зрения. Рентгеноскопия: сердце, легкие без особенностей.

Электрокардиограмма прилагается (25 мм/с).

I.Что верно ?

1. Болезнь связана с аутоиммунопатологией;
2. Любое коротковолновое воздействие противопоказано;

 3. Лечение преднизолоном скорее всего приведет к улучшению;

 4. Показана госпитализация.

II. В случае биопсии почек ожидаются следующие изменения:

 1. Субэндотелиальные и мезангиальные иммунные комплексы;

 2. Изменения капилляров в виде «проволочных петель»;

 3. Очаги фибриноидного некроза;

 4. Гиалиновые тромбы.

III. Что верно относительно ЭКГ?

1. Синусовая брадикардия;
2. Инфаркт передне-боковой стенки;

 3. Признаки перикардита;

 4. Правый тип.

IV. Какие иммунопатологические сдвиги в крови ожидаются в данном случае?

1. Антитела к нативной ДНК;
2. Увеличение содержания комплемента;
3. Уменьшение содержания комплемента;
4. Увеличение содержания иммуноглобулинов класса Е/Ig,Е/.

Задание № 23. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больная 42 лет. Ранее считала себя здоровой. В течение полутора лет - артериальная гипертония. Лечилась эпизодически. Работоспособность в основном сохранялась (административный работник). При случайном обследовании (смена работы) обнаружены изменения в анализах утренней мочи:белка 0,5 г/л, эритроцитов 5-10, лейкоцитов 5-6 в поле зрения,единичные гиалиновые цилиндры.В общем анализе крови гемоглобин 130 г/л, СОЭ – 12мм./час. В сыворотке крови креатинин - 0,10 ммоль/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л. ЭКГ близка к норме. Месяц спустя общие анализы крови и мочи аналогичны описанным.

I. Что верно?

 1. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности

 2. Биопсия почки была бы полезной в данном случае для уточнения диагноза

 3. УЗИ почек скорее всего выявит их уменьшение

 4. Наиболее вероятно,что у больной хронический гломерулонефрит гипертонического типа.

II. Что верно в отношении протеинурии у этой больной?

 1. Функциональный характер протеинурии может быть исключен на основании

Имеющихся данных.

 2. Измененные канальцы не реабсорбируют фильтруемые плазменные белки

 3. Поры капиллярной стенки клубочков увеличены

 4. Протеинурия скорее всего не селективная

III. Что верно относительно этой больной в ближайшие недели?

1. Использование индометацина может привести к усугублению гипертонического

Синдрома у этой больной

 2. Потребление поваренной соли должно быть ограничено

 3. Рациональное гипотензивное лечение существенно для поддержания функции почек.

 4. Систематическое лечение преднизолоном оправдано в этом случае.

Задание № 24. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной 43 лет. На протяжении примерно 10 лет находят изменения мочи (белок 1 г/л, иногда эритроциты), лабильную артериальную гипертонию. Диагностировали хронический гломерулонефрит гипертонической формы. Чувствовал себя удовлетворительно, работал.

 В последние 3-4 месяца замечает постепенное ухудшение самочувствия: слабость, головные боли, иногда подташнивание. Появилась никтурия. При обследовании в поликлинике отмечено: бледен, АД 180/115 мм рт ст. Гемоглобин 90 г/л, диурез около 1 л. Утренняя моча: относительная плотность - 1,012, белка - 0,9 г/л, эритроциты - 1-2, лейкоцитов - 2-4 в поле зрения, креатинин сыворотки крови 0,6 ммоль/л.

I. Какие изменения ожидаются при дальнейшем обследовании?

 1. Повышение содержания калия в крови

 2. Уменьшение размеров обеих почек (УЗИ)

 3. Повышение содержания мочевой кислоты в крови

 4. Уменьшение содержания бикарбонатов в крови

II. Что верно относительно лечения этого больного?

 1. Каптоприл может ухудшить состояние больного

 2. Пищевой белок должен быть ограничен до 1г\кг/сут

 3. Введение эритропоэтина может утяжелить гипертонический синдром

 4. Целесообразно использовать гипотиазид (для увеличения диуреза, выведения солей,

Снижение АД)

III. Что верно относительно прогноза?

 1. Независимо от лечения функция почек будет снижена

 2. Влияние гемодиализа на АД у этого больного невозможно предсказать на основании

Представленных данных

 3. Адекватный гемодиализ скорее всего не позволит устранить анемию

 4. Больной из-за возраста не подходит для пересадки почки

Задание № 25.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 У 18-летней больной в течении 2 лет находят "хронический гломерулонефрит". Состояние в целом оставалось удовлетворительным.В последние месяцы заметила слабость, склонность к отекам, особенно на лице.Пульс 70 уд. В мин., АД 110/70 мм. Рт.ст. В почках морфологически-"минимальные изменения".

 Кровь:

Гемоглобин 130г/л

СОЭ 30 мм/ч

Общий белок 55 г/л

Холестерин 12 ммоль/л

Креатинин 0,1 ммоль/л

 Моча:

Белок 6 г/сут

Эритроциты 5-10 в поле зрения

Относительная плотность 1,012-1,023

I. Какое суждение относительно этой больной верно?

 1. Беременность противопоказана,она скорее всего приведет к ухудшению почечного

Заболевания

 2. Содержание белка в рационе должно быть уменьшено

 3. Показано лечение преднизолоном,оно скорее всего будет эффективным в отношении

Протеинурии

 4. Имеются начальные признаки ХПН

II. Что входит в морфологическое понятие "минимальные изменения" при недавно

Существующем хроническом гломерулонефрите?

 1. Небольшая пролиферация мезангиальных клеток

 2. Неравномерное утолщение базальных мембран

 3. Единичные плотные депозиты на мембране

 4. Распластывание и слияние отростков подоцитов, видимое при электронной микроскопии

III. Что верно в отношении почечной гиперлипидемии?

 1. Почечная гиперлипидемия не связана с опасностью раннего и ускоренного атеросклероза

 2. Низкое онкотическое давление плазмы стимулирует синтез холестерина

 3. Гиперхолестеринемия указывает на снижение выделительной функции почек

 4. Гиперхолестеринемия способствует дальнейшему повреждению почек

Задание № 26. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 21 год, студент. Поступил в клинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, отеки лица, рук, снижение зрения. Считает себя больным в течении 3-4 дней, когда после купания в холодной воде стал отмечать отеки лица, дважды затрудненное дыхание возникало ночью. При обследовании: отеки лица, рук, уменьшение диуреза до 600-700 мл за сутки, АД=220/120 мм.рт.ст.: в моче белок 0,99-1,2г/л, эритроцитов 50-70 в поле зрения, относительная плотность мочи в пробе по Зимницкому 1014 - 1026; креатинин в крови 246 мкмоль/л).

 I. Механизм развития клинических проявлений связан с:

 1. Гиперволемией,

 2. Снижением онкотического давления плазмы,

 3. Задержкой натрия,

 4. Ишемией миокарда.

II. Укажите, что из указанных положений верно.

 Клиническая тяжесть болезни определяется:

 1. Синдромом артериальной гипертензии;

 2. Левожелудочковой недостаточностью;

 3. Остронефритическим синдромом;

 4. Уремией.

