

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Оценочные материалы по дисциплине

«Поликлиническая терапия»

(приложение к рабочей программе дисциплины)

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
<p>ПК 2. Проведение обследования пациента с целью установления диагноза</p>	<p>ИД ПК 2 Трудовые действия: сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента</p> <p>Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p> <p>Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента</p> <p>Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>

	<p>Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными</p> <p>Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Необходимые умения: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию</p> <p>Проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</p> <p>Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациента</p> <p>Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациента</p> <p>Обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам</p> <p>Анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований</p> <p>Интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента</p> <p>Интерпретировать данные, полученные при лабораторном обследовании пациента</p> <p>Интерпретировать данные, полученные при инструментальном обследовании пациента</p> <p>Интерпретировать данные, полученные при консультациях пациента врачами-специалистами</p> <p>Осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</p>
--	---

Определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий

Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

Применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Необходимые знания: Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников

Общие вопросы организации медицинской помощи населению

Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний

Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи

Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах

Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов

Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов

	<p>Методика сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента</p> <p>Методика полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p> <p>МКБ</p>
<p>ПК 3. Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ИД ПК3 Трудовые действия: разработка плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p> <p>Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками</p> <p>Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого</p>

возраста, оценка эффективности и безопасности лечения

Необходимые умения: составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания

Необходимые знания: современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением

	<p>Современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением</p> <p>Порядок оказания паллиативной медицинской помощи</p>
<p>ПК 6. Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала</p>	<p>ИД ПКБ Трудовые действия: составление плана работы и отчета о своей работе, оформление паспорта врачебного (терапевтического) участка</p> <p>Проведение анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного населения</p> <p>Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде</p> <p>Контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками</p> <p>Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей</p> <p>Необходимые умения: составлять план работы и отчет о своей работе, оформлять паспорт врачебного (терапевтического) участка</p> <p>Анализировать данные официальной статистической отчетности, включая формы федерального и отраслевого статистического наблюдения</p> <p>Работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну</p>

	<p>Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>Заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде</p> <p>Контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками</p> <p>Использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»</p> <p>Необходимые знания: Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников</p> <p>Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки</p> <p>Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника</p> <p>Контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками</p> <p>Организация медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника</p> <p>Правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»</p>
--	--

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 2, 3, 6	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: (выбрать необходимое) Ситуационные задачи	75 с эталонами ответов

ПК- 2:

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен:

1. Воспалением слизистой оболочки крупных бронхов
2. Воспалением слизистой оболочки мелких бронхов
3. Повышенной чувствительностью рефлексогенных зон
4. Гипотрофией слизистой оболочки бронхов.

Правильный ответ:3

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

1. Спирографии, пневмотахографии
2. Бронхоскопии
3. Исследования газов крови
4. Рентгенографии легких

Задание 3. **Правильный ответ:1**

Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите, что не является компонентом бронхиальной обструкции:

1. Задержка мокроты
2. Ларингоспазм
3. Воспаление бронхов
4. Отек слизистой оболочки

Правильный ответ:2

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Какое сочетание симптомов относится к первому типу обострения ХОБЛ:

1. Усиление одышки, увеличение количества и гнойности мокроты
2. Увеличение количества мокроты в сочетании с лихорадкой
3. Усиление кашля на фоне лихорадки

4. Увеличение количества сухих хрипов, появление тахикардии

Правильный ответ: 1

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Атипичной пневмонией является:

1. Пневмония, вызванная стафилококком (*S. aureus*)
2. Пневмония, вызванная гемофильной палочкой (*Haemophilus influenzae*)
3. Пневмония, имеющая атипичное течение
4. Пневмония, вызванная легионеллой (*L.pneumoniae*)

Правильный ответ: 4

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Что не относится к характеристике атипичной пневмонии:

1. Двустороннее сливное поражение легочной ткани
2. Неэффективность бета-лактамов
3. Возможны эпидемиологические вспышки
4. Развивается преимущественно в молодом возрасте

Правильный ответ: 1

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Для пиелонефрита характерно:

1. Умеренная протеинурия
2. Незначительная цилиндрурия
3. Лейкоцитурия
4. "Активные" лейкоциты, определяемые с помощью пробы Штернгеймера – Мальбина

Правильный ответ: 4

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ

При обострении хронического пиелонефрита для мочевого синдрома характерно:

1. Отсутствие протеинурии
2. Умеренная протеинурия
3. Высокая протеинурия
4. Массивная протеинурия

Правильный ответ: 2

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите заболевание, которое при наличии нефротического синдрома очень редко сопровождается гиперхолестеринемией:

1. СКВ

2. Гломерулонефрит
3. Сахарный диабет
4. Туберкулез
5. Сепсис

Правильный ответ:1

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Молодая женщина через 10 дней после ОРЗ отметила появление болей в пояснице с двух сторон ноющего характера, потемнение мочи и головные боли. В анализах мочи: протеинурия 5 г/л, 3 - 4 гиалиновых цилиндра и эритроциты. Ваш предположительный диагноз:

1. Цистит. Пиелит
2. Острый пиелонефрит
3. Острый гломерулонефрит
4. Мочекаменная болезнь

Правильный ответ:3

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Показатель, прогрессивно снижающийся в пожилом и старческом возрасте:

1. Уровень глюкозы в крови
2. Сократительная способность миокарда
3. Количество форменных элементов крови\
4. Синтез гормонов гипофиза
5. Уровень общего холестерина крови

Правильный ответ:2

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Показатель, прогрессивно возрастающий с возрастом

1. Уровень глюкозы в крови
2. Сократительная способность миокарда
3. Количество форменных элементов крови
4. Синтез гормонов гипофиза
5. Уровень общего холестерина крови

Правильный ответ:4

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Показатель, прогрессивно снижающийся с возрастом:

1. Онкотическое давление
2. Сахар крови

3. Функция половых желез
4. Чувствительность органов к гормонам
5. Внутриглазное давление.

Правильный ответ:3

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Показатель, возрастающий с возрастом:

1. Онкотическое давление
2. Функция пищеварительных желез
3. Функция половых желез
4. Чувствительность органов к гормонам
5. Внутриглазное давление

Правильный ответ:4

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Для недостаточности аорты характерны все признаки, кроме:

1. Усиления II тона
2. Приступов ангинозных болей
3. Увеличения амплитуды R и V6
4. Шума Флинта

Правильный ответ:1

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Для стеноза устья аорты характерны все перечисленные симптомы, кроме:

1. Ослабления I тона
2. Проведения шума на сонные артерии
3. Развития легочной гипертензии
4. Кальциноза клапана аорты

Правильный ответ:3

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Для недостаточности митрального клапана характерны все перечисленные признаки, кроме:

1. Проведения шума в подмышечную область
2. Турбулентного потока в левом предсердии
3. Частого развития мерцательной аритмии
4. Развития артериальной легочной гипертензии

Правильный ответ:4

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Какой из перечисленных признаков характерен для стенокардии:

1. Подъем сегмента Т при проведении ортостатической пробы
2. Депрессия сегмента Т при пробе с гипервентиляцией
3. Реверсия негативного зубца Т при пробе с хлоридом калия
4. Депрессия сегмента Т при ВЭМ-пробе

Правильный ответ:4

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Для инфекционного эндокардита характерно все перечисленное, кроме:

1. повышения температуры и ознобов, являющихся частыми симптомами
2. С самого начала болезни следует назначить кортикостероиды
3. Фактором риска является катетеризация сосудов
4. В дебюте болезни могут быть артралгии

Правильный ответ:2

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Для слипчивого перикардита характерны все перечисленные симптомы, кроме:

1. Увеличения печени
2. Обызвествления перикарда
3. Спадения яремных вен
4. Похудания

Правильный ответ:3

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите ситуацию, когда диагностика фибрилляции предсердий с помощью ЭКГ затруднительна:

1. Ритм ЭКС
2. Брадикардия
3. Тахикардия
4. Блокада правой ножки пучка Гиса
5. Блокада левой ножки пучка Гиса

Правильный ответ:3

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите наиболее точный метод диагностики тромбов в полостях сердца:

1. Эхокардиография
2. Компьютерная томография
3. Электрофизиологическое исследование
4. Чреспещеводная эхографиография

5. Ядерно-магнитный резонанс

Правильный ответ:4

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Патогномичным для стенокардии является:

1. Желудочковая экстрасистолия после нагрузки
2. Загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента S-T на 1 мм и более
3. Увеличение зубца Q в III стандартном и aVF отведениях
4. Загрудинная боль при физической нагрузке без изменений ЭКГ
5. Подъем сегмента ST менее, чем на 1 мм

Правильный ответ:2

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Прямые признаки заднего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируются в следующих отведениях:

1. II, III, aVF
2. aVL, V1-V2
3. I, aVL, V5-V6
4. V1-V6
5. I, aVL, V1-V4

Правильный ответ:1

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Основным электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:

1. Депрессия сегмента ST в нескольких отведениях
2. Появление комплекса QS в двух и более отведениях
3. Нарушение сердечного ритма
4. Подъем сегмента ST в нескольких отведениях
5. Блокада левой ножки пучка Гиса

Правильный ответ:1

Задания открытого типа:

Задание 1.

У пациента с резистентной гипертензией, при подозрении на первичный гиперальдостеронизм, в лабораторных анализах крови будет наблюдаться стойкое _____

Правильный ответ: снижение уровня калия

Задание 2.

Тактика врача при подозрении на инфаркт миокарда на амбулаторном приеме _____

Правильный ответ: снять ЭКГ на месте, оказать неотложную помощь, вызвать кардиологическую бригаду скорой помощи

Задание 3.

Наиболее характерный ЭКГ-признак вазоспастической стенокардии _____

Правильный ответ: Подъем интервала S-T

Задание 4.

Наиболее достоверным показателем, указывающим на наличие бронхиальной обструкции является _____

Правильный ответ: Показатель ОФВ1

Задание 5.

При микроскопии мокроты, на деструктивные процессы в легких указывают наличие _____

Правильный ответ: Эластические волокна

Задание 6.

Приступообразный кашель со скудной, трудноотделяемой мокротой, дыхание с удлинённым выдохом, сухие свистящие хрипы, обратимая обструкция, наличие в мокроте эозинофилов характерно для _____

Правильный ответ: Бронхиальной астмы

Задание 7.

Диспансерные больные со стенокардией напряжения осматриваются _____

Правильный ответ: 2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести заболевания

Задание 8.

Определите критерии артериальной гипертензии по ВОЗ _____

Правильный ответ: 140/90 мм. рт, ст.

Задание 9.

Укажите группу здоровья граждан, у которых по результатам диспансеризации выявлены хронические неинфекционные заболевания, нуждающиеся в дальнейшем наблюдении _____

Правильный ответ: III группа

Задание 10.

Внезапное появление головной боли, резкого повышения АД, тахикардии, бледности кожного покрова, после приступа – полиурии, характерно для

Правильный ответ: Феохромоцитомы

Задание 11. Вопрос для собеседования.

Определите локализацию патологического процесса, для которого характерен кожный зуд, увеличение конъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы, холестерина (топический диагноз)

Правильный ответ: Внутривенный холестаз

Задание 12. Вопрос для собеседования.

Определите частоту диспансерных осмотров при тяжелом течении язвенной болезни.

Правильный ответ: 4 раза

Задание 13. Вопрос для собеседования.

Назовите причину мелены при наличии гепатомегалии (топический диагноз)

Правильный ответ: Кровотечение из расширенных вен пищевода

Задание 14. Вопрос для собеседования.

При каком заболевании происходит нарушение функции нервной системы, глоссит гиперхромия и макроцитоз (диагноз)

Правильный ответ: В12-дефицитной анемии

Задание 15. Вопрос для собеседования.

При каком заболевании наблюдается умеренное увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов, длительный субфебрилитет, артопатия, «бабочка» на лице, полисерозит и снижение массы тела? (диагноз)

Правильный ответ: СКВ

Задание 16. Вопрос для собеседования.

Определите частоту осмотров при диспансерном наблюдении больных с хроническим гломерулонефритом

Правильный ответ: 2-4 раза в год, в зависимости от тяжести заболевания

Задание 17. Вопрос для собеседования.

При каком заболевании наблюдаются отеки на лице, туловище, наряду с повышением АД и мочевым синдромом? (диагноз)

Правильный ответ: хронический гломерулонефрит

Задание 18.

Больная Н., 20-ти лет, студентка, во время очередной сессии отметила появление болей в животе, с локализацией преимущественно вокруг пупка, различной интенсивности, исчезающие после дефекации. Стул 4-5 раз в сутки, кал с примесью слизи. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. АД 115/70 мм рт. ст. Пульс 78 в минуту, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, при пальпации разлитая болезненность по ходу кишечника. Все клинико-лабораторные показатели крови и мочи без патологии. О каком заболевании можно подумать? План обследования и лечения?