 III. Что верно?

 1. Необходимо ограничение поваренной соли в пище;

 2. Опасно развитие эклампсии;

 3. Необходимо использование гипотензивных средств;

 4. Возможно развитие гиперкалиемии.

 IV. Что из указанных методов лечения следует применить в момент

Поступления в клинику?

 1. Введение плазмы;

 2. Сердечные гликозиды;

 3. Глюкокортикостероиды;

 4. Мочегонные.

V. Какие морфологические изменения могут быть обнаружены при изучении ткани

Почки, полученной с помощью биопсии?

 1.Пролиферация эндотелиальных клеток

 2. При иммунофлюоресцентном исследовании - депозиты lgg, C3;

 3. Некроз сосочков почек;

 4. Пролиферация мезангиальных клеток.

Задание № 27. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 45 лет направлена к нефрологу в связи с изменениями в общем анализе мочи (белок 0,33-1,5 г/л). Впервые обнаруженными два месяца тому назад. В течение десяти лет страдает ревматоидным артритом, серопозитивным, протекающим с частыми обострениями. Длительно лечилась нестероидными противовоспалительными препаратами, плаквенилом, который три месяца тому назад в связи с недостаточной эффективностью был заменен на кризанол. При осмотре обращает на себя внимание выраженная ульнарная девиация пальцев рук, симметричная дефигурация II, III и IV пястно-фаланговых суставов, лучезапястных и локтевых суставов. Кожные покровы не изменены. Отеков нет. АД=110/60 мм.рт. Ст. При обследовании обнаружено: суточная протеинурия 2,3 г; относительная плотность мочи в пробе по Зимницкому 1010-1022; в мочевом осадке 4-6 лейкоцитов, 5-8 эритроцитов в поле зрения, цилиндров нет. Альбумин сыворотки крови 35 г/л, креатинин 105 мкмоль/л.

1. Укажите наиболее вероятную(-ые) причину(-ы) появления протеинурии у пациентки:

1 Амилоидоз почек;

2. Ревматоидный васкулит почечных сосудов;

3. "Золотая" нефропатия;

4. Острый интерстициальный лекарственный нефрит

II. Выберите необходимые в данной ситуации дополнительные методы исследования:

1. Радиоизотопная сцинтиграфия почек,

2. Фазово-контрастная микроскопия мочевого осадка,

3. Экскреторная урография почек;

4. Биопсия слизистой прямой кишки с окраской конго-рот

III. Необходимые первоочередные рекомендации:

1. Отменить нестероидные противовоспалительные препараты;

2. Отменить кризанол;

3. Назначить глюкокортикостероиды;

4. Динамический контроль анализов мочи.

IV. Укажите возможные механизмы поражения почек у этой больной:

1. Отложение иммунных комплексов в почечных клубочках;

2. Ишемия интерстиция почек

3. Отложение в клубочках и интерстиции АА амилоида;

4. Исчезновение малых отростков ножек подоцитов;

Задание № 28. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Мужчина в возрасте 28 лет попал в автомобильную аварию, после чего развился остеомиелит костей таза. Перенес повторные операции по удалению гнойных костных секвестров и закрытию свищей. Через два года после этого заметил у себя округлое образование в области левого подреберья. При обследовании обнаружены увеличенная плотная селезенка, гепатомегалия, увеличенная СОЭ - 65 мм/ч. Биохимические показатели крови: общий белок 70 г/л, альбумины 42 г/л, уровень креатинина 115 мкмоль/л, калий 4.2 ммоль/л (норма 3,6-6,3ммоль/л); клубочковая фильтрация 90 мл/мин. Анализ мочи: реакция кислая, белок - 2,5 г/сут, относительная плотность в пробе по Зимницкому 1007-1020, в осадке лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты единичные.

I. Какие признаки характерны для данного заболевания?

1. Патогенетическая связь с гнойно-деструктивным процессом в костях.

2. Частота поражения почек.

3. Существенное увеличение СОЭ.

4. Артериальная гипертония при сохранной функции почек.

II. Что из перечисленного верно? У больного имеются:

1. Скудный мочевой осадок

2. Нефротичсский синдром.

3. Сохранная функция почек.

4. Нарушение ацидификации мочи

III. Какие из приведенных показателей свидетельствуют о сохранной функции почек у больного?

1. Уровень креатинина в сыворотке крови.

2. Уровень калия,

3. Клубочковая фильтрация,

4. Относительная плотность мочи

IV. Что можно ожидать при изучении пунктата почки?

1. Выраженная пролиферация эпителия капсулы с образованием "полулуний":

2. Отсутствие фиксации иммуноглобулинов и комплемента на БМК,

3. Фибриноидный некроз капиллярных петель клубочков, кариорексис,

4. Обнаружение конгофильного материала в клубочках, интерстиции, на стенках сосудов.

V. Какая терапия показана в данном случае?

1. Сверхвысокие дозы преднизолона,

2. Цитостатики.

3. Нестероидные противовоспалительные препараты.

4. Колхицин.

Задание №29. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Б-ной К. 48 лет. В 20-летнем возрасте диагностировался хронический гломерулонефрит.

В последующем чувствовал себя здоровым, к врачам не обращался. В редких исследованиях мочи регистрировались минимальная протеинурия, без изменения осадка. В последнем общем анализе мочи, сданном 1.5 года назад, имелись следующие показатели: цвет соломенно-желтый, прозрачность - полная, отн. Плотность мочи - 1012, белок 0,06 г/л. Лейкоциты 1-2 в п/зр. При измерении АД впервые выявлено его повышение до 140/90 мм.рт.ст., а при автоматическом суточном мониторировании АД зафиксирован средний уровень систолического АД - 153 мм. Рт. Ст., диастолического 96 мм. Рт. Ст., отмечено снижение средненочного АД по сравнению со среднесуточным.В течение последнего года никтурия. Проба Зимницкого 1003-1012, дневной диурез - 650 мл., ночной диурез - 980 мл. В общем анализе крови гемоглобин - 102 г/л. Цв. Показатель - 0.95, эритроциты - 3.2-тера/л, остальные показатели гемограммы в норме. Биохимия: креатинин крови 196 мкмоль/л., Са++-2,04 ммоль/л, К+ - 4,2 ммоль/л.

Что из указанных ниже положений верно?

I.

1. Полиурия и никтурия при хронической почечной недостаточности обусловлены потерей

Возможности выделять концентрированную мочу,

2. Развитие при хронической почечной недостаточности гипокальциемии вызывает повышение

Секреции паратгормона,

3. Основной причиной развития анемии при хронической почечной недостаточности является

Угнетение костномозгового кроветворения вследствие накопления азотистых шлаков

4. Проба Зимницкого, проведенная больному, позволяет констатировать нарушение

Концентрационной функции почек

II.

1. Повышение внутриклубочкового давления является одним из механизмов прогрессирования

Хронической почечной недостаточности;

2. Причиной прогрессирования артериальной гипертензии при хронической почечной

Недостаточности является накопление азотистых шлаков в крови;

3. В начальной стадии хронической почечной недостаточности может регистрироваться

Гипокалиемия;

4. При ЭКГ исследовании гипокалиемия проявляется высоким зубцом Т и уширением

Комплекса QRS.

III.

1. У наблюдаемого пациента развилась хроническая почечная недостаточность как исход

Хронического заболевания почек;

2. У больного при настоящем заболевании уже выявлена азотемия,

3. Имеющаяся у пациента анемия может быть обусловлена хронической почечной

Недостаточностью,

4. Появление никтурии не является основанием для подозрения на формирование хронической

Почечной недостаточности

IV.

1. Содержание мочевины плазмы крови может транзиторно повышаться и при сохраненной

Функции почек:

2. Чувствительным методом определения ранних стадий хронической почечной недостаточности

Является радиоизотопная ренография,

3. Толщина почечной паренхимы 18 мм, регистрируемая при ультразвуковом исследовании почек,

Соответствует норме,

4. Показанием к лечению хронической почечной недостаточности гемодиализом является

Снижение клубочковой фильтрации ниже 10 мл./мин

Задание № 30. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больная В., 56 лет, поступила в клинику с жалобами на снижение аппетита, боль и тяжесть в эпигастральной области после приема пищи, сопровождающихся тошнотой и эпизодически рвотой, приносящей облегчение. При пальпации живота определяется нерезкая разлитая болезненность в подложечной области. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин 128 г/л, эритроциты 3,9 тера/л, гастрин 200 нг/л (норма до 100 нг/л). Определяются антитела к обкладочным клеткам желудка в титре 1:40. При срочной эзофагогастродуоденоскопии выявлены выраженные атрофические изменения слизистой оболочки фундального отдела желудка, слизистая оболочка антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки без существенных изменений. Взята биопсия из фундального отдела желудка.

I. Ваш предварительный диагноз?

1. Хронический аутоиммунный гастрит:

2. Хронический гастрит, ассоциированный с Неlicobacteг ру1оri:

3. Хронический панкреатит:

4. Хронический пангастрит:

5. Хронический бескаменный холецистит

II. Какие элементы в представленном морфологическом заключении соответствуют

Выбранному Вами диагнозу?

1. Покровно-ямочный эпителий уплощен

2. Пилорическая метаплазия фундальных желез

3. Собственной пластинки лимфоидноплазмоцитарная инфильтрация

4. Нерезко выраженные признаки дисплазии эпителия

III. Какие изменения секреции и тонуса желудка Вы предполагаете?

1. Гипосекреция

2. Гиперсекреция

3. Гипотония желудка

4. Гипертонус желудка

IV. Каков механизм повышения уровня гастрина в крови в данном случае ?

1. Атрофия обкладочных клеток желудка,

2. Атрофия бокаловидных клеток желудка,

3. Нарушение продукции соляной кислоты,

4. Нарушение продукции соматостатина

V. Назначьте патогенетическое лечение:

1. Препараты желудочного сока,

2. Преднизолон,

3. Стимуляторы желудочной секреции (плантаглюцид, эуфиллин и др.),

4. Трихопол

Задание № 31. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной Д.,48 лет, инженер, жалуется ни снижение аппетита, боли в зпигастральной области через 20-30 минут после еды, сопровождающиеся тошнотой. Из анамнеза известно, что вышеописанные жалобы появились 2 года назад со сменой периодов обострения и ремиссии. Питается нерегулярно, злоупотребляет алкоголем. Шесть лет назад перенес эпидемический гепатит в легкой форме. Объективно: контрактуры Дюпюитрена на кистях обеих рук, живот умеренно болезнен в подложечной области и правом подреберье, печень плотно-эластической консистенции, выступает из-под реберного края на 6 см, селезенка не пальпируется. Выявлено изолированное повышение активности гамма-глутаматтранспептидазы до 212 МЕ (N = 15-106 МЕ).

I. Какой диагноз Вы предполагаете?

1. Хронический гепатит,

2. Язвенная болезнь желудка;

3. Язвенная болезнь 12-перстной кишки,

4. Алкогольная жировая дистрофия печени.

II. Какие эндоскопические и морфологические изменения могут соответствовать предполагаемому диагнозу?

1. При эндоскопическом исследовании выявлена язва желудка;

2. При эндоскопическом исследовании выявлена язва 12-перстной кишки;

3. При морфологическом исследовании биоптатов печени найдена картина

Крупнокапельного ожирения гепатоцитов,

4. При морфологическом исследовании биоптатов печени найдена картина

Хронического активного гепатита

III. Какие изменения желудочной секреции чаще встречаются при этом заболевании?

1. Нормосекреция,

2. Гиперсекреция,

3. Гипосекреция,

4. Ахилия.

IV. Как объяснить гепатомегалию и изолированное повышение активности

Гамма-глутаматтранспептидазы у больного?

1. Наличием хронического гепатита;

2. Нерегулярным питанием;

3. Нарушением желудочной секреции;

4. Злоупотреблением алкоголем.

V. Выберите основные направления лечения:

1. Полный отказ от алкоголя;

2. Антихеликобактерная терапия;

3. Сбалансированное и регулярное питание;

4. Антисекреторные препараты.

Задание № 32. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Юноша 17 лет, с 10-летнего возраста отмечает периодическое появление желтушности склер, чаще после физической нагрузки и острых респираторных заболеваний. Жалуется на повышенную утомляемость, раздражительность, иногда тупые боли в правом подреберье. При пальпации живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 6,0 гига/л, СОЭ- 3 мм/ч. Общий билирубин сыворотки 70 мкмоль/л (Nдо 20,5 мкмоль/л), прямой билирубин 0 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза 15 МЕ (норма до 28 МЕ), аспарагинаминотрансфераза 18 МЕ (норма до 35 МЕ). Нbs Аg и анти-HCV не обнаружены.

I. Ваш диагноз?

1. Хронический вирусный гепатит;

2. Хронический аутоиммунный гепатит,

3. Первичный билиарный цирроз;

4. Болезнь Жильбера

5. Болезнь Дабина-Джонсона

II. Какие морфологические признаки соответствуют поставленному Вами диагнозу?

1. Гистологическое строение печени близко к норме;

2. Жировая дистрофия и некроз гепатоцитов,

3. Накопление липофусцина в гепатоцитах;

4. Отложение меланина в печени.

III. Каков патогенез гипербилирубинемии в данном случае?

1. Нарушение внутриклеточной конъюгации непрямого билирубина;

2. Некроз гепатоцитов;

3. Нарушение транспорта непрямого билирубина;

4. Повышенное образование непрямого билирубина

IV. Нарушение активности каких ферментов обусловливает непрямую

Гипербилирубинемию в данном случае?

1. Аспартатаминотрансферазы;

2. Щелочной фосфатазы;

3. Гамма-глутаматтранспептидазы;

4. Глюкуронилтрансферазы.

V. Назначьте лечение:

1. Кортикостероиды;

2. Физиотерапия;

3. Нестероидные противовоспалительные препараты;

4. Фенобарбитал

Задание № 33. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больная Н., 18 лет, направлена на обследование в клинику в связи с рецидивирующей в последний год желтухой,сопровождающейся повышением температуры до 38,0° С, гепатомегалией, болями в крупных суставах, сухостью во рту. Из прилагаемых выписок обращает на себя внимание наличие рецидивирующего кератоконьюнктивита, СОЭ 46-52 мм/ч, гамма-глобулины 40,5 отн.% (N=16-22 отн.%), однократное выявление LЕ-клеток в низком титре.