Правильный ответ: Предварительный диагноз: синдром раздраженного кишечника. План обследования: ОАК, ОАМ, копрограмма, биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, кровь на скрытую кровь. Инструментальная диагностика: ФГДС, колоноскопия. Лечение: спазмолитики (но-шпа, дюспаталин), смекта по 1 пакету 3 раза в день, консультация психиатра.

Задание 19.

Больной Н., 19 лет, обратился к терапевту с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина. Объективно: температура 37,7⁰С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голени. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный с обеих сторон.

Сформулируйте предположительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Правильный ответ: Острый гломерулонефрит.

Дополнительные исследования: Общий анализ крови, общий анализ мочи.

Пациент нуждается в обязательной госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения: Строгий постельный режим. Диета № 7, ограничение жидкости и поваренной соли, употребление жидкости в количестве на 300-500 мл превышающем диурез за предыдущие сутки. Через 3-4- дня - диета № 7б, содержащая пониженное количество белка (до 60 г в сутки). Диету соблюдать до исчезновения

внепочечных симптомов и улучшения анализов мочи. Антибиотики пенициллинового ряда. Диуретики: Гипотензивные препараты: иАПФ (БРА), антагонисты Са-каналов. При затянувшемся течении - глюкокортикостероиды. При значительном снижении диуреза - гепарин.

Задание 20.

Больная Н., 32-х лет, обратилась к терапевту с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы. Объективно: температура 38⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

Сформулируйте предположительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Правильный ответ: Острый пиелонефрит.

Дополнительные исследования: общий анализ крови; общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое исследование почек.

Принципы лечения: Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения. Диета преимущественно молочно-растительная. Показано обильное питье. Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины - ампициллин, оксациллин, метициллин, цефалоспорины, пролонгированные сульфаниламиды: бактрим, нитрофураны: фурадонин, фурагин; производные налидиксовой кислоты: неграм, невигамон, нитроксолин. Спазмолитики и анальгетики - при болях.

Профилактика: первичная: устранение фактора переохлаждения; ликвидация факторов, способствующих застою мочи (регулярное опорожнение мочевого пузыря, хирургическая коррекция аномалий развития почек и мочеточников); санация очагов хронической инфекции; тщательное соблюдение правил личной гигиены; своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей; вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый пиелонефрит; обязательный амбулаторный этап лечения после выписки из

стационара в течение 5-6 месяцев; санаторно-курортное лечение (Трускавец, Боржоми, Саирме, Железноводск, Ессентуки).

Задание 21.

К участковому терапевту обратилась больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание —мушек перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации. Объективно: температура 36,70С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Сформулируйте предположительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Правильный ответ: Железодефицитная анемия

Дополнительные исследования: Общий анализ крови, биохимическое исследование крови: железо сыворотки крови, ферритин и общая железосвязывающая способность плазмы.

Пациентка нуждается в амбулаторном лечении. Принципы лечения: Режим общий Диета с повышенным содержанием железа - мясо, печень, зеленые яблоки, гранаты. Препараты железа внутрь: ферроплекс, при непереносимости пероральных препаратов - парентеральное введение в стационаре (феррум-лек) - лечение длительное, в течение нескольких месяцев

Профилактика: первичная: рациональное питание с достаточным содержанием железа (в первую очередь - мясо) и витаминов; своевременное лечение заболеваний ЖКТ, затрудняющих всасывание и потери железа; эффективное лечение заболеваний, которые могут осложниться кровотечением или кровохарканьем; профилактическое назначение препаратов железа во время беременности и лактации; вторичная: диспансерное наблюдение за пациентами с железодефицитной анемией; назначение противорецидивного лечения препаратом железа.

Задание 22.

Укажите, где необходимо проведение дообследования и лечения 65-летнего больного с внебольничной пневмонией средней степени тяжести на фоне сахарного диабета?

Правильный ответ: Пациент нуждается в госпитализации с последующим дообследованием и лечением в круглосуточном стационаре.

Задание 23.

Где необходимо проведение обследования и лечения 25-летнего больного с внебольничной пневмонией средней степени тяжести без осложнений?

Правильный ответ: Пациент нуждается в амбулаторном обследовании и лечении, организовав стационар на дому.

Задание 24.

Больной Л., 43 лет, слесарь, жалуется на интенсивные боли в правой поясничной области с иррадиацией в правый пах, частые болезненные мочеиспускания, повышение температуры тела до 39°C с ознобами, общая слабость, отсутствие аппетита. Заболел неделю назад, когда появились небольшие рези в конце мочеиспускания, затем присоединились боли в правой поясничной области, повысилась температура тела. Объективно: температура 39°C, ЧДД 26 в мин., пульс 110 в мин, ритм правильный, АД 100/70 мм рт ст., дыхание ниже угла лопатки справа ослаблено. Язык обложен белым густым налетом, суховат. Живот мягкий, печень у края реберной дуги, селезенка увеличена. Почки не пальпируются, пальпация правого фланка болезненна, симптом поколачивания положительный справа. Лабораторные данные: ОАК: Эр 4.35 млн, Нв 130 г/л, ц.п. 0.9, Л-19000, э-0, ю-2, п-12, с- 80, л- 4, м-2%, СОЭ 32 мм/час, токсическая зернистость лейкоцитов. Мочевина 8.2 ммоль/л, креатинин 0.09 ммоль/л, серомукоид 1.2 ОАМ: мутная, уд.вес 1019, белок 0.46 г/л, Л- сплошь в поле зрения, цилиндры гиалиновые 0-1, Эр 1-2. Бак.посев мочи - высеяна E. Coli, По Зимницкому уд.вес 1008 - 1024, ДД=400, НД=300 мл Обзорная урография - теней, подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей не найдено. Поставьте правильный диагноз. Кто должен осуществлять дальнейшее ведение пациента? Каковы основные лечебные мероприятия?

Правильный ответ: Диагноз: Острый правосторонний гнойный пиелонефрит.

Лечение у хирурга-уролога. Необходимо назначение: антибиотиктериальной терапии - защищенные пенициллины: амоксиклав в/в кап. 1,2г 2 раза в сут., фторхинолоны: ципрофлоксацин 200мг 2 раза в/в капельно. Дезинтоксикационная терапия: глюкоза 5%-400,0 в/в кап., дисоль, трисоль, р-р Рингера. Растительные уросептики: уролесан, фитолизин.

Задание 25.

Больная П., 54 лет, обратилась к участковому терапевту в связи с появлением приступов боли за грудиной локализации, с иррадиацией в область левой лопатки, возникающих при умеренной физической нагрузке (при подъеме на 4 лестничных пролета),

сопровожающиеся одышкой. Боль проходит после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметила в последний месяц. Пациентка курила по 10 сигарет в день в течение 20 лет, последние 8 лет не курит. В течение последних 15 лет отмечает подъемы артериального давления до 170/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает дибазол. Отец и мать пациентки живы, отец страдает АГ, год назад перенес ОНМК, мать страдает стенокардией. В гинекологическом анамнезе – 5 лет постменопауза, получает заместительную гормональную терапию клиогестом.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациентка повышенного питания, ИМТ – 32,6 кг/м². Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 82 в мин., АД – 164/92 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 13,4 г/л; Эритроциты – 4,2 млн.; гематокрит – 42%; лейкоциты – 6,2 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 10 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 118 мг/дл; креатинин – 1,0 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл, общий холестерин – 6,8 ммоль/л; триглицериды – 2,36 ммоль/л. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 78 в мин., нормальное положение ЭОС, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.

Проба с физической нагрузкой на тредмиле: Выполнена нагрузка 5 МЕТ. Общее время нагрузки – 4 мин.16сек. ЧСС от 86 до 120 в мин. АД от 152/86 до 190/100 мм рт.ст. Проба прервана из-за усталости больной. Ишемических изменений ST не зарегистрировано. Реакция на нагрузку по гипертоническому типу. Заключение: Проба не доведена до диагностических критериев ишемии. Толерантность к физической нагрузке средняя.

Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Правильный ответ: ИБС, стенокардии напряжения II фк., ГБ, 3 стадия, неконтролируемое течение, риск 4, целевые значения АД менее 130/80. Ожирение 1 степени, дислипидемия. Общие мероприятия заключаются в соблюдении гиполипидемической диеты, снижении веса. Крайне важное значение имеет контроль АД. Пациентке показано назначение бета-адреноблокаторов, аспирина, иАПФ,

статинов. **Оценку эффективности терапии следует проводить по динамике клинической картины (устранение клинических проявлений) и по результатам контрольной нагрузочной пробы.**

Задание 26.

Больная А., 46 лет, с установленным диагнозом ХОБЛ. После очередного перенесенного ОРВИ отмечается наличие гнойной мокроты, субфебрильная температура. Какова тактика ведения больной?

Правильный ответ: При наличии гнойной мокроты и клинических признаков интоксикации показано назначение антибактериальных средств. В эмпирической антибактериальной терапии обострений ХОБЛ предпочтение отдается макролидам, включая азитромицин (сумамед; таблетки по 500 мг, разовая (она же – суточная) доза составляет 500 мг), спирамицин (ровамицин), фторохинолонам: левофлоксацин – по 0,5 г 2 раза в день, моксифлоксацин 0,4 г 1 раза в день. Используются также полусинтетические пенициллины, устойчивые в β -лактамазам (амоксиклав - амоксициллин + клавулановая кислота, таблетки по 1000 мг; ампициллин + сульбактам: суточная доза до 1,5г. Курс лечения, как правило, длится 7–14 дней. Больная подлежит динамическому наблюдению с назначением бронхолитических препаратов в ингаляционной форме, отхаркивающих средств, лечебной физкультуры, массажа грудной клетки и спины, занятия в пульмо-школе.

Задание 27.

Первичный вызов на дом. Пациент Х. 34 лет, библиотекарь. Жалобы на резкое затруднение выдоха, приступ удушья, страх смерти. Принял 3 ингаляции сальбутамола, без эффекта. Болен бронхиальной астмой (персистирующее течение, средней степени тяжести) – диагноз установлен в 2004 году во время госпитализации с острой пневмонией, данное обострение связывает с ОРВИ. Принимал сальбутамол по требованию, недокромил. Также беспокоят кашель со скудной мокротой, субфебрильная температура, потливость. Курит с 16 лет. По пять сигарет в день. Перенесенные заболевания – простудные, аппендицит (вырезан в 2000 году). Из анамнеза: ночные приступы каждую неделю, ежедневные приступы. Принимает ингаляторы в дозе 600 мкг в сут. Объективно – состояние средней тяжести, положение вынужденное – ортопноэ, кожа лица гиперемирована, эмоциональное возбуждение, дыхание через рот - шумное, свист, жужжание слышны на расстоянии. Нормостеник, достаточного питания, лимфоузлы – околошейные, поднижнечелюстные увеличены слева, слегка болезненные. Зев гиперемирован. Грудная клетка обычной формы, на шее – взбухшие яремные вены. Гиперемия шеи и плеч. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно – по

всем легочным полям разнокалиберные разнотембровые музыкальные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия – ЧСС=90. ЧД 20 в минуту. Акцент 2 тона над легочным стволом. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет, в правой подвздошной ямке – шрам от аппендэктомии. Печень не пальпируется. Болезненности в точке проекции желчного пузыря нет. Паравerteбральные точки безболезненные. Симптом поколачивания отрицательный.

Поставьте клинико-функциональный диагноз. Назначьте лечение и реабилитационные мероприятия. Перечислите, критерии временной утраты трудоспособности, есть ли стойкая утрата трудоспособности. Назначьте группу диспансерного наблюдения

Правильный ответ: Бронхиальная астма в стадии обострения, персистирующее течение, средней степени тяжести, инфекционно-зависимый вариант. Астматический статус. ДН 0. Лечение - купирование астматического статуса – глюкокортикоиды внутривенно. Ингаляции беродуала. Ингаляции кислородно-гелиевой смеси. Эуфиллин внутривенно. При отсутствии эффекта – госпитализация. Постоянный прием глюкокортикоидов в дозе 800-1000 мкг в сут. Сроки временной нетрудоспособности – 10-18дней. Пациент относится к Пб группе диспансерного наблюдения.

Задание 28.