I. Ваш предположительный диагноз?

1. Системная красная волчанка,

2. Синдром Шегрена,

3. Ревматоидный артрит,

4. Хронический аутоиммунный гепатит.

II. Какие морфологические признаки соответствуют Вашему диагнозу?

1. В биоптатах печени картина хронического агрессивного гепатита,

2. В биоптатах печени картина хронического персистирующего гепатита,

3. В биоптатах слизистой оболочки нижней губы лимфоцитарная инфильтрация,

4. В биоптатах слизистой оболочки нижней губы изменений не найдено

III. В патогенезе данного заболевания могут иметь значение:

1. Снижение активности Т-супрессоров.

2. Увеличение активности Т-хелперов.

3. Повышение образования гепатоспецифических аутоантител к компонентам мембран

Гепатоцитов,

4. Снижение активности Т-хелперов.

IV. В связи с имеющейся у больной желтухой какие изменения билирубинового обмена

 Вы предполагаете?

1. Преимущественное повышение в крови уровня прямого билирубина;

2. Преимущественное повышение непрямого билирубина в крови,

3. В моче обнаруживается прямой билирубин,

4. Повышенное выделение уробилиногенов и стеркобилиногенов.

V. Выберите лечение:

1. Интерферон,

2. Глюкокортикоиды,

3. Антибиотики.

4. Цитостатики.

Задание № 34. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 У больного 3, 27 лет, страдающего гемофилией, с многочисленными гемотрансфузиями в анамнезе, в течение последних 2 лет обнаруживается гепатомегалия. Интермиттирующая желтуха, стойкое повышение трансаминаз: аланинамино-трансфераза- 350 МЕ (N до 28 МЕ), аспарагинаминотрансфераза - 250 МЕ (N до 35 МЕ), общий билирубин - 80 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л) . Антитела к вирусу гепатита С не обнаружены.

I. О каком заболевании может идти речь?

1. Болезнь Бадда-Хиари,

2. Аутоиммунный гепатит.

3. Начальные проявления первичного билиарного цирроза печени.

4. Хронический гепатит В.

II. Какие морфологические изменения в печени наиболее вероятны?

1. Крупнокапельное ожирение гепатоцитов,

2. В печеночных дольках участки мостовидных некрозов и разрушения балок,

3. В воспалительном инфильтрате преобладают плазматические клетки,

4. В воспалительном инфильтрате преобладают лимфомакрофагальные элементы

III. В патогенезе этого заболевания наибольшее значение имеет следующее:

1. Повышение образования гепатоспецифических аутоантител к компонентам мембран

Гепатоцитов;

2. Повышение образования антител к клеткам желчных ходов,

3. Тромбоз печеночных вен;

4. Репликация вируса гепатита В.

IV. С дефектами каких факторов свертывания крови может быть связана гемофилия?

1. Фактор IX;

2. Фактор II;

3. Фактор VIII;

4. Фактор III;

V. Учитывая сочетанный характер заболевания, назначьте лечение:

1. Глюкокортикоиды;

2. Переливание свежезамороженной плазмы по показаниям;

3. Цитостатики;

4. Интерферонотерапия.

Задание № 35. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной 3., 65 лет, в течение 3-х лет наблюдается в клинике по поводу цирроза печени, вследствие вирусного гепатита В. Последние 3 месяца отмечается нарастание жажды, сонливость днем и бессонница ночью, асцит, периферические отеки. В анализе крови: аланинаминотрансфераза - 90 МЕ (норма до 28 МЕ), аспарагинаминомрансфераза - 80 МЕ (норма до 35 МЕ), билирубин общий-60 мкмоль/л (преимущественно за счет прямого билирубина) , (N до 20,5мкмоль/л) , альбумин-25 г/л (норма 35-50 г/л ), холинэстераза-1200 МЕ (норма 1900-3800 МЕ), промромбиновый индекс-60% (норма 85-110% ), щелочная фосфатаза - 170 МЕ (норма 20-60 МЕ), гамма-глутаматтранспептидаза - 15 МЕ (норма до 106 МЕ).

I. Чем обусловлено ухудшение состояния больного?

1. Нарастанием печеночно-клеточной недостаточности;

2. Нарастанием явлений вторичного гиперальдостеронизма;

3. Нарастанием отечно-асцитического синдрома;

4. Усилением холестаза.

II. Морфологическая картина в биоптатах печени:

1. Диффузное разрастание соединительной ткани;

2. Извращенная регенерация;

3. Наличие ложных долек;

4. Дистрофия гепатоцитов.

III.Как объяснить асцит и периферические отеки у данного больного?

1. Нарушение обмена натрия и калия вследствие гиперальдостеронизма;

2. Нарушение обмена ароматических аминокислот;

3. Снижение онкотического давления в плазме крови из-за прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточности;

4. Нарушение обмена аммиака.

1У. С какими биохимическими механизмами связано нарушение сна у пациента?

1. Повышенное образование ложных нейротрансмиттеров;
2. Гипераммониемия;
3. Гиперацидемия;
4. Гиперглюкагонемия.

У. Назначьте лечение с учетом выявленных осложнений цирроза печени:

1. Ограничение белка в пище;
2. Блокаторы альдостерона (верошпирон, альдактон);
3. Внутривенное введение белковых растворов;
4. Блокаторы образования аммиака в кишечнике (невсасывающиеся антибиотики, синтетическая лактулоза).

Задание № 36. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 У больного М., 46 лет, в анамнезе тяжелая форма острого вирусного гепатита. В настоящее время жалуется на снижение работоспособности, выраженную слабость, кожный зуд, желтуху, бессонницу, запоры . Алат - 160 - 200 МЕ (норма до 28 МЕ), асат - 120 - 140 (норма до 35 МЕ), ЩФ - 210 МЕ (N до 60 МЕ), билирубин общий – 80 мкмоль/л преимущественно за счет прямого билирубина ), (N до 20,5 мкмоль/л), альбумин - 35 г /л, (N 35 - 50 г/л), холинестераза - 2500 МЕ (N 1900 - 3800 МЕ), ПТИ - 85 % (N 85 -110%), холестерин – 6,6 ммоль/л. Лейкоциты - /л, тромбоциты - /л. При рентгенографии выявлено варикозное расширение вен пищевода.

I. Каков вероятный диагноз?

 1. Вирусный цирроз печени;

 2. Алкогольный цирроз печени;

 3. Первичный билиарный цирроз печени;

 4. Хронический вирусный гепатит;

 5. Хронический аутоиммунный гепатит.

II. Морфологическая картина в биоптатах печени представляет:

1. Первичный билиарный цирроз печени;

2. Внутрипеченочный холестаз;

3. Хронический активный гепатит;

4. Крупноузловой цирроз печени.

III. Желтуху, повышение уровня холестерина и кожный зуд у данного больного

Возможно объяснить ретенцией в крови:

1. Желчных кислот;

2. Холестерина;

3. Билирубина;

4. Щелочной фосфатазы.

IV. Бессонница больного обусловлена повышенным содержанием в крови

Следующих веществ:

1. Аммиака;

2. Трансаминаз;

3. Ложных нейротрансмиттеров;

4. Билирубина.

V. Основные направления лечения:

1. Подавление образования аммиака в кишечнике;

2. Ограничение приема белка с пищей;

3. Глютаминовая кислота.

4. Глюкокортикоиды.

Задание № 37. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной Д., 44 лет, шофер, обратился с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, усиливающиеся после приема пищи, повторную рвоту, жидкий стул. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет злоупотребляет алкоголем. Подобный приступ третий за год. Связывает их возникновение с алкогольными эксцессами. При осмотре: повышенного питания, рост -173 см, вес - 96 кг, гинекомастия. Живот увеличен в объеме, умеренно вздут, болезнен в эпигастральной области. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицателен. Печень выступает из-под реберного края на 4 см. Селезенка не пальпируется.

I. С чем можно связать подобную ситуацию?

1. Хронический алкогольный панкреатит;

2. Хронический калькулезный холецистит;

3. Алкогольная жировая дистрофия печени;

4. Хронический энтерит.

II. Выберите наиболее характерные морфологические признаки для данной клинической ситуации:

1. Кальцинаты в панкреатических протоках;

2. Крупнокапельное ожирение печени;

3. Псевдокисты в поджелудочной железе;

4. Перихолецистит.

III. Укажите патофизиологические механизмы болевого синдрома:

1. Гипермоторика тонкого кишечника;

2. Панкреатическая внутрипротоковая гипертония;

3. Нарушение желудочной секреции;

4. Воспаление внутрипанкреатических нервных стволов;

IV. Повышение активности каких ферментов в крови Вы ожидаете?

1. Амилазы;

2. Фосфолипазы А;

3. Липазы;

4. Псевдохолинестеразы.

V. В связи с поставленным Вами диагнозом определите выбор лечения:

1. Диета: дробное питание, жиры менее 60 г/сутки;

2. Отказ от алкоголя;

3. Панкреатические ферменты, блокаторы рецепторов к гистамину, спазмолитики;

4. Ненаркотические анальгетики.

Задание № 38. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больная Ш., 23 лет, переведена из инфекционного стационара с жалобами на боли в животе разлитого характера, частый жидкий стул ’’сального’’ вида, слабость, головокружение, похудание ( за последние 3 месяца - 8 кг ), эпизодические подъемы температуры до  При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, кожа гипотрофична. При пальпации живота в правой мезогастральной области определяется конгломерат размером см. Анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты -л, цветовой показатель - 1,0. При УЗИ обнаружены камни желчного пузыря.

I. Укажите предположительный диагноз:

1. Желчно - каменная болезнь;

2. Неспецифический язвенный колит;

3. Болезнь Крона;

4. Опухоль тонкого кишечника.

II. Какие эндоскопические и морфологические изменения могут соответствовать

Поставленному Вами диагнозу?

1. В энтеробиоптате саркоидоподобная гранулема;

2. Слизистая тонкой кишки инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками,

Гистиоцитами;

3. Эндоскопически вид '' булыжной '' мостовой в терминальном отделе тонкой кишки;

4. Псевдополипы в терминальном отделе тонкой кишки.

III. Каковы механизмы камнеобразования в желчном пузыре?

1. Дефицит желчных кислот

2. Дефицит железа;

3. Усиление литогенных свойств желчи;

4. Дефицит фолатов.

IV. Чем объяснить наличие анемии у больной?

1. Дефицит электролитов;

2. Дефицит витамина В12 и фолиевой кислоты;

3. Дефицит витамина D;

4. Дефицит железа.

V. Концепция лечения включает следующее:

1. Парентеральное питание;

2. Противовоспалительная, иммуносупрессивная терапия (5-аминосалицилловая кислота,

Трихопол, глюкокортикоиды, цитостатики );

3. Лечение дисбактериоза;

4. Холецистэктомия в период ремиссии основного заболевания.

Задание № 39. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной М., 32 лет, переведен в терапевтическое отделение из инфекционного стационара. Предъявляет жалобы на боли в правой половине живота, стул 4-5 раз в день, обильный, зловонный, ’’сального’’ вида, похудание, слабость, периодические подъемы температуры до 37-, артралгии. Из анамнеза известно, что болен в течение года. В последние 3 недели вышеприведенная симптоматика усилилась. Рост больного - 185 см, вес - 67 кг. На правой голени узловатая эритема размером см. Живот при пальпации болезненный, преимущественно в околопупочной области, печень и селезенка не пальпируются. В анализе крови: лейкоциты-/л, гемоглобин - 95 г/л, СОЭ - 52 мм/ч.

I. Укажите предположительный диагноз:

1. Хронический энтерит;

2. Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью;

3. Опухоль толстого кишечника;

4. Болезнь Крона.

II. Какие эндоскопические и морфологические изменения могут соответствовать

Поставленному Вами диагнозу?

1. В энтеробиоптате саркоидоподобная гранулема;

2. Слизистая тонкой кишки инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками,

Гистиоцитами;

3. Эндоскопически вид '' булыжной мостовой '' в терминальном отделе тонкой кишки;

4. Псевдополипы в терминальном отделе тонкой кишки.

III. Чем объяснить возникновение диареи?

1. Нарушением всасывания жира;

2. Гиперэкссудацией жидкости в просвет тонкой кишки;

3. Повышением осмолярности в просвете тонкой кишки;

4. Нарушением моторики тонкой кишки.

IV. Как объяснить '' сальный '' вид кала?

1. Повышенным содержанием непереваренной клетчатки;

2. Содержанием жира в кале 4 г / сутки;

3. Повышенным содержанием непереваренных мышечных волокон;

4. Содержанием жира в кале более 9 г/ сутки.

V. Лечение данного заболевания следующее:

1. Парентеральное питание;

2. Комбинация препаратов 5-аминосаллициловой кислоты с метронидазолом;

3. Глюкокортикоиды;

4. Цитостатики.

Задание № 40. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больная С., 25 лет, мастер спорта по гимнастике, в прошлом неоднократные травмы опорно-двигательного аппарата, в связи с чем принимала НПВП длительными курсами. Поступила в клинику с жалобами на частый жидкий кровянистый стул, слабость, головокружение, боли в крупных суставах, повышение температуры тела до  Указанные симптомы нарастали постепенно в течение полутора лет. При осмотре: афтозный стоматит, конъюнктивит. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируется спастически сокращенная болезненная нисходящая и сигмовидная кишки. В анализах крови: лейкоциты - /л, эритроциты - /л, гемоглобин - 96 г/л, СОЭ - 47 мм/ч.

I. Ваш диагноз?

1. Болезнь Крона;

2. Туберкулез кишечника,

3. Лекарственное поражение кишечника;

4. Язвенный колит;

5. Ревматизм, активная фаза.

II. Какие эндоскопические и морфологические изменения могут соответствовать

Поставленному Вами диагнозу?

1. Множественные эрозии и поверхностные язвы неправильной формы в толстой кишке;

2. Псевдополипы слизистой оболочки толстой кишки;

3. Крипт-абсцессы слизистой оболочки толстой кишки;

4. Эпителиоидные гранулемы в кишечной стенке.

III. Какими механизмами можно объяснить возникновение афтозного стоматита,

Конъюнктивита и поражения суставов?