На прием пришел больной Ц. 25 лет. Жалобы на появляющиеся у него при сильном физическом усилии одышку и затруднение дыхания. Мастер спорта по прыжкам с трамплина. На тренировках часто присутствуют долгие забеги, сильные перегрузки. В последнее время стал отмечать затруднение дыхания после пробежек, особенно на морозном воздухе. С этой проблемой обращается впервые. Никакого лечения не принимал. Из перенесенных заболеваний – перелом лодыжки в 1997 году. Объективный статус: рост 189см, вес 86 кг, достаточного питания, атлетического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожа розовая, чистая. Склеры чистые. Лимфоузлы не пальпируются. Дыхание через нос свободное, зев чистый. Ротовая полость санирована. Грудная клетка развита, небольшое увеличение в передне-заднем направлении, эластичная. Реберный угол ~ 80 градусов. Перкуторный звук над всеми полями ясный легочный. Аускультативно – везикулярное дыхание. Границы сердца в пределах нормы, верхушечный толчок обычных свойств. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС=68 в минуту. ЧД 18 в минуту. Видимой пульсации сосудов нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, край печени мягко-эластической консистенции, безболезненный, гладкий. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих

сторон. Диурез, стул без особенностей. Лабораторные данные – ОАК - небольшой эритроцитоз. ОАМ – в норме. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС=66 в минуту, сердце увеличено вправо и влево. Спирография – положительная проба с беротеком, увеличение ЖЕЛ до 130% от нормы. Рентгенограмма ОГК – увеличение границ сердца, легкие без особенностей. Поставьте клиничко-функциональный диагноз. Назначьте лечение и реабилитационные мероприятия. Перечислите, пожалуйста, критерии временной утраты трудоспособности, есть ли стойкая утрата трудоспособности. Назначьте группу диспансерного наблюдения

Правильный ответ: Бронхиальная астма физического усилия, легкое течение, ДН0. Необходимо сократить объем тренировок, возможно отказаться от спортивной карьеры. Прием лекарств по требованию, перед нагрузками – В2агонисты короткого действия. Стойкой утраты трудоспособности нет. Пациент относится ко Пб группе диспансерного наблюдения.

Задание 29.

У пациента 68 лет с жалобами на непродуктивный кашель по утрам, одышку при нагрузке, чувство нехватки воздуха, быструю утомляемость обратился к участковому терапевту. При исследовании функции внешнего дыхания (после ингаляции бронходилататора) ФЖЕЛ-92%, ОФВ1-45%, ОФВ1/ФЖЕЛ - 56%. Поставьте предварительный диагноз.

Правильный ответ: ХОБЛ тяжелой степени;

Задание 30.

Больная О., 40 лет, обратилась в поликлинику 14.04 с жалобами на слабость, сухость во рту, "двоение" и "расплывчатость" предметов перед глазами. Заболела остро 13.04 в 19.00, появились тошнота, боль в животе, его вздутие. К утру следующего дня отметила сухость во рту, двоение предметов. Нарастала слабость, головокружение, отметила шаткость походки. Эпиданамнез: 12.04 была в гостях, ела консервированные грибы домашнего приготовления. Больной была предложена госпитализация, но она отказалась из-за семейных обстоятельств, была отпущена домой. 15.04 вызвана "скорая помощь", т. к. появилось затруднение при глотании пищи как твердой, так и жидкой. Голос охрип и приобрел носовой оттенок, появился страх нехватки воздуха.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Активна. Лицо умеренно гиперемировано. В легких дыхание жесткое, ЧД - 26 в мин. ЧСС - 84'. АД 150/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот чувствителен при пальпации в эпигастрии. Лицо амимично. Выражен двусторонний птоз. Движения глазных яблок

ограничены, умеренный мидриаз. Дисфония. Дизартрия. Мягкое небо малоподвижно. Поперхивание при глотании воды.

Поставьте диагноз. Оцените тяжесть заболевания. Проанализируйте тактику ведения больной в поликлинике. Ваши дальнейшие действия.

Правильный ответ: Диагноз ботулизм, течение тяжелое: множественная неврологическая симптоматика, признаки офтальмоплегического, фагоназоглоссоневрологического синдромов, общей мионевроплегии, признаки угрожающей дыхательной недостаточности. Врачом поликлиники допущена грубая ошибка: при малейшем подозрении на ботулизм необходима немедленная госпитализация, т. к. паралитический синдром может быстро прогрессировать. При появлении чувства нехватки воздуха состояние больного должно оцениваться как тяжелое - угроза развития ОДН (острой дыхательной недостаточности). Необходимо госпитализировать больную в специализированное отделение или отделение интенсивной терапии на машине скорой помощи с врачебной бригадой.

Задание 31.

Мужчина 56 лет обратился к врачу с жалобами на снижение массы тела, общую слабость на протяжении последних 6 месяцев. Все это время мочевыделение у него было более обильным, чем обычно, особенно по ночам. При обследовании выявлена анемия, давление 180/110 мм рт. ст. В моче обнаружен белок, в сыворотке крови: натрий - 130 ммоль/л (референтные значения 135-145 ммоль/л), калий - 5,2 ммоль/л (3,5-5,0 ммоль/л), кальций - 1,92 ммоль/л (2,2-2,6 ммоль/л), мочевины - 43,0 ммоль/л (2,5-5,5 ммоль/л), щелочная фосфатаза - 205 Е/л (30-150 Е/л), гемоглобин - 91 г/л (130-160 г/л). Предполагаемый основной диагноз? Составьте план дополнительного обследования больного.

Правильный ответ: ХБП, анемия хронического заболевания. Дополнительное обследование больного: УЗИ почек, сердца, осмотр глазного дна, креатинин, СКФ, СРБ, иммунограмма, КЩС.

Задание 32.

В студенческую поликлинику обратилась студентка из Египта, с жалобами на боли в животе, дисменорею. Больной считает себя несколько месяцев. Врач уточнил, что год назад она отмечала болезненное мочеиспускание и кровь в моче. При пальпации увеличение мочевого пузыря, бугристость его стенки. Хирург, консультировавший больную, предложил ей операцию, т. к. предположил опухоль мочевого пузыря. Врач-уролог произвел цистоскопию, при которой были обнаружены «песчаные пятна» и папилломатозные разрастания на слизистой оболочке мочевого пузыря. После

консультации инфекциониста было назначено и проведено лечение. Через 3 недели при повторном осмотре хирурга констатирована явная положительная динамика в течении болезни. Поставьте диагноз. Как трактовать данные цистоскопии? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Тактика лечения

Правильный ответ: Врач поликлиники предположил верный диагноз: «мочеполовой шистосомоз». После проведения цистоскопии можно установить и стадию болезни — хроническую, т. к. ранние проявления болезни были в прошлом году (болезненность при мочеиспускании и гематурия), а в настоящее время имеют место проявления поздней стадии — бугристость стенки мочевого пузыря и картина, выявленная при цистоскопии. При цистоскопии на поздних стадиях шистосомоза выявляется картина, связанная с процессами фиброза из-за массивных скоплений яиц шистосом («песчаные пятна» на слизистой оболочке мочевого пузыря, папилломатозные разрастания ткани мочевого пузыря). В запущенных случаях имеются предпосылки для развития первичного рака мочевого пузыря

Задание 33. Вопрос для собеседования.

Опишите бронхитический фенотип ХОБЛ.

Правильный ответ: масса тела повышена, раннее появление гиперкапнии, при аускультации большое количество хрипов, при рентгенологическом исследовании грудной клетки умеренная эмфизема легких, большие размеры сердца, патологоанатомическая картина: выраженные признаки эндобронхиального воспаления в бронхах разного калибра.

Задание 34.

Больной К., 54 лет, вызов на дом терапевта, жалобы на общую резкую слабость, отсутствие аппетита, потерю массы тела до 20 кг за последние полгода, кашель с отделением небольшого количества мокроты с примесью крови, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в эпигастральной области, тошноту. За медицинской помощью обратился 2 недели назад. Курит в течение 35 лет по 25 сигарет в день, периодически употребляет недоброкачественные спиртные напитки до 500 мл. В анамнезе - язва желудка (большая кривизна). Последняя ФГДС около 8 лет назад. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлено на фоне деформированного легочного рисунка и эмфиземы легких с обеих сторон наличие большого количества округлых образований около 0,5-1 см в диаметре, с четкими контурами, средней и высокой степени интенсивности. Справа в переднем и боковом синусах - небольшое количество жидкости.

В общем анализе крови: эр. - $2,9 \times 10^{12}$ л, Нв - 84 г/л, ц.п. - 0.74, лейкоциты - $15,6 \times 10^9$ л, п-5, с-75, л-15, м-5, СОЭ-61 мм/час. Плевральная жидкость: характер - серозно-геморрагическая, отн. плотность - 1020, реакц. Ривальта (+), эр. - более 5000 в 1 мл. УЗИ органов брюшной полости - очаговые тени в печени, диффузные изменения поджелудочной железы.

Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования больного. Расскажите о дифференциальной диагностике при выпоте в плевральную полость применительно к вашему больному. Назначьте лечение больному.

Правильный ответ: Опухоль желудка. Метастатическое поражение легких (карциноматоз), метастазы в печень. Осложнения: ДН, кровохарканье, анемия.

Обследование - Общий анализ крови с тромбоцитами и ретикулоцитами. Общий анализ мочи. Общий анализ мокроты + БК (2-3 раза). Бак. посев мокроты на БК. Цитологическое исследование мокроты на атипические клетки (5-6 раз). Рентгенография органов грудной клетки в 3-х проекциях. КТ. ЭКГ. ФБС. ФГДС. УЗИ органов брюшной полости и почек. Консультация ЛОР, онкологом.

У больного имеет место серозно-геморрагический выпот, обнаружены атипические клетки, положительная проба Ривальта. Учитывая клинико-рентгено-лабораторные данные речь идет о злокачественном выпоте. Дифференцируют с туберкулезным плевритом, для которого характерен иногда также геморрагический выпот, при микроскопии имеет место лимфоцитарный цитоз. Лечение – госпитализация. Плевральная пункция. Симптоматическая терапия (обезболивающие, отхаркивающие). Лечение сопутствующих заболеваний и осложнений.

Задание 35. Вопрос для собеседования.

Какие необходимо провести не инвазивные методы исследования для уточнения диагноза «мегалобластная анемия»?

Правильный ответ: определение содержания витамина В12 и фолатов в сыворотке крови

Задание 36.

Плевральная жидкость с относительной плотностью 1,022 и содержанием белка 40 г/л, мутная, густая, желто-зеленого цвета, гнойная. При микроскопическом исследовании: на фоне клеточного детрита обнаружены в большом количестве лейкоциты, частью дегенеративно измененные (токсогенная зернистость, вакуолизированные, распадающиеся клетки), макрофаги и эозинофильные гранулоциты - единичные в поле зрения, внутри- и внеклеточно обильная микрофлора. Наиболее вероятный диагноз:

Правильный ответ: гнойный плеврит

Задание 37.

Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – $270 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,0 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения. Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации?

Правильный ответ: Язвенный колит, левостороннее поражение, острое течение с постепенным началом, средней степени тяжести. Анемия средней степени тяжести. Пациенту рекомендовано: общий анализ мочи, биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, глюкоза, общий холестерин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, калий, натрий, креатинин, амилаза, СРБ, железо, ОЖСС, ферритин), гистологическое исследование биоптатов толстой кишки,

бактериологическое исследование кала, выявление в кале токсинов А и В к Clostridiumdifficile, УЗИ брюшной полости, ФГС.

Медикаментозное лечение: Месалазин 4-5 г перорально в комбинации с Месалазином ректально (свечи, пена, микроклизмы) 2-4 г в сутки 6-8 недель. При подтверждении дефицита железа - заместительная терапия (Сорбифер - 1 к х 2 раза в день, при непереносимости - парентеральные формы).

Задание 38.

Пациент 40 лет. Стул обильный (350 г 1-2 раза в сутки), кал неоформленный, мягкий, мажевидный, желтовато-коричневый. Химическое исследование: реакция - нейтральная, реакция на кровь - отрицательная, на стеркобилин и билирубин - положительная, на воспалительный белок - положительная. Микроскопическое исследование: соединительная ткань - нет, мышечные волокна без исчерченности - редко, мышечные волокна с исчерченностью - нет, жир нейтральный - редко, жирные кислоты (капли, иглы) - в огромном количестве, растительная клетчатка переваримая и крахмал - редко. Для какой патологии характерна копрограмма?

Правильный ответ: недостаточности экзокринной функции поджелудочной железы

Задание 39.

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита. Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих

сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей. Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледнорозового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Сформулируйте и обоснуйте диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? Перечислите основные принципы лечения.

Правильный ответ: Язвенная болезнь желудка, стадия обострения, впервые выявленная, НРассоциированная. Необходимо дифференцировать с хроническим гастродуоденитом, симптоматическими язвами, хроническим панкреатитом, хроническим холециститом, злокачественными новообразованиями желудка. Принципы лечения -соблюдение режима питания и диеты, эрадикация НР (стандартная тройная терапия в течение 14 дней - Маастрихт-3), курс базисной антисекреторной терапии в течение 6-8 недель.

Задание 40.

Пенсионер обратился к врачу с жалобами на боли в надчревной области, иррадиирующие в спину и не связанные с принятием пищи. Моча темная, кал светлый. Лабораторные данные: в сыворотке общий белок - 72 г/л, альбумин - 40 г/л, общий билирубин - 380 мкмоль/л, щелочная фосфатаза - 510 Е/л. Предполагаемый диагноз:

Правильный ответ: механическая желтуха

Задание 41.

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота,

не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен беложелтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320×10^9 /л, лейкоциты – $10,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Сформулируйте диагноз. Оцените данные копрограммы. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному? Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

Правильный ответ: Хронический панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стадия обострения.

Дополнительные исследования: КТ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, анализ на онкомаркеры (Ca-19 - 9) для дифференциальной диагностики с злокачественными новообразованиями поджелудочной железы.

Тактика лечения Диета № 5; купирование болевого синдрома (Платифиллин, Баралгин), препараты, снижающие активность поджелудочной железы (Октреотид

или Сандостатин); ингибиторы протеолитических ферментов (Трасилол, Контрикал, Гордокс); ИПП (Омепразол, Эзомепразол внутривенно капельно); панкреатические ферменты (Креон, Эрмиталь, Микрозим, Мезим-форте), инфузионная терапия (Реамберин, Физиологический раствор).

Задание 42.

У пациента количество мочи - 160 мл; цвет - желтый; прозрачность - мутная; pH - 5,0; запах - обычный; относительная плотность - 1,010; белок - 0,99 г/л.; осадок – объемистый, вязкий. Микроскопия: слизь - в умеренном количестве; лейкоциты - преимущественно нейтрофильные гранулоциты, отдельно и группами до 100 в п/з; эритроциты измененные, 2-3 в п/з; клетки почечного эпителия - 1-2 в п/з; переходный эпителий - 1-3 в п/з; цилиндры - гиалиновые, зернистые и эпителиальные, 3-4 в препарате; соли - ураты. Наиболее вероятный диагноз?

Правильный ответ: пиелонефрит

Задание 43.

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные фиброгастроуденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какое медикаментозное и немедикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

Правильный ответ: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени.

Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной pH-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).

Лечение: питание 3-4 раз в день, ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты с индивидуальным исключением продуктов, вызывающих рефлюкс, приподнять

головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес. Ингибиторы протонной помпы - базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), симптоматическая терапия, прокинетики (Итоприд).

Задание 44.

У молодого человека после гриппа была замечена легкая желтуха. Результаты лабораторного анализа: гемоглобин - 110 г/л; в сыворотке общий билирубин - 60 мкмоль/л (референтные пределы - до 19 мкмоль/л), непрямой билирубин - 56 мкмоль/л (до 6,8 мкмоль/л), щелочная фосфатаза - 74 Е/л (<150 Е/л), АСТ - 35 Е/л (<40 Е/л)-, в моче билирубин отсутствует. Наиболее вероятный диагноз осложнения после гриппа?

Правильный ответ: гемолитическая анемия.

Задание 45.

Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план дифференциального диагноза и дополнительного обследования. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту?

Правильный ответ: Язвенная болезнь впервые выявленная, обострение: язва тела желудка 3 см в диаметре. Дифференциальный диагноз с язвенной болезнью и раком желудка. Дополнительное обследование: ФГДС с биопсией 6-8 фрагментов (исключить рак желудка, *H. pylori*). Рентгеноскопия ЖКТ с барием (исключить осложнения язвенной болезни).

Лечение: Ингибиторы протонной помпы - базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), симптоматическая терапия, прокинетики (Итоприд). При выявлении *H. Pylori* эрадикационная терапия (Амоксициллин + Кларитромицин). При подтверждении рака желудка - консультация врача-онколога.

Задание 46.

Предположите наиболее вероятный диагноз при появлении у больного с острым приступом боли за грудиной или в животе и относительным повышением сывороточной активности КК > АСТ > АЛТ » ГГТ > амилазы.

Правильный ответ: инфаркт миокарда

Задание 47.

Относительно здоровый пожилой мужчина прошел диспансерное обследование. Единственное отклонение от нормы - повышенная активность щелочной фосфатазы сывотки крови - 400 Е/л. Такое повышение активности фермента может быть связано?

Правильный ответ: остеодеструкция при метастазах в костную ткань

Задание 48.

Женщина 32 лет по рекомендации гинеколога обратилась к терапевту с жалобами на нерегулярные обильные менструальные кровотечения в течение последних 6 месяцев, за последний год пациентка стала быстрее уставать, прибавила в весе около 6 кг, у нее возникли запоры. При осмотре АД - 150/90 мм рт. ст., пульс - 58 в минуту, увеличение щитовидной железы в 1,5-2 раза, замедление сухожильных рефлексов. Лабораторные исследования: Т4, Т3 - ниже нормы, тиреотропный гормон (ТТГ) превышает норму в 5 раз, антитела к тиреопероксидазе (анти-ТПО) увеличены в 15 раз. Наиболее вероятный диагноз?

Правильный ответ: Первичный гипотиреоз

Задание 49.

Женщина 51 года была обследована после 2 мочеточниковых колик, на рентгенограмме выявлены кальцийсодержащие конкременты. Больная жаловалась на запоры, хотя перистальтика кишечника была в норме. В сывотке крови: общий кальций - 2,95 ммоль/л (референтные значения 2,20-2,50 ммоль/л), фосфат - 0,7 ммоль/л (0,87-1,45 ммоль/л), иммунореактивный ПТГ - 150 нг/л (10-65 нг/л), мочевины, альбумина, щелочная фосфатаза - в норме. Рентгенограмма костей - без патологии. Чем обусловлено состояние больной?

Правильный ответ: почечной остеодистрофией.

Задание 50.

Женщина 38 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, головокружение при вставании и повышенную утомляемость, без всякой причины похудела на 4,5 кг. В течение последних 4 месяцев менструаций не было. Изменился цвет кожи: пациентка выглядит очень загорелой, появилась странная тяга к соленой пище. При обследовании: АД лежа 90/50 мм рт. ст., при вставании уменьшается до 80/30 мм рт. ст., пульс колеблется от 90 до 120, щитовидная железа не увеличена. В крови: содержание натрия снижено, калия -

повышено, азот мочевины крови повышен в 1,5 раза от верхней границы нормы. Наиболее вероятный предварительный диагноз?

Правильный ответ: недостаточность коры надпочечников.

Задание 51.

Женщина 27 лет в течение последних 6 месяцев стала отмечать утомляемость, чувство жара, раздражительность, перебои в работе сердца, аменорею, похудела на 7 кг. При УЗИ выявлено диффузное увеличение щитовидной железы в 2-3 раза. В крови увеличено содержание Т3 и Т4; ТТГ намного ниже нормы, захват радиоактивного йода превышает норму в 4 раза. Наиболее вероятный диагноз?

Правильный ответ: диффузный токсический зоб

Задание 52.

Больной 25 лет жалуется на боль в горле, кровоточивость десен, повышение температуры до 40 °С, озноб, наблюдающиеся в течение недели. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. На коже, слизистой оболочке рта и мягкого неба точечные геморрагические высыпания, на небных миндалинах некротические налеты. Пальпируются шейные и надключичные лимфатические узлы размером с фасоль, безболезненные. Селезенка не увеличена. В периферической крови: эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$, Нб - 80 г/л, тромбоциты - $20 \times 10^9 /л$, ретикулоциты - 1%, лейкоциты - $40 \times 10^9 /л$, бластные клетки - 48%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 20%, нормобласты - 2 на 100 лейкоцитов, СОЭ - 43 мм/ч. Клинико-лабораторные данные наиболее характерны для какого заболевания?

Правильный ответ: острый лейкоз

Задание 53.

Больная 27 лет поступила в клинику в тяжелом состоянии. Кожа и видимые слизистые бледны. Одутловатое лицо, отечность в области голеней и стоп. Печень выступает на 1 см из-под реберного края, селезенка не увеличена. Анализ крови: эритроциты - $1,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, ретикулоциты - 0,3%, лейкоциты - $2,5 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $80 \times 10^9 /л$, миелоциты - 1%, метамиелоциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 22%, лимфоциты - 67%, моноциты - 0,5%, эозинофилы - 0,5%. СОЭ - 38 мм/ч. Значительный анизо- и пойкилоцитоз, преобладают эритроциты до 12 мкм в диаметре, обнаруживаются полихроматофилия, эритроциты с тельцами Жолли и базофильной пунктацией, встречаются шизоциты. Нормобласты крупных размеров с пикнотичными почкующимися ядрами - 3 на 100 лейкоцитов. На основании лабораторных данных и клиники заболевания предположительный диагноз.

Правильный ответ: мегалобластная анемия

Задание 54.

При обследовании пациента 24 лет выявлено - бледность кожи, с незначительным желтушным оттенком, иктеричность склер. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, мягкая, безболезненная. Край селезенки на 4 см ниже реберной дуги, мягкий, безболезненный. Температура тела 39,8 °С. Анализ крови: эритроциты - $0,98 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 25 г/л, тромбоциты - $360 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $38 \times 10^9 /л$, миелоциты - 3%, метамиелоциты - 5%, палочкоядерные нейтрофилы -10%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты -12%, моноциты - 3%. Эритроциты преимущественно нормохромные, отмечаются выраженный анизоцитоз, сфероцитоз, встречаются макроциты, обнаружены эритроциты с изъеденными краями и полихроматофилия, нормобласты - 8 на 100 лейкоцитов, ретикулоциты - 22%. Непрямой билирубин - 174 мкмоль/л. Уробилинурия. Положительная прямая проба Кумбса. Предположительный диагноз?

Правильный ответ: аутоиммунная гемолитическая анемия

Задание 55.

Больной, обратился к терапевту с жалобами на слабость, снижение массы тела. Кожные покровы умеренно бледные, печень на 5 см ниже края реберной дуги, селезенка на 10 см ниже края реберной дуги. Дообследован, в гемограмме: эритроциты - $3,7 \times 10^9 /л$, гемоглобин - 110 г/л, тромбоциты - $760 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $250 \times 10^9 /л$, бласты - 4%, промиелоциты - 2%, миелоциты - 22%, метамиелоциты - 7%, палочкоядерные нейтрофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 35%, эозинофилы - 5%, базофилы - 2%, лимфоциты - 4%, моноциты - 3%, нормобласты - 2 на 100 лейкоцитов. Снижение щелочной фосфатазы нейтрофилов при цитохимическом исследовании. В миелограмме клеточность резко повышена за счет клеток гранулоцитарного ростка. Клеточный состав повторяет картину периферической крови. Наличие филадельфийской хромосомы при цитогенетическом исследовании, наличие гена BCR -ABL при ПЦР-исследовании. Предположительный диагноз?

Правильный ответ: хронический миелолейкоз.

Задание 56.

Пациентка 50 лет. Анемия развилась после приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Анализ периферической крови: WBC - $2,7 \times 10^9 /л$, RBC - $2,08 \times 10^{12}/л$, Hb - 62 г/л, Ht - 18,5%, MCV - 89,0 фл, MCH - 30,0 пг, MCHC - 338 г/л, RDW15,1%, PLT $90,0 \times 10^9 /л$. Ретикулоциты - 0,2%. Укажите тип анемии.

Правильный ответ: нормоцитарная нормохромная

Задание 57.

Пациентка 26 лет из Азербайджана, с детства страдает анемией. Неоднократно лечилась препаратами железа - без эффекта. При обследовании выявлена умеренная спленомегалия. Анализ периферической крови: WBC - $6,7 \times 10^9$ /л, RBC - $3,27 \times 10^{12}$ /л, Hb - 79 г/л, Ht - 24,9%, MCV - 76,3 фл, MCH - 24,1 пг, MCHC - 317 г/л, RDW- 15,5%, PLT - 285×10^9 /л. Ретикулоциты - 25%. Предположительный диагноз по данному случаю.

Правильный ответ: гемолитическая анемия вследствие механического разрушения эритроцитов.

Задание 58.

Пациента беспокоят общая слабость, кашель, боль в груди, высокая температура, резко выраженная потливость. Анализ мокроты: цвет – желтый; характер – гнойный; консистенция – вязкая; примеси – рисовидные зерна; микроскопическое исследование: лейкоциты – до 80 в п/з, частично с жировой дистрофией; эритроциты – единичные в поле зрения; альвеолярные макрофаги и эпителий бронхов – изредка; эластические и коралловые волокна в рисовидных зернах – в большом количестве. Предположительный диагноз?

Правильный ответ: злокачественная опухоль.

Задание 59.

Женщина 70 лет обратилась к врачу по поводу болезненной язвы на подошве левой ноги. При осмотре конечность холодная на ощупь, выглядит ишемизированной; ниже бедренных артерий на обеих ногах пульсация не определяется. Концентрация глюкозы в крови - 15 ммоль/л, концентрация глюкозы в моче - 2,5 г/л. Наличие жажды и полиурии больная отрицала. Предполагаемый диагноз?

Правильный ответ: сахарный диабет, осложненный ангиопатией.

Задание 60.

Больной Б, 63 года, пенсионер, жалуется на слабость, потливость, увеличение лимфоузлов, гнойничковые высыпания на коже. Из анамнеза: увеличение лимфоузлов впервые отметил год тому назад, но не придавал этому значения. В последнее время состояние ухудшилось, появились потливость, гнойничковые высыпания на коже. Объективно: состояние удовлетворительное, нормостеник, удовлетворительного питания. Кожа бледно-розовая, на туловище и конечностях много гнойничковых элементов. Лимфоузлы - шейные, подмышечные, паховые, размером до 3 - 4 см, мягкие, подвижные, безболезненные. При перкуссии над лёгкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 80 уд/мин. Живот мягкий. Печень не увеличена. Селезёнка выступает на 4 см из - под края рёберной дуги, плотная. Дополнительные данные: Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,85, тромбоциты - 125×10^9 /л, лейкоциты - $45 \times$

109/л, СОЭ - 52 мм/ч. Лейкоцитарная формула: эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 8%, лимфоциты - 87%, пролимфоциты - 1%, моноциты - 3%. В общем анализе мочи патологии не выявлено.