1. Нарушением клеточного иммунитета;

2. Осложнениями терапии НПВП;

3. Нарушением гуморального иммунитета;

4. Инфекционным фактором.

IV. При описываемом заболевании нередко нарушается всасывание воды в кишечнике.

 За счет механизмов:

1. Связанных с системой аденилатциклазы;

2. Не связанных с системой аденилатциклазы;

3. Связанных с нарушением проницаемости эпителия кишки;

4. Связанных с осмотическими факторами.

V. Основными направлениями лечения данного заболевания:

1. Противовоспалительная терапия (сульфасалазин, препараты 5-аминосалициловой кислоты);

2. Глюкокортикоиды;

3. Цитостатики ( метотрексат, азатиоприн );

4. Аминохинолиновые производные (делагил, плаквенил).

Задание №41. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной М., 38 лет длительно отмечает кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. На фоне очередного обострения отметил усиление одышки, некупируемой беротеком и эуфиллином, а также появление длительных давящих болей в области сердца, тяжесть в правом подреберье. При осмотре: нерезкий диффузный цианоз, набухание шейных вен, отечность стоп и голеней, в эпигастрии пульсация, усиливающаяся на высоте вдоха. Акцент 2 тона во втором межреберье слева от грудины.Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

I. Укажите возможную причину ухудшения состояния больного?

 1. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии;

 2. Двусторонняя пневмония;

 3. Компенсированное легочное сердце;

 4. Гидроторакс;

 5. Декомпенсированное легочное сердце

II. Какие дифференциально диагностические признаки позволяют правильно

Поставить диагноз?

 1. Усиление одышки, некупирующейся бронходилататорами.

 2. Набухание шейных вен.

 3. Пульсация в эпигастрии, усиливающаяся на высоте вдоха.

 4. Отеки.

III. Какие из указанных групп лекарственных препаратов целесообразно использовать

В лечении больного?

1. Антибиотики
2. Мочегонные
3. Сердечные гликозиды
4. Бета-адреноблокаторы

IV. Изменения ЭКГ этого больного являются следующими:

 1. Увеличение амплитуды зубца P во II, III , avf отведениях;

 2. Тенденция к отклонению эл. Оси сердца вправо;

 3. Увеличение амплитуды зубца S в левых грудных отведениях;

 4. Негативные зубцы T в I, avl, V5-6 отведениях.

Задание № 42. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная 65 лет доставлена в больницу после кратковременного обморока, случившегося на улице. В течение нескольких лет беспокоят приступы сердцебиения, а также слабость, головокружения, дурнота. Эти ощущения, нерезко выраженные, замечает каждый день. Нагрузки переносила удовлетворительно. Обморок на улице с падением случился впервые. Во время одного из приступов сердцебиения три недели назад снята ЭКГ, зарегистрирована наджелудочковая тахикардия. АД было нормальное. Приступ прекратился спонтанно, и врач назначил обзидан по 20 мг 3 раза в день. Однако неприятные ощущения продолжали беспокоить, головокружения стали более тягостными. Отказалась от обзидана. ЭКГ,снятая в приемном покое, прилагается.

I. Что верно

 1. У больной скорее всего синдром слабости синусового узла

 2. Пищеводная ЭКГ с кратковременной стимуляцией предсердий позволит

 Уточнить диагноз

 3. Врач поликлиники допустил ошибку

 4. На представленной ЭКГ частота ритма более 60 уд. В мин

II. Какие пути лечения уместно обсуждать в данном случае

 1. Эуфиллин или какой-либо бета-адреностимулятор

 2. Кордарон или какой-либо бета-адреностимулятор

 3. Рибоксин

 4. Электрокардиостимуляция

III. Возможные причины синкопальных состояний

1. Гипогликемия
2. Геморрагический инсульт
3. Нарушение сердечного ритма и проводимости
4. Миксома предсердий

Задание №43. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной 53 года, плотник, в течении 10 лет страдает хроническим гастритом, обострения которого наступают 1- 2 раза в год. Несмотря на неоднократные рекомендации врача бросить курить, вредную привычку не оставляет, мотивируя тем, что за 35 лет сильно втянулся. По поводу очередного обострения гастрита, как обычно обратился к участковому терапевту с жалобами на общее недомогание, боли в эпигастральной области через 30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом. В связи с тем, что больной в течении 4-х лет не проходил рентгенологического обследования органов грудной полости, врач направил больного в рентген кабинет. При флюорографическом исследовании органов грудной клетки справа в III сегменте легкого обнаружен крупный (около 5 см) гомогенный округлый фокус затемнения с бугристыми контурами. В обоих легких определяется диффузный пневмофиброз. Анализ крови: Эр - 2,0 х1012/л, Hb - 80 г/л, лейкоциты 9,8х109/л, СОЭ - 48 мм/ч.

I. Выберите правильный диагноз

 1. Туберкулома, хронический гастрит, обострение

 2. Очаговый туберкулез, хронический гастрит, обострение

 3. Абсцесс легкого, хронический гастрит, обострение

 4. Периферический рак легкого, хронический гастрит, обострение

 5. Центральный рак легкого, хронический гастрит, обострение

II. Выберите наиболее частую форму рака легкого

 1. Центральный

 2. Прикорневой

 3. Медиастинальный

 4. Периферический

III. Укажите, какие осложнения наиболее часто встречаются при периферическом

 Раке легкого

 1. Легочное кровотечение

 2. Перифокальная пневмония

 3. Ателектаз

 4. Распад опухолевого узла

IV. Укажите те нозологические формы, при которых бронхиальная астма

 Является синдромом

 1. Ревматизм

 2. Ревматоидный артрит

 3. Рак легкого

 4. Силикоз

V. Укажите, какие осложнения наиболее часто встречаются при центральной

 Форме рака

 1. Ателектаз

 2. Легочное кровотечение

 3. Пневмония в гиповентилируемом(ых) сегменте(ах)

 4. Пневмоторакс

Задание № 44.(ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больная К., 32 лет, 4 дня тому назад во время стирки сильно простудилась. К вечеру появилось чувство царапанья в глотке и значительная усталость. Утром следующего дня больная с трудом поднялась с постели, из-за общей слабости начался сухой кашель. Кашель хотя и оставался редким, но количество выделяющейся слизисто-гнойной мокроты увеличилось, появилась боль в правом боку при дыхании. Объективно: температура - 38,5 некоторая бледность лица. На губе герпетические высыпания. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими легочной звук, дыхание везикулярное ослабленное, ниже правой лопатки слышны мелкопузырчатые звучные хрипы. Частота дыхания 24 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не смещены. Деятельность сердца ритмичная учащена тоны приглушены. Пульс 112 уд. В мин, ритмичный, артериальное давление - 120/75 мм рт.ст. Анализ крови: Эр - 5,3х1012/л, Hb - 140 г/л, лейкоциты - 8,9 х101/л (сегментоядерные: нейтрофилы - 55 %, палочкоядерные - 7 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты - 32 %, моноциты - 4 %), СОЭ - 29 мм/ч. Анализ мокроты: Слизисто-гнойная, без запаха лейкоцитов 20-40 в п/зр., эритроцитов - 2-3, эластические волокна – отсутствуют, туберкулезные палочки не найдены. Флюорография: справа в нижнем легочном поле - уменьшение прозрачности легочной ткани без четких контуров, слева - норма. Сердце и сосудистый пучок без патологии.