Сформулируйте предварительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования.

Правильный ответ: Предварительный диагноз: хронический лимфолейкоз. Необходимые дополнительные исследования, для подтверждения диагноза: 1) ОАК: в начальном периоде наблюдается лимфоцитоз, без значительного лейкоцитоза; в развёрнутой стадии в крови отмечается лейкоцитоз разной степени выраженности с содержанием лимфоцитов до 80 - 90%, характерно присутствие в мазках крови клеточных теней – тени Боткина-Гумпрехта; при прогрессирующем течении заболевания развивается анемия, тромбоцитопения; увеличение СОЭ; 2) стеральная пункция: в пунктате костного мозга преобладают лимфоциты; в трепанате костного мозга выявляют диффузную лимфоцитарную инфильтрацию; 3) ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование радиоизотопная лимфография позволяют выявить увеличение парааортальных, медиастинальных, мезентеральных и других групп лимфатических узлов.

Задание 61.

Больной П, 23 года, обратился в поликлинику по месту жительства с повторным сильным носовым кровотечением. Предъявляет жалобы на слабость, головокружение, головную боль. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа с мелкоточечными геморрагическими высыпаниями. Пальпируются увеличенные эластичные лимфоузлы всех групп, безболезненные при пальпации. Печень не увеличена. Селезёнка на 2 см выступает из - под рёберной дуги. Дополнительные данные: Общий анализ крови: лейкоциты - 24×10^9 /л, эритроциты - $3,7 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 100 г/л, ЦП - 0,8, СОЭ - 44 мм/ч. Лейкоцитарная формула: недифференцированные клетки типа бластов - 65%, палочкоядерные - 12%, сегментоядерные - 10%, лимфоциты - 13%, тромбоциты - 20×10^9 /л.

Сформулируйте предварительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования.

Правильный ответ: Предварительный диагноз: острый лейкоз. Необходимые дополнительные исследования, для подтверждения диагноза: 1) ОАК: определение количества тромбоцитов, ретикулоцитов, определение времени свёртывания и кровотечения. Диагноз острого лейкоза можно предположить при наличии необъяснимой цитопении: лейкоцитопения, тромбоцитопения, анемия; увеличение СОЭ, наличие бластов, отсутствие эозинофилов и базофилов; 2) стеральная пункция:

высокий процент бластных клеток: от 20 до 90%, угнетение красного и тромбоцитарного ростков кроветворения; 3) цитохимическое исследование с целью установления морфологического варианта; 4) при необходимости для уточнения диагноза проводится трепанобиопсия и пункция лимфоузла.

Задание 62.

Больная К., 62 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на наличие высыпаний на коже лица, общую слабость. Считает себя больной 4 мес. Заболевание началось с появления красноты на коже лица, повышения температуры, болей в суставах, вскоре выпали волосы на голове, наступило резкое похудание. Самостоятельно лечилась антигистаминными препаратами, смазывала очаги поражения кортикостероидными мазями - без эффекта. Объективно: питание понижено, волосы в лобной и теменной области выпали, кожа лица гиперемирована, отечна, особенно в области лба и вокруг глаз, на этом фоне рассеяны в большом количестве плотно сидящие на коже белесоватые чешуйки. В детстве перенесла брюшной тиф, пневмонию, оперирована по поводу фибромиомы матки. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, деформирующий артрозоартрит коленных суставов.

При обследовании: ОАК : Нв 120 г/л, эр. $3,7 \times 10^{12}/л$, л. $6,9 \times 10^9/л$, э. 2%, с. 69%, лимф. 25%, мон. 5%. СОЭ 45 мм/час. ОАМ в пределах нормы. В крови обнаружены в большом количестве LE- клетки.

Сформулируйте предварительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования.

Правильный ответ: Системная красная волчанка, подострое течение. Необходимые дополнительные исследования, для подтверждения диагноза: Иммунологические критерии: ANA, Anti-Sm, Anti-Sm, реакция Кумбса, определение комплемента; Гемостазиограмма для определения функций адгезии и агрегации тромбоцитов - при тромбоцитопении и наличии вторичного АФС.

Задание 63.

В поликлинику обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом. Объективно: температура $37,2^{\circ}C$. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке

сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Сформулируйте предварительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования.

Правильный ответ: Ревматическая болезнь сердца, стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия. ХСН, II а. Необходимые дополнительные исследования, для подтверждения диагноза: УЗИ сердца, рентгенограмма ОГК, ОАК, Антистрептолизин – О, антигиалуронидаза.

Задание 64.

У студента, навестившего больного товарища, на 2-е сутки появились озноб, температура тела 39,1°C, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1-го дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость. В легких - жесткое дыхание, единичные сухие хрипы Пульс 102 уд. в мин., ритмичный. АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза

Правильный ответ: Грипп, форма средней тяжести, период разгара. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: острым началом заболевания, признаками фарингита и трахеита, лихорадкой, синдром интоксикации. Необходимые дополнительные исследования, для подтверждения диагноза: Экспресс-диагностика- метод иммунофлюоресценции (в мазках-отпечатках в слизистой носовой полости). Серологические методы РСК, РТГА с эритроцитарным диагностикумом в парных сыворотках (до 5-го дня болезни и после 12-го дня).

Задание 65.

Больная Ф., 35 лет, доставлена в приёмное отделение больницы в связи с обильным носовым кровотечением. Жалобы на слабость, головокружение. Анамнез: в течение последних 5 лет отмечает частые носовые кровотечения, лёгкость образования синяков на коже. Мать страдала такой же патологией. Чувствовала себя удовлетворительно, к врачу не обращалась. Объективно: при осмотре состояние удовлетворительное. Кожа бледная, на коже груди, ног обильные петехиальные геморрагические высыпания и единичные обширные экхимозы. Печень, селезёнка не увеличены. Общий анализ крови: гемоглобин -

94 г/л, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,68, лейкоциты - $6,2 \times 10^9/л$, СОЭ - 20 мм/ч
Лейкоцитарная формула: палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 67%, эозинофилы - 2%,
лимфоциты - 23%, моноциты - 5%, тромбоциты $15 \times 10^9/л$.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования и предполагаемые результаты, согласно сформулированного диагноза.

Правильный ответ: Предварительный диагноз: наследственная тромбоцитопения, непрерывно рецидивирующее течение, обострение. Необходимые дополнительные исследования: 1) ОАК: тромбоцитопения, признаки анемии, ретикулоцитоз - после кровотечения; 2) коагуляционные тесты: время кровотечения удлинено (норма по Дьюку - 2 - 3 мин); ретракция кровяного сгустка уменьшена (норма < 10мкг/мл); свёртываемость крови нормальная (время свёртывания капиллярной крови (по Сухареву) в норме: начало от 30 с до 2 мин, конец - от 3 до 5 мин); 3) стерильная пункция: в миелограмме гиперплазия мегакариоцитов, увеличение количества молодых мегакариоцитов.

Задание 66.

Пациентка 43 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на периодически возникающие боли в эпигастральной области, резко связанные в осенне-зимний период с приемом пищи. Боли не очень сильные и успокаиваются при соблюдении диеты. Пациентка по поводу болей за медицинской помощью не обращалась. Выше перечисленные жалобы беспокоят 5 лет. За это время пациентка трижды перенесла внутреннее кровотечение, проявлявшееся меленой, слабостью, нерезким снижением гематологических показателей. После поступления пациентки в стационар кровотечение у нее быстро останавливалось.

Ваш предположительный диагноз? Какие исследования необходимы для его уточнения? Какова лечебная тактика?

Правильный ответ: Пациентка страдает язвенной болезнью верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Для уточнения диагноза показано выполнение эндоскопической фиброгастродуоденоскопии, определение H.pylori, консультация гастроэнтеролога. При наличии острого язвенного дефекта показано проведение комплексного консервативного лечения.

Задание 67.

У пациента 44 лет после переохлаждения поднялась температура до $39^{\circ}C$, появилась боль в правой половине грудной клетки, усиливающаяся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем у пациента стала отделяться в большом количестве

гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы; больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Какое заболевание вы заподозрили у пациента? Дифференциальная диагностика. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза? Принципы лечения данной патологии.

Правильный ответ: Острый абсцесс. Бронхоэктатическая болезнь, туберкулез легких, опухоль. Пациентке необходимо провести- Rg, общеклинические анализы, анализ мокроты. Принципы лечения: выдать направление на госпитализацию, диета, улучшение дренирования (постуральный дренаж, вибромассаж, муколитики, ферменты), бронхосанация, дезинтоксикация, иммунокоррекция, при большом абсцессе – пункция и дренирование.

Задание 68.

Эмоционально лабильная женщина 34 лет в течение 3 лет страдает от периодически появляющихся кратковременных приступов сильных болей в правом подреберье, иррадирующих в правое плечо и лопатку. Периодически у пациентки бывают поносы, сменяющиеся запорами. Болевой синдром не сопровождается повышением температуры тела и не связан с приемом пищи. Длительность приступов от 1 до 5 ч. Иктеричности кожи и слизистых оболочек никогда не отмечалось. При пальпации области правого подреберья напряжения мышц нет. Выявляется небольшая болезненность в точке желчного пузыря. Пациентка жалуется на неприятные ощущения, возникающие при пальпации брюшной аорты и толстого кишечника. Лейкоцитов в крови $6,0 \times 10^9$ /л. Во всех трех порциях, полученных при дуоденальном зондировании, отклонений от нормы не найдено. При УЗИ камни в желчном пузыре не обнаружены. Пузырь несколько растянут, после приема желтков медленно сокращается. Ваш диагноз и тактика лечения?

Правильный ответ: В данном клиническом наблюдении имеет место дискинезия желчных путей. Пациентке следует рекомендовать лечение у невропатолога и терапевта (гастроэнтеролога).

Задание 69.

Пациентка, 30 лет, с рождения отмечает увеличение в размерах и объеме обеих нижних конечностей. Родилась полноценным семимесячным ребенком. Вертикальная нагрузка сопровождалась прогрессирующим увеличением отечности конечности. Обследование в сосудистых центрах показало не измененное состояние глубокой и поверхностной венозной сети. Однако было выявлено практически полное отсутствие

магистрального лимфатического русла. В возрасте 14 лет пациентке предлагалось оперативное лечение, от которого она и родители отказались. В настоящее время нижние конечности не пропорционально увеличены в объеме. Диаметр ног на уровне средней трети обеих бедер - 48- 49 см, а голени - 37-38 см. Отмечаются множественные участки фибродемы по передне-медиальной поверхности голени и на тыле стопы. Активные движения в суставах стопы затруднены.

С помощью какого метода исследования можно доказать отсутствие магистральных лимфатических сосудов на нижних конечностях? Какой вид лечения следует предложить пациентке?

Правильный ответ: Информацию о состоянии лимфатической системы можно получить с помощью лимфографии. Пациентке необходимо консультация сосудистого хирурга, с возможностью выполнения объемных дермолипэктомий на обеих нижних конечностях с иссечением участков фибродермы.

Задание 70.

Пациентка, 31 года, последние 5 лет отмечает боли в обеих нижних конечностях, больше слева при ходьбе. В течение последнего месяца беспокоят боли в покое в ночное время в левой стопе. Кожные покровы обеих стоп и голени прохладные на ощупь, дистальные отделы пальцев синюшного цвета. Активные движения в голеностопных суставах в полном объеме. Пульсация на левой общей бедренной артерии отсутствует, справа выслушивается грубый систолический шум. Либи́до сохранено. Детородная функция не нарушена (3 года назад были не осложненные срочные роды). В настоящее время у пациентки имеется лихорадка до 37-38о С. В общем клиническом анализе крови - ускорение СОЭ до 47 мм/ч. Каких-либо клинических проявлений заболеваний со стороны дыхательных путей и органов желудочно-кишечного тракта не имеется.

О каком заболевании следует думать? Что следует предпринять для уточнения характера патологии? Какое лечение показано пациентке?

Правильный ответ: У пациентки имеет место поражение бифуркации аорты, вероятнее всего на фоне неспецифического аорто-артериита. Пациентка нуждается в консультации ревматолога, с последующим проведением аортографии или ультразвуковой доплерографии. Однако реконструкция артериального русла возможна только после ликвидации обострения неспецифического общевоспалительного процесса с помощью курса пульс-терапии.

Задание 71.

У пациента, длительно страдающего гипертонической болезнью, при плановом флюорографическом обследовании выявлено расширение тени средостения, наиболее

вероятно за счет сосудистого компонента. Какое заболевание следует заподозрить? Какие методы инструментальной диагностики следует применить для уточнения характера имеющейся патологии?

Правильный ответ: В данном клиническом наблюдении следует заподозрить наличие торакоабдоминальной аневризмы. Помочь в диагностике могут: Эхо-кардиография, предпочтительнее КТ или МРТ.

Задание 72.

У пациентки, 48 лет, после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо и лопатку. До 38,3°C повысилась температура тела. Была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9$ /л. После назначения спазмолитиков, антибиотиков и выполнения новокаиновой блокады состояние пациентки улучшилось. Температура тела снизилась до нормы. Боли в правом подреберье уменьшились. Напряжение мышц стало меньше, и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность оставалась лишь в точке проекции желчного пузыря. При УЗИ исследовании желчный пузырь в длину до 5-6 см в его просвете конкрементов нет. Лейкоцитов в крови $6,0 \times 10^9$ /л. Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения больной?

Правильный ответ: У пациентки острый бескаменный холецистит. Поскольку подобный приступ возник впервые и под действием консервативного лечения быстро купировался, ставить вопрос о хирургическом вмешательстве в настоящее время не следует. Больную через 10-12 дней после купирования приступа пациентку целесообразно передать для лечения терапевту. В дальнейшем рекомендовано санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты.

Задание 73.

Больная Л., 36 лет, работает учителем, обратилась к участковому терапевту с жалобами на кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты, повышение температуры до ~38,7, небольшую одышку смешанного характера, выраженную слабость, снижение аппетита. Не курит. Заболела остро 7 дней назад, когда внезапно вечером поднялась температура, появился малопродуктивный кашель, были ознобы, потливость. Состояние расценили как ОРВИ, но в связи с отсутствием улучшения была сделана флюорограмма, где выявлено затемнение в верхней доле слева. В анамнезе - мать больной страдает артериальной гипертензией.

Объективно: нормостенического телосложения, ЧДД 24 в минуту. При перкуссии: небольшое притупление перкуторного звука слева сверху, при аускультации -там же выявляется крепитация и влажные мелкопузырчатые хрипы, над остальной поверхностью

легких - без особенностей. АД 150/90 мм. рт. ст. ЧСС 91 в минуту. При аускультации - сердечные тоны ритмичные, слегка приглушены, живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по Курлову: 10-9-8 см, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: $Eg - 4,1 \times 10^{12}/л$, $Hb - 128$ г/л, цв. показ. - 0,89, $L - 11,5 \times 10^9/л$, э. - 1, п. - 8, с. - 74, л. - 14, м. - 3, СОЭ - 34 мм/ч. Общий анализ мокроты: желтая, вязкая, эритроциты покрывают все п/зрения, МВТ не обнаружены. При рентгенографическом исследовании выявляется инфильтрация в S1 и S2 слева.

Ваш предварительный диагноз? Какой возбудитель заболевания в данном случае Вы предполагаете? Классификация заболевания с учетом места его развития. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Назначьте лечение. Критерии госпитализации больного в стационар, показания для лечения данного заболевания в амбулаторных условиях?

Правильный ответ: Левосторонняя бисегментарная (S1, S2) пневмония, среднетяжелое течение. Соп.: артериальная гипертензия впервые выявленная I ст., легкая степень риска.

Возбудитель -S. Pn. (как наиболее частый возбудитель домашней пневмонии), M. Pn. (работает учителем, а работа в замкнутых коллективах связана с риском заболевания микоплазменной инфекцией).

Осложнения- инфекционно-токсический шок, ДН, плеврит, кровохарканье, бронхо-обструктивный синдром, деструкция легкого (абсцесс и эмпиема легкого), ДВС-синдром. Дифференциальный диагноз с туберкулезом легких, опухоль легкого.

Лечение – антибиотико-терапия, препараты выбора: аминопенициллины (амоксциллин) - при подозрении на пневмококковую природу или группа макролидов (азитромицин или др.) - кроме пневмококка действуют на атипичную микрофлору, в том числе на микоплазму. В амбулаторных условиях рекомендуется лечение домашней пневмонии легкой степени тяжести особенно у молодых лиц, а также пациентов без выраженной сопутствующей патологии.

Задание 74.

Больная В., 43 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека. Есть двое детей 7-и и 13-ти лет, у

которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин. Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, 6 отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

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

Правильный ответ: Атопическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема легких.

Обследование -общий анализ крови, биохимический анализ крови, микроскопическое исследование мокроты. Исследование функции внешнего дыхания – спирография. Рентгенография органов грудной клетки.

Осложнения - Астматический статус. Дыхательная недостаточность.

Пациентка является временно нетрудоспособной. Нуждается в назначении базового лечения бронхиальной астмы, консультации аллерголога. Принципы лечения: Режим полупостельный. Диета гипоаллергенная. Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: беротек, сальбутамол, теопек. Комбинированные препараты: беродуал. Ингаляционные глюкокортикостероиды: бекотид, бекламет. Дыхательная гимнастика. Массаж. Психотерапия. Санаторно-курортное лечение. Прогноз в отношении жизни благоприятный в случае проведения противорецидивного лечения. Профилактика обострений: устранить действие аллергенов (по возможности). В период цветения трав следует занавешивать форточки на окнах мокрой марлей, ежедневно проводить влажную уборку комнат, убрать ковры; проводить пикфлоуметрию с целью мониторинга бронхиальной проходимости, обучение пациента в астма-школах; проведение специфической гипосенсибилизации.

Задача 75.

Больная С. 47 лет на приеме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. 14 При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Сформулируйте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту? Определите тактику лечения больного. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Правильный ответ: Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии. Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет.

Обследование - биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; анализ мочи на диастазу; исследование дуоденального содержимого; анализ кала; обзорная рентгенография брюшной полости; УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; РХПГ; гликемический и глюкозурический профиль.

Тактика лечения - госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета № 16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфанилмочевины).

Дифференциальную диагностику хронического панкреатита проводят с: язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; хроническим холециститом; хроническим энтеритом и колитом; хроническим абдоминальным ишемическим синдромом; раком поджелудочной железы.

ПК- 3:

Задания закрытого типа:

Задача 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите основное преимущество при использовании новых оральных антикоагулянтов над варфарином при фибрилляции предсердий:

1. Лучшая профилактика тромбообразования
2. не снижают количество тромбоцитов
3. Нет необходимости контролировать АЧТВ
4. Нет необходимости контролировать МНО
5. Не влияют на гемокрит

Правильный ответ:4

Задача 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Если пациент с фибрилляцией предсердий не может контролировать МНО, ему необходимо назначить для профилактики инсульта:

1. Двойную антитромбоцитарную терапию
2. Варфарин
3. Новые оральные антикоагулянты
4. Клопидогрель
5. Ацетилсалициловую кислоту

Правильный ответ:3

Задача 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Пациенту с ИБС и пароксизмальной фибрилляцией предсердий для восстановления синусового ритма необходимо назначить:

1. Пропафенон
2. Этацизин
3. Амiodарон
4. Дигоксин
5. Ретардированную форму метопролола

Правильный ответ:3

Задача 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Какой из перечисленных препаратов не является мукорегулятором:

1. Ацетилцистеин
2. Трипсин
3. Карбоцистеин
4. Амброксол

Правильный ответ:2

Задача 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ

В какой ситуации эффект действия гипотиазида снижается:

1. В сочетании с калийсберегающими препаратами
2. При снижении клубочковой фильтрации
3. При гиперальдостеронизме
4. При гипернатриемии

Правильный ответ:2

Задача 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите основную группу препаратов для контроля ЧСС у пациентов с фибрилляцией предсердий в покое:

1. Сердечные гликозиды
2. Антагонисты кальция
3. Нибентан
4. Блокаторы b-адренергических рецепторов
5. Мембраностабилизирующие

Правильный ответ:1

Задача 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите основную группу препаратов для контроля ЧСС у пациентов с фибрилляцией предсердий при нагрузке:

1. Сердечные гликозиды
2. Антагонисты кальция
3. Нибентан
4. Блокаторы b-адренергических рецепторов
5. Мембраностабилизирующие

Правильный ответ:4

Задача 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Пациенту с идиопатической пароксизмальной фибрилляцией предсердий для восстановления синусового ритма необходимо назначить:

1. Соталол
2. Нибентан
3. Амиодарон
4. Дигоксин
5. Ретардированную форму метопролола

Правильный ответ:2

Задача 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Пациенту для поддержания синусового ритма с пароксизмальной фибрилляцией предсердий и ХСН необходимо назначить:

1. Недегидропериновые антагонисты Ca
2. Нибентан
3. Амиодарон
4. Дигоксин
5. Пропафенон

Правильный ответ:3

Задача 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ

При лечении нефракционированным гепарином контрольным тестом является:

1. МНО
2. АЧТВ
3. Время свертывания крови
4. Количество тромбоцитов
5. Ничего из перечисленного

Правильный ответ:3

Задача 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ

При лечении низкомолекулярным гепарином контрольным тестом является:

1. МНО
2. АЧТВ
3. Время свертывания крови
4. Количество тромбоцитов
5. Ничего из перечисленного

Правильный ответ:5

Задача 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Длительность приема двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома:

1. 1 мес
2. 6 мес
3. 12 мес
4. Зависит от вида острой коронарной патологии
5. Ничего из перечисленного

Правильный ответ:3

Задача 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Выберите препарат, который не подходит для двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов с ОКС:

1. Клопидогрель
2. Тикагрелор
3. Варфарин
4. Аспирин
5. Прасугрель

Правильный ответ:3

Задача 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Двойная антитромбоцитарная терапия у пациентов с ОКС и язвенной болезнью желудка в анамнезе:

1. Не назначается
2. Назначается только один аспирин
3. Назначается только один клопидогрель

4. Назначается на фоне приема омепрозола
5. Назначается на фоне приема пантопрозола

Правильный ответ:5

Задача 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Наибольшее значение при определении риска развития инфаркта миокарда у больного со стенокардией напряжения имеет:

1. Число пораженных коронарных артерий
2. Возраст
3. Количество перенесенных инфарктов миокарда
4. Интенсивность болевого синдрома
5. Снижение толерантности к физической нагрузке

Правильный ответ:5

Задача 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Противопоказанием к медикаментозному тромболитису является все кроме:

1. Нарушение мозгового кровообращения в анамнезе
2. Недавнее желудочно-кишечное или урогенитальное кровотечение
3. Возраст (больные старше 70 лет)
4. Рефрактерная артериальная гипертония (АД>200/120 мм.рт.ст)
5. Подозрение на расслаивание аорты
6. Длительность болевого синдрома (при наличии подъема сегмента ST или блокады левой ножки пучка Гиса) менее 6 часов

Правильный ответ:6

Задача 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите непосредственные причины развития инфаркта миокарда:

1. Фибрилляция желудочков
2. Хроническая сердечная недостаточность
3. Тромбоз коронарной артерии
4. Наличие атеросклеротической бляшки в стволе коронарной артерии
5. Повышенное физическое и эмоциональное перенапряжение

Правильный ответ:3

Задача 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Хирургический метод лечения ОКС такой, как балонная коронарная ангиопластика, показан:

1. Всем больным с прогрессирующей стенокардией
2. Всем больным моложе 75 лет
3. Больным с многососудистым поражением коронарного русла
4. Больным, не имеющим болевого синдрома на момент вмешательства
5. Больным, при АД не ниже 120/80 мм рт ст

Правильный ответ:1

Задача 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Хирургический метод лечения ОКС такой, как аортокоронарное шунтирование, показан:

1. Всем больным с прогрессирующей стенокардией
2. Всем больным моложе 75 лет
3. Больным с многососудистым поражением коронарного русла
4. Больным, не имеющим болевого синдрома на момент вмешательства
5. При отсутствии материалов для выполнения коронарной ангиопластики

Правильный ответ:5

Задача 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Коронарная реваскуляризация пациенту с острым инфарктом миокарда показана:

1. После проведения тромболитической терапии
2. После стабилизации гемодинамики
3. Больным, у которых прошло не менее 6 часов от начала заболевания
4. Больным, не имеющим болевого синдрома на момент вмешательства
5. Больным, при установлении диагноза ОКС

Правильный ответ:5

Задача 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Медикаментозная терапия пациенту с артериальной гипертонией назначается в зависимости от:

1. Уровня артериального давления
2. Поражения органов-мишеней
3. Наличия ассоциированных клинических состояний
4. От степени сердечно-сосудистого риска

Правильный ответ:4

Задача 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ

На старте пациенту с артериальной гипертонией должно быть назначено 2 гипотензивных препарата, если:

1. Он относится к группе высокого риска

2. Если ему не помогает монотерапия одним препаратом
3. При наличии микроальбуминурии

Правильный ответ:3

Задача 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ

К основным классам гипотензивных препаратов не относится:

1. Амлодипин
2. Веропамил
3. Периндопил
4. Телмисартан
5. Физиотенз
6. Бисопролол

Правильный ответ:5

Задача 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите нерациональную антигипертензивную комбинацию:

1. иАПФ+ АРА II
2. иАПФ+аСА
3. иАПФ+ диуретик
4. АРА II+ диуретик
5. АРА II + аСА

Правильный ответ:1

Задача 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Укажите комбинацию антигипертензивных препаратов, которая не может быть рекомендована пациенту с метаболическим синдромом:

1. Бета-адреноблокатор + диуретик
2. иАПФ+аСА
3. иАПФ+ диуретик
4. АРА II+ диуретик
5. АРА II + аСА

Правильный ответ:1

Задания открытого типа:

Задание 1.