I. Укажите, какая пневмония часто возникает после перенесенной вирусной инфекции

 1. Стрептококковая

 2. Пневмококковая

 3. Грибковая

 4. Стафилококковая

II. Укажите заболевания, сопровождающиеся развитием острой дыхательной

 Недостаточности

 1. Тромбоэмболия легочной артерии

 2. Рак сегментарного бронха

 3. Полип трахеи на ножке

 4. Очаговая прикорневая пневмония

III. Выберите наиболее характерные признаки пневмонии

 1. Усиление бронхофонии и голосового дрожания

 2. Резкое ослабление дыхания или его отсутствие

 3. Бронхиальное дыхание

 4. Тимпанит над зоной поражения

IV. Выберите симптом, характерный для скрытой (латентной) легочной

 Недостаточности

 А. Компенсаторная гипертрофия сердца

 Б. Снижение оксигемоглобина до 92%

 В. Одышка в покое свыше 20 в минуту

 Г. Синдром верхней полой вены

 Д. Ни один из выше перечисленных

V. Укажите препараты, которые уменьшают гипертензию малого круга

 Кровообращения

 1. Эуфиллин

 2. Гепарин

 3. Нитроглицерин

 4. Преднизолон

Задание № 45. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной М., 56 лет жалуется на кашель, кровохарканье, слабость, боли в эпигастрии. При осмотре выявлено уменьшение вентиляции правой верхней доли легкого (ослабленное везикулярное дыхание), значительное расширение корня правого легкого (корень с нечеткими контурами). При осмотре живота выявлена большая плотная деревянистой консистенции печень. Функциональные печеночные пробы изменены слабо но отмечается гипербилирубинемия (104 мкмоль/л) за счет прямого билирубина. В анализе крови СОЭ - 36 мм/ч.

 I. Выберите правильный диагноз

 1. Туберкулез легких, осложнившийся ателектазом, кровохарканием, милиарной

 Диссеминацией в печень, вторичный гепатит

 2. Верхнедолевая пневмония правого легкого. Алкогольный гепатит

 3. Туберкулома верхней доли правого легкого осложнившаяся кровохарканием и

 Частичным ателектазом. Туберкулезное поражение печени.

 4. Верхнедолевая пневмония правого легкого. Алкогольный цирроз печени.

 5. Центральный рак правого легкого, метастазирование в печень

II. Укажите формы патологии, которые могут обусловить развитие хронической

 Легочной недостаточности

 1. Паралич диафрагмального нерва

 2. Ателектаз средней и верхней доли легкого

 3. Рецидивирующая тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии

 4. Пневмония

III. Укажите заболевания, требующие дифференциальной диагностики

 С хроническим бронхитом в стадии обострения

 1. Пневмония

 2. Бронхиальная астма

 3. Бронхоэктатическая болезнь

 4. Периферический рак легкого

Задание № 46. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 На прием к терапевту обратился больной 34 лет, слесарь по профессии с жалобами на общее недомогание, повышенную потливость, озноб, небольшой кашель со слизистой мокротой. Считает, что заболел накануне на работе хотя недомогание отмечал уже около 4-х недель. При объективном исследовании терапевт отметил бледность кожных покровов повышенную влажность, одышку (до 28 дыханий в мин), повышение температуры тела до 38º С, пульс 90 уд. В мин. При перкуссии органов грудной клетки обнаружено притупление в области верхушки правого легкого. При аускультации в этой же зоне прослушиваются ослабленное везикулярное дыхание и единичные сухие хрипы. Рентгенологически: в области I и II сегментов правого легкого выявлен негомогенный фокус затемнения диаметром 5 см без четких контуров с просветлением в центре без горизонтального уровня жидкости. В крови обнаружен умеренный лейкоцитоз и увеличение СОЭ. По поводу правосторонней верхнедолевой пневмонии больной лечился в терапевтическом отделении в течение 10 дней без выраженного эффекта, хотя температура снизилась до субфебрильных цифр.

I. Выберите правильный диагноз

 1. Туберкулезный инфильтрат с распадом

 2. Абсцесс в верхней доле правого легкого

 3. Рак Пенкоста

 4. Туберкулема

 5. Ничего из вышеперечисленного

II. Укажите наиболее характерные признаки долевой пневмонии

 1. Притупление перкуторного звука

 2. Крепитация

 3. Бронхиальное дыхание

 4. Голосовое дрожание, бронхофония усилены

III. Укажите заболевание(я), при котором возможно отделение большого

 Количества мокроты (более 350,0 мл в сутки)

 1. Бронхоальвеолярный рак

 2. Фиброзирующий альвеолит

 3. Поликистоз легких

 4. Муковисцидоз

Задание № 47. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Швея-мотористка, профстаж 32 года. За смену обрабатывала по нескольку тысяч мешков после перевозки в них муки и других крупяных изделий (запыленность воздуха в цехе достигает215 мг/куб.м). Не курит, наследственность не отягощена. Последние 5-6 лет больную беспокоит кашель с отделением мокроты, иногда сухой першение в горле. Кашель отмечается во время работы и особенно после окончания смены. Во время отпуска кашель значительно уменьшается. При физической нагрузке беспокоит небольшая одышка. Ежегодно переносит грипп, острый катар верхних дыхательных путей. Объективно: Перкуторно над легкими легочной звук с коробочным оттенком в базальных отделах. Подвижность легочных краев по среднеподмышечным линиям - 5-6 см с обеих сторон, нижние границы легких не опущены дыхание жестковатое. Единичные рассеяные сухие хрипы. Пульс 68 уд. В мин, ритмичный. Выявлена атрофия слизистой задней стенки глотки. АД 130/80 мм рт ст. Функция внешнего дыхания: частота дыханий 20 в минуту. ЖЕЛ/ДЖЕЛ - 78%, ОФВ1/ЖЕЛ - 68%, МВЛ - 7 л/мин..

(ЭКГ прилагается)

I. Укажите, какие из ниже перечисленных факторов способствуют развитию

 Хронического бронхита

 1. Хроническая инфекция респираторного тракта

 2. Пылевые профвредности

 3. Наследственный дефицит иммуноглобулинов

 4. Изменение места жительства ( климата )

II. Укажите, какие клинические проявления характеризуют неосложненный

 Пылевой бронхит

 1. Коробочный звук при перкуссии в базальных отделах легких

 2. Усиление легочного рисунка

 3. Клинические признаки бронхоспазма

 4. Длительный (более года) кашель с мокротой

III. Выберите функциональные признаки характерные

 Для обструктивного бронхита

 1. Снижение мощности выдоха

 2. Снижение мощности вдоха

 3. Снижение индекса Тиффно ниже 75%

 4. Снижение минутного объема дыхания

Задание № 48. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной В., 56 лет, с детства страдает бронхоэктатической болезнью с выделением гнойной мокроты до 100-150 мл в сутки; в последний год заметно похудел, усилилась одышка, появились отеки на ногах и пояснице. Объективно: бледен, лицо одутловатое цианоз губ, ушных раковин, пальцы формы "барабанных палочек". На ногах рыхлые отеки, пастозность поясницы. Дыхание 24 в мин., более затруднен выдох. Пульс 98 уд. В мин., ритмичен. АД 106/84 мм рт ст. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное, в задне-нижних отделах обильные мелко- и среднепузырчатые звучные влажные хрипы больше при выдохе. Печень выступает на 3 см из подреберья, селезенка - на 1 см.