Программа медико – социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста вследствие осложнений сахарного диабета должна включать коррекцию

Правильный ответ: полинейропатии

Задание 2.

Эффективность антибактериального лечения при острой пневмонии следует клинически оценивать через _____

Правильный ответ: 48-72 часа

Задание 3.

После пневмонии диспансерное наблюдение проводится в течение _____

Правильный ответ: 6 месяцев.

Задание 4.

При сверхтяжелом язвенном колите любой протяженности медикаментозным средством выбора является _____

Правильный ответ: назначения системных ГКС в комбинации с инфликсимабом.

Задание 5.

Больной 58 лет наблюдается по поводу болезни Крона, получает преднизолон, сульфасалазин, рибофлавин, препарата в течение 2 месяцев. 7 дней назад у больного появились тошнота, рвота, повышенный гемолиз эритроцитов, агранулоцитоз, невропатии верхних конечностей. За побочные эффекты ответственен _____ лекарственный препарат.

Правильный ответ: сульфасалазин

Задание 6.

При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью наиболее эффективными минеральными водами являются _____

Правильный ответ: натриево-хлоридные

Задание 7.

В первую очередь при отеке легких у больного с сочетанным митральным пороком сердца применяют следующий лекарственный препарат _____

Правильный ответ: нитраты внутривенно

Задание 8.

Наиболее значимым фактором риска ИБС является _____

Правильный ответ: курение

Задание 9.

Лечение пневмонии, вызванной легионеллой, проводится _____ антибиотиками (группа)

Правильный ответ: макролидами

Задание 10.

У больного с постинфарктным кардиосклерозом на поликлиническом приеме возникла слабость, головокружение, зарегистрировано ЭКГ - пароксизм желудочковой тахикардии с ЧСС 164 в мин. Препаратом выбора для купирования пароксизма является _____

Правильный ответ: амиодарон

Задание 11.

Определите основной препарат выбора, на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи, для лечения неосложненного гипертонического криза.

Правильный ответ: каптоприл

Задание 12.

На амбулаторном приеме, пациент жалуется на сердцебиение. При обследовании его выявлен дефицит пульса. Определите, какому нарушению ритма соответствует данный феномен.

Правильный ответ: фибрилляция предсердий

Задание 13.

Определите наиболее частый побочный эффект ингаляторных форм глюкокортикоидов.

Правильный ответ: кандидоз полости рта и глотки

Задание 14.

Определите при каком осложненном гипертоническом кризе показана срочная нормализация АД или даже снижение его до минимально переносимого уровня. (диагноз)

Правильный ответ: расслаивающая аневризма аорты

Задание 15.

Посредством какого механизма происходит реализация эффекта расширения бронхов Сальбутамолом?

Правильный ответ: селективного возбуждения β_2 –адренорецепторов

Задание 16.

Больной 45 лет получает по поводу нестабильной стенокардии инъекции гепарина. В результате передозировки препарата развилось желудочно-кишечное кровотечение. Определите препарат для нейтрализации гепарина.

Правильный ответ: протаминсульфат

Задание 17.

Определите препарат для купирования боли при приступе стенокардии на амбулаторном этапе.

Правильный ответ: нитропрепараты

Задание 18.

Какова цель лечения ХОБЛ?

Правильный ответ: снижение смертности, повышение толерантности к физической нагрузке, предотвращение прогрессирования заболевания, облегчение симптомов

Задание 19.

Пациентка в возрасте 65 лет. Со слов работников магазина покупательница дошла до витрины с хлебными изделиями упала и потеряла сознание. Со слов соседки болеет сахарным диабетом более 10 лет, раньше получала таблетки. Последние полгода врач назначил инъекции инсулина. Более точный анамнез заболевания уточнить не удалось. Объективно: пациентка без сознания. Кожные покровы влажные, на лбу капельки пота. Тургор тканей повышен. Дыхание ровное, спокойное, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены АД 140/90, ЧСС 80 уд/мин. Лабораторные данные: Глюкоза крови 1,8 ммоль/л., экспресс-анализ мочи на ацетон: результат (-)

Какое осложнение развилось у пациентки? Какую неотложную помощь необходимо оказать при данном осложнении?

Правильный ответ: Гипогликемия, необходимо срочно внутривенно ввести 40% глюкозу, с последующей госпитализацией пациентки.

Задание 20.

Больная, 38 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на резкую головную боль в височных областях, тошноту, ощущение дрожи в теле, озноб, сердцебиение, чувство страха. Больной себя считает в течение 5 лет, когда в первой половине беременности было отмечено повышение АД до 180/100 мм рт ст. В последующем периодически ощущала головные боли, повышенную возбудимость, однако к врачу не обращалась. В последние 2 года появились приступы с вышеописанными жалобами. Приступы провоцировались нервным напряжением и изменениями погоды. Объективно. Больная возбуждена, кожа бледная, влажная. Пульс 122 в минуту, АД 200/115 мм рт ст, границы сердца расширены влево на 1 см, ритм правильный, тоны ясные, чистые, акцент 2 тона над аортой.

Сформулируйте предварительный диагноз. Неотложная терапия.

Правильный ответ: Гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени, риск 4, гипертонический криз. Каптоприл 25 мг п/я, диазепам (седуксен, реланиум) 2 мл 0,5%

раствора в/в или в/м. При отсутствии эффекта эналаприлат натрия 1.25 мг каждые 6 ч в/в струйно медленно (в течение 5 мин) или капельно

Задание 21.

К участковому врачу терапевту обратился больной Ш., 52 года, с жалобами на головную боль в затылочной области, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, однократную рвоту. Ухудшение самочувствия наступило вчера после нервно-эмоционального стресса. Повышение АД отмечает с 40-летнего возраста, по поводу чего состоит на диспансерном учете в поликлинике. Однако лечится не регулярно, на осмотры не является. Последнее обращение к врачу отмечает 3 года назад. Из анамнеза жизни: профессиональная деятельность связана со значительными нервными перегрузками (водитель автобуса); мать страдает гипертонической болезнью, отец умер от инфаркта миокарда; курит в течение 25 лет (пачка сигарет в день). Из перечисленных заболеваний отмечает острый пиелонефрит, вирусный гепатит. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые обычной окраски, в легких дыхание везикулярное, верхушечный толчок определяется в 5 межреберье по средне-ключичной линии, 1-й тон не изменен, акцент 2-го тона над аортой, пульс-74 в мин., АД-190\110 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Общий анализ мочи: реакция - слабо-кислая, относительная плотность -1020, сахар, белок - нет, лейкоц.-3 в п\з, эритроц.-1-2 в п\з, цилиндров нет. Глюкоза крови- 3,6 ммоль\л. Глазное дно: сужение артериол, полнокровие и расширение вен.

Какой предварительный диагноз Вы считаете вероятным?

Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза? Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для постановки клинического диагноза в поликлинических условиях?

Укажите тактику лечения, основываясь на клиническом диагнозе.

Правильный ответ: Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь, II ст., III степени, риск 4.

Необходимо дифференцировать заболевания: хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит, эссенциальная артериальная гипертензия.

Анализ мочи по Нечипоренко, определить степень бактериурии; липидограмма, коагулограмма, креатинин, глюкоза крови. Тактика лечения - исключение стрессовых ситуаций, диета с ограничением поваренной соли и жидкости, иАПФ, антагонисты кальция, диуретики.

Задание 22.

К терапевту обратился больной В., 16 лет, с жалобами на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах кожи, быстрое возникновение “синяков” даже при небольших ушибах. Подобные жалобы есть и у родного брата. При расспросе выяснилось, что дед по материнской линии умер от кровотечения после удаления зуба. Объективно: температура 36,80С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах - темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для постановки клинического диагноза в поликлинических условиях? Укажите тактику лечения, основываясь на клиническом диагнозе. Длительность диспансерного наблюдения.

Правильный ответ: Предварительный диагноз: Гемофилия. Необходимое диагностическое исследования для уточнения диагноза: Коагулограмма. Препарат, необходимый для быстрой остановки кровотечения: Криопреципитат. Диспансерное наблюдение при данном заболевании – пожизненное.

Задание 23.

Больная Д., 50 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение 5-6 мес. Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Имеется болезненность и деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено, отмечается ульнарная девиация кистей рук. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Предположите наиболее вероятный диагноз. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для постановки клинического диагноза в поликлинических условиях? Укажите тактику лечения, основываясь на клиническом диагнозе. Длительность диспансерного наблюдения

Правильный ответ: Предварительный диагноз: Ревматоидный артрит. Для уточнения диагноза необходимо провести исследование: Ревматоидный фактор, АЦП. Для лечения данного заболевания назначают: метотрексат. Диспансерное наблюдение при данном заболевании проводят: пожизненно.

Задание 24.

К участковому терапевту обратилась женщина, 39 лет, с жалобами на общую слабость, головокружение при наклонах, сухость кожи и выпадение волос. Из анамнеза: вышеуказанные симптомы появились около года назад, тогда при обследовании было выявлено снижение гемоглобина. Назначенный лекарственный препарат принимала 3 недели. Имеет троих детей, у всех грудное вскармливание до 1,5 года. Страдает геморроем с частым выделением крови. Любит есть сырое тесто, мясной фарш, мел. Нравится запах бензина. Последние 2 мес. не может удерживать мочу при чихании, кашле, смехе. При осмотре: кожа и слизистые бледные, волосы тусклые, секутся. Ногти вогнутой формы (ложкообразные). АД 100/70 мм. рт. ст. ЧСС 90 в мин. Лабораторные данные: ОАК: гемоглобин 90г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,8, лейкоциты - $3,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 180×10^9 /л, ретикулоциты - 0,2%, СОЭ - 12 мм/ч. В общем анализе мочи патологии не выявлено.

Сформулируйте предварительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования. Укажите тактику лечения.

Правильный ответ: Предварительный диагноз: хроническая железодефицитная анемия. Дополнительные исследования: ОАК; Исследование костного мозга; Биохимическое исследование крови: сывороточное железо; общая железосвязывающая способность сыворотки; процент насыщения трансферрина железом; ферритин. Инструментальное обследование: эндоскопическое исследование желудка и кишечника. Лечение – прием железосодержащих препаратов (например - сорбифер –дурулес 200 мг/сут).

Задание 25.

Больной Т. 42 лет наблюдается у врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные,

шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая. Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb - 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9 /л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. УЗИ брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузноповышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какая тактика и терапия требуется пациенту? Обоснуйте свой выбор

Правильный ответ: Цирроз печени алкогольной этиологии, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст.

Анализ крови: коагулограмма, общий белок, креатинин, мочевины, калий, натрий, ГГТ, ЩФ, амилаза, маркеры вирусных гепатитов HEsAg, антитела к HCV, ВИЧ- инфекции. Общий анализ мочи, копрограмма. ЭКГ. Рентген лёгких.

Лечение - Отказ от алкоголя. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи - 1800-2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки). Возможен приём невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней). Высокие очистительные клизмы. Уменьшение токсического действия аммиака-Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде x 3 раза в день после еды. Диуретики-спиронолактон - 50-200 мг/сут. фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160

мг/сут, критерий эффективности - уменьшение массы тела на 2 кг/нед.). Снижение давления в портальной вены-Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки. Пациент нуждается в госпитализации.

Задание 26.

Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – $270 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,0 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.

Правильный ответ: Язвенный колит, левостороннее поражение, острое течение с постепенным началом, средней степени тяжести. Анемия средней степени тяжести. Диагноз «язвенный колит» (ЯК) установлен на основании характерных клинических проявлений - диареи с примесью слизи, крови в течении трёх месяцев, эндоскопических признаков поражения прямой кишки, непрерывного поражения,

контактной кровоточивости, наличия поверхностных язв слизистой толстой кишки. Диагноз «анемия» установлен на основании снижения цифр гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови. Пациенту рекомендовано: общий анализ мочи, биохимические исследования крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, глюкоза, общий холестерин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, калий, натрий, креатинин, амилаза, СРБ, железо, ОЖСС, ферритин), гистологическое исследование биоптатов толстой кишки, бактериологическое исследование кала, выявление в кале токсинов А и В к *Clostridiumdifficile*, УЗИ брюшной полости, ФГС. Медикаментозное лечение: Месалазин 4-5 г перорально в комбинации с Месалазином ректально (свечи, пена, микроклизмы) 2-4 г в сутки 6-8 недель. При подтверждении дефицита железа - заместительная терапия (Сорбифер - 1 к х 2 раза в день, при непереносимости - парентеральные формы).

Задание 27.

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита. Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи. Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей. Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок,

цилиндры, соли - не определяются. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледнорозового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Сформулируйте и обоснуйте диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? Перечислите основные принципы лечения.