 В крови: СОЭ 54 мм/час белок 50г/л, альбумины 30,2% глобулины 69,8% (альфа - 20,4%, бета - 18,7%, гамма - 20%); холестерин - 6,3 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. Вес 1010 , белок 4.28 - 6.23 г/л, лейкоциты 5-8 в п/зр, гиалиновые цилиндры - 1-2 в п/зр.I. Выберите основной метод диагностики бронхоэктазов

 1. Бронхоскопия

 2. Клинический анализ мокроты методом флотации

 3. Рентгенография легких

 4. Компьютерная томография

 5. Сцинтиграфия легких в двух проекциях

II. Выберите характерные признаки для клинического проявления

 Бронхоэктатической болезни

 1. Нестойкие средне- и мелкопузырчатые хрипы

 2. Продуктивный кашель с отхождением мокроты до 250 мл в сутки

 3."барабанные палочки" и "часовые стекла"

 4. Клинические признаки гипертензии малого круга кровообращения

III. Выберите терапевтические мероприятия, способствующие уменьшению

 Дыхательной недостаточности у данного больного

 1. Назначение бронхолитиков

 2. Санационные бронхоскопии

 3. Назначение муколитиков

 4. Назначение стероидов

Задание № 49. (ОК-7, ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной К., 28 лет, шахтер, почувствовал озноб, слабость, боль в правом подреберье, из-за которой не мог глубоко вздохнуть. К утру появился кашель со скудной слизистой мокротой ржавого цвета. При осмотре: блеск глаз, цианоз губ и носогубного треугольника. На губе герпес. При осмотре грудной клетки правая ее половина отстает в акте дыхания. Перкуторно справа ниже лопатки легочной тон имел притупленно-тимпанический оттенок; на остальном протяжении был легочной звук. Дыхание в зоне тимпанита было ослабленным везикулярным, на высоте вдоха слышна крепитация шум трения плевры, В остальных участках легких выслушивалось усиленное везикулярное дыхание. Частота дыхания - 25 в мин. АД 100/50 мм рт.ст., тоны сердца звучные. Язык сухой покрыт серым налетом. Анализ крови: Hb - 150г/л Эр - 5,5х1012/л лейкоциты 25,2 х109/л (сегментоядерные - 52%, палочкоядерные - 10%, эозинофилы - 6%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%), СОЭ - 47 мм/ч . Анализ мочи: уд.вес 1028, белок 0,033% . Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в день госпитализации: 2/3 нижней доли правого легкого пониженной прозрачности с усиленным легочным рисунком, обусловленным сосудистой его частью. Правый корень расширен, купол диафрагмы ограничен в подвижности.

I. В стадии разрешения при долевой пневмонии происходит

 1. Очищение легкого от фибрина

 2. Восстановление пневматизации

 3. Появление большого количества макрофагов

 4. Диапедез эритроцитов из капилляров

II Выберите наиболее характерные признаки долевой пневмонии

 1. Крепитация

 2. Бронхиальное дыхание

 3. Притупление перкуторного звука

 4. Голосовое дрожание бронхофония не проводятся

III. Выберите препарат для лечения долевой пневмонии

 А Доксициклин

 Б. Гентамицин

 В. Амоксициллин

 Г. Метронидазол

 Д. Ципробай

Задание № 50. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

 Больной Р., 56 лет, горнорабочий. Дважды перенес пневмонию трудно поддававшуюся лечению антибиотиками. 2 месяца назад вновь возникли лихорадка (до 38°С), кашель с трудно отделяемой мокротой розоватого оттенка, усилились слабость и потливость преимущественно по ночам. Госпитализирован с предварительным диагнозом туберкулез легких.

 Объективно: сниженного питания грудная клетка правильной формы. При аускультации - множество сухих и влажных рассеянных хрипов. Пульс 92 уд в мин ритмичный. АД 90/60 мм рт ст. Анализ крови: Hb -120 г/л, Эр - 4,0х1012/л, лейкоциты - 9,0х109/л, СОЭ 42 мм/ч. Рентгенологически на фоне деформированного и усиленного легочного рисунка определяются множественные очагово-подобные тени разной интенсивности; корни легких уплотнены, малоструктурны, расширены, ЖЕЛ менее70%, ФЖЕЛ и коэффициент ФЖЕЛ/ЖЕЛ снижены и составляют 55% от должной величины.

I. Выберите нозологические формы с рестриктивным типом дыхательной недостаточности

 1. Бронхиальная астма

 2. Отек легких

 3. ХОБЛ

 4. Фиброзирующий альвеолит

II. Укажите какой из нижеперечисленных признаков соответствует хроническому

 Воспалению крупных и средних бронхов

 А. Свистящие хрипы на выдохе

 Б. Свистящие хрипы на вдохе

 В. Сухие жужжащие хрипы на вдохе и выдохе

 Г. Звонкие влажные хрипы по передней поверхности грудной клетки

 Д. Незвонкие влажные хрипы над корнями легких

III.Выберите признаки, характерные для выраженной легочной недостаточности

 1. Гепатомегалия

 2. Артериальная гипотония

 3. Холодный цианоз

 4. Гиперкапния

Задание № 51. (ПК-1, ОПК-1, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9)

Больной Р., 37 лет, проходчик с 12-летним стажем работы на Курской магнитной аномалии. В анамнезе правосторонний экссудативный плеврит, по поводу которого 3 месяца находился в стационаре несколько раз осуществлялась плевральная пункция с эвакуацией до 1000 мл экссудата. Через 8 лет после этого заболевания выявлен силикоз, еще через 3 года госпитализирован в связи с ухудшением самочувствия. При аускультации - ослабленное дыхание над правой верхушкой , единичные влажные хрипы. Рентгенологически обнаружена очаговая тень под правой ключицей. В гемограмме: лейкоцитов - 9,0 х1012/л, СОЭ 45 мм/ч. В мокроте методом флотации обнаружены микобактерии туберкулеза.

I. Какие виды патологии могут сопровождаться болью в грудной клетке при дыхании

 1. Силикоз

 2. Долевая пневмония

 3. Антракоз

 4. Экссудативный плеврит

II. Выберите изменения, которые следует ожидать над зоной патологического процесса

 При экссудативном плеврите

 1. Усилены бронхофония, голосовое дрожание

 2. Дыхание резко ослаблено

 3. Шум трения плевры

 4. Притупление перкуторного звука

III. Укажите результаты исследования плеврального содержимого характерного

 Для экссудата

 1. Проба Ривальты положительная

 2. Много лейкоцитов

 3. Высокое содержание белка

 4. Проба Ривальты отрицательная

IV. При каких заболеваниях осуществляется трудоустройство по "доплатному"

 Больничному листу

1. Заболевание туберкулезом
2. Производственная травма
3. Бациллоносительство
4. Профессиональное заболевание