Правильный ответ: Язвенная болезнь желудка, стадия обострения, впервые выявленная, НРассоциированная. Диагноз выставлен на основании жалоб (ранние боли в эпигастрии после приёма пищи); данных анамнеза: наличие факторов риска (употребление алкоголя, нерегулярное питание, курение, отягощенная наследственность), сезонные обострения (весной и осенью); данных ФГДС; обнаружения НР. Дифференцировать с хроническим гастродуоденит, симптоматические язвы, хронический панкреатит, хронический холецистит, злокачественным новообразованием желудка. Лечение - Соблюдение режима питания и диеты, эрадикация НР (стандартная тройная терапия в течение 14 дней - Маастрихт-4), курс базисной антисекреторной терапии в течение 6-8 недель.

Задание 28.

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом. Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен беложелтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – 320×10^9 /л, лейкоциты – $10,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%,

сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Сформулируйте диагноз. Оцените данные копрограммы. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному? Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

Правильный ответ: Хронический панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стадия обострения. Копрограмма - признаки стеатореи, креатореи, амилореи - внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Дополнительные обследования - КТ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, анализ на онкомаркеры (Са-19 - 9) для дифференциальной диагностики с злокачественными новообразованиями поджелудочной железы. Лечение - Диета № 5; купирование болевого синдрома (Платифиллин, Баралгин), препараты, снижающие активность поджелудочной железы (Октреотид или Сандостатин); ингибиторы протеолитических ферментов (Трасилол, Контрикал, Гордокс); ИПП (Омепразол, Эзомепразол внутривенно капельно); панкреатические ферменты (Креон, Эрмитель, Микрозим, Мезим-форте), инфузионная терапия (Реамберин, Физиологический раствор).

Задание 29.

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту,

приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приемом Вольтарена по поводу болей в поясничной области. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня). Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%. Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натошак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

Сформулируйте диагноз. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания. Показания к госпитализации. Назначьте лечение.

Правильный ответ: Язвенная болезнь с локализацией язвы (0,7 см) средних размеров на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Экзогенные факторы: нервно-психические воздействия, психоэмоциональный стресс; травмы, заболевания головного мозга; алиментарный фактор; приём лекарственных препаратов (НПВП, ГК и др.); бытовые и производственные вредности; метеорологические условия; инфицирование *Helicobacter pylori*. Эндогенные факторы: наследственная предрасположенность; первая группа крови; пол и возраст; заболевания внутренних органов. Показания к госпитализации: больные с осложнённым и часто рецидивирующим течением заболевания; больные язвой желудка, если нет возможности провести квалифицированное исследование гастробиоптата; больные язвой, протекающей с выраженным болевым синдромом или болевым синдромом, который не купируется в течение недели амбулаторного лечения; больные с гастродуоденальными язвами, развившимися у ослабленных

больных или на фоне тяжёлых сопутствующих заболеваний; при невозможности организовать лечение больного и контроль за заживлением язвы в поликлинических условиях. Лечение: трёхкомпонентная схема: Омез 20 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или Метронидазол 500 мг 3 раза в день) (14 дней). При неэффективности - четырёхкомпонентная схема: Омез 20 мг 2 раза в день + Тетрациклин 500 мг 4 раза в день + Метронидазол 500 мг 3 раза в день + Де-нол 240 мг 2 раза в день (14 дней).

Задание 30.

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объеме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объеме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см. Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%. Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какие группы препаратов следует назначить больному?

Правильный ответ: Предварительный диагноз «цирроз печени (алиментарно-токсического генеза), активность II, класс «B» по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Асцит».

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить фиброэзофагогастроскопию с оценкой состояния вен пищевода и кардиального отдела желудка, ректороманоскопию с оценкой вен прямой кишки, УЗИ органов брюшной полости для определения размеров печени, её структуры, размеров селезенки, количества асцитической жидкости в брюшной полости и плевральных полостях. Необходимо исследовать все функциональные печёночные пробы (АЛАТ, АСАТ, билирубин, протромбин, холестерин, щелочная фосфатаза), гемограмму с определением числа тромбоцитов, выполнить серологическое исследование крови на наличие антител к вирусам гепатита В, D и С для исключения возможных вирусных гепатотропных инфекций. Желательно определить уровень альфа-фетопротеина для исключения гепатоцеллюлярной карциномы и уровень ферритина для исключения

гемохроматоза печени. Лечение - Неселективные бета-блокаторы. Мочегонные. Альбумин. Гепатопротекторы. Ферменты. Профилактическое назначение антибиотиков.

Задание 31.

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному. 5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор. Ситуационная задача 12 Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план дополнительного обследования. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Правильный ответ: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени. Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС). Лечение - ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты; приподнять

головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес. Ингибиторы протонной помпы - базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) - симптоматическая терапия, прокинетики (Итоприд).

Задание 32.

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5 °С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9 /л$, тромбоциты - $350 \times 10^9 /л$, СОЭ - 30 мм/ч.

Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план дополнительного обследования. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

Правильный ответ: Неспецифический язвенный колит, средней степени тяжести. План дополнительного обследования - Фиброколоноскопия с биопсией (исключить рак кишки, псевдомембранозный колит), ирригорафия. Для назначения в данном случае лечения необходимо получить результаты фиброколоноскопии. В случае выявления признаков язвенного колита необходимо назначение системных глюкокортикоидов и препаратов 5 аминосалициловой кислоты.

Задание 33.

Мужчина 23 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

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

Правильный ответ: Острый бронхит. Дополнительные исследования - Общий анализ крови, микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам. Осложнение - Очаговая пневмония. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях. Принципы лечения: Постельный режим, частое проветривание помещения. Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье. При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глаувент, стоптуссин). При бронхоспазме - бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол). Отхаркивающие средства (мукалтин, термопсис, чабрец). Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины). Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, бруфен). При появлении гнойной мокроты назначают антибиотики (амнопенициллины, макролиды, респираторные фторхинолоны). Прогноз в отношении здоровья благоприятный. Профилактика: предупреждение острых респираторных инфекций, своевременное лечение заболеваний верхних дыхательных путей, эффективное носовое дыхание (ликвидация искривлений носовой перегородки, удаление полипов), санитарно-гигиенические мероприятия (борьба с запыленностью, задымленностью, загазованностью, ликвидация влажности), борьба с курением и алкоголизмом

Задание 34.

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке

натошак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Правильный ответ: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение 1 ст.

Лечение - Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол - 20 мг, Лансопразол - 30 мг, Рабепразол - 20 мг или Эзомепразол - 20 мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещё 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель

Задание 35.

Больная В., 43 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое

заболевание связывает с потерей близкого человека. Есть двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин. Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, б отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

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

Правильный ответ: Атопическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема легких.

Обследование-общий анализ крови, биохимический анализ крови, микроскопическое исследование мокроты). Исследование функции внешнего дыхания – спирография. Рентгенография органов грудной клетки.

Осложнения - Астматический статус. Дыхательная недостаточность.

Пациентка является временно нетрудоспособной. Нуждается в назначении базового лечения бронхиальной астмы, консультации аллерголога. Принципы лечения: Режим полупостельный. Диета гипоаллергенная. Ингаляционные глюкокортикостероиды: бекотид, бекламет. Симпатомиметики пролонгированного действия: фенотерол. Дыхательная гимнастика. Массаж. Психотерапия. Санаторно-курортное лечение. Прогноз в отношении жизни благоприятный в случае проведения противорецидивного лечения. Профилактика обострений: устранить действие аллергенов (по возможности). Проводить пикфлоуметрию с целью мониторинга бронхиальной проходимости; диспансерное наблюдение, обучение пациента в астма-школах; проведение специфической гипосенсибилизации.

Задание 36.

Больная С. 49 лет на приеме врача-терапевта участкового по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 2-2,5 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. 14 При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15×13×11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Сформулируйте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту? Определите тактику лечения больного. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Правильный ответ: Вторичный хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующего течения в стадии обострения. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет. Обследование - биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы, амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; анализ мочи на диастазу; исследование дуоденального содержимого; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; обзорная рентгенография брюшной полости; УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; РХПГ; гликемический и глюкозурический профиль.

Тактика лечения - госпитализация в гастроэнтерологическое отделение; голодная диета, диета № 16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфанилмочевины).

Дифференциальную диагностику хронического панкреатита проводят с: язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; хроническим энтеритом и колитом; хроническим абдоминальным ишемическим синдромом; раком поджелудочной железы.

Задание 37.

Пациент Н. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на ухудшение в течение последних 2 недель состояния: повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст., слабость, потливость, ноющие боли в поясничной области, повышение температуры до 37,8 °С к вечеру, небольшая пастозность век и лица по утрам. В течение последних 2 месяцев принимает Диклофенак в дозе 150 мг в сутки от болей в суставах (страдает остеоартрозом).

Анализ крови: СОЭ - 30 мм/ч, лейкоциты - 6500, Нв - 112 г/л. Анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, 1003, кислая; белок - 0,33%; эритроциты - 5-6 в поле зрения; лейкоциты - 10 в поле зрения.

В чём возможная причина этих клинических проявлений?

Какие дополнительные исследования для уточнения диагноза Вы назначите?

Какие будут Ваши рекомендации до получения результатов дообследования?

Какие возможны побочные эффекты при приёме нестероидных противовоспалительных препаратов? Какую группу антигипертензивных препаратов Вы назначите этому пациенту, учитывая возможный приём нестероидных противовоспалительных средств?

Правильный ответ: Возможные причины: нефротоксическое действие диклофенака, присоединение инфекции мочевыводящих путей, первичное поражение почек (гломерулонефрит). Дообследование - Анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический анализ мочи, ультразвуковое исследование почек.

Рекомендовано - Отменить приём Диклофенака. поскольку его побочные эффекты обусловлены ulcerогенным действием, увеличением кардиоваскулярных рисков и гепатотоксическим эффектом. Необходимо назначить пациенту антагонисты кальциевых каналов длительного действия.

Задание 38.

Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно черный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налетом, влажный. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул черный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено. Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 61%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 30%; моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/час.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какой группы противоязвенных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в стартовой терапии? Обоснуйте свой выбор. Через 2 недели терапии выявлены признаки рубцевания язвы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Правильный ответ: Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением на фоне приема НПВС. Пациенту рекомендовано: проведение ЭГДС для выявления места кровотечения, консультация врача-хирурга для определения дальнейшей тактики лечения

Ингибиторы протонной помпы являются препаратами выбора при язве, вызванной НПВС Эзомепразол 40 мг 1 раз в день, так как у данного препарата лучше фармакокинетика и фармакодинамика, нет влияния генетического полиморфизма). Продолжить противоязвенную терапию без изменений, определить наличие *H. pylori*; при положительном ответе - назначить антихеликобактерную схему лечения.

Задание 39.

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала Альмагель при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 166 см, вес - 64 кг. Кожные покровы

чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте план дополнительного обследования пациента. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

Правильный ответ: Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

Обследование - Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учёте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

Задание 40.

Пациентка И. 35 лет обратилась в поликлинику по месту жительства на 9 день болезни с жалобами на сыпь по всему телу, осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, затруднённое шумное дыхание, плохой аппетит.

Анамнез заболевания: заболела остро 6 апреля: на фоне повышенной температуры тела (38,0–39,0 °С) возникли катаральные проявления (выделения из носа, покраснение глаз, кашель, светобоязнь). В связи с чем, получала амбулаторное лечение с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция». 10 апреля температура тела регистрировалась на значениях - 39,2 °С, на лице появилась ярко-розовая пятнисто-папулёзная сыпь, которая далее 11 и 12 апреля распространилась на туловище и конечности, температура тела оставалась высокой. Женщина жаловалась на вялость, сонливость. В ночь с 14 апреля на 15 апреля состояние больной ухудшилось: появилась осиплость голоса и грубый «лающий» кашель. В связи с ухудшением состояния обратилась в поликлинику, откуда после осмотра заведующим терапевтическим отделением была направлена на стационарное лечение в инфекционную больницу. Эпидемиологический анамнез: находилась в командировке в Турции и 2 недели назад вернулась из поездки.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. На коже рук и ног отмечается крупно-пятнистая сыпь в стадии пигментации. На лице кожа шелушится. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Какой предварительный диагноз можно поставить?

Как можно подтвердить диагноз?

Какие этиотропные препараты используются при данной инфекции?

Как осуществляется профилактика данной патологии?

Правильный ответ: Основной - «корь, типичная форма средней тяжести, период угасания сыпи (пигментации)». Осложнение - «вторичный (поздний) круп (ларингит), стеноз гортани I степени».

Подтверждение диагноза - в сроки 1-3 день с момента появления высыпаний проводится ПЦР обследование (моча, носоглоточные смывы); серологическое обследование на корь проводится не ранее 4-5 дня с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее, чем через 10-14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка). Выявление в сыворотки крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М,

методом иммуноферментного анализа является основанием для установления (подтверждения) диагноза «корь».

Этиотропная терапия не разработана. Могут применяться препараты Интерферона (Интерферон альфа - Лейкинферон для инъекций сухой), Иммуноглобулин человеческий (3 мл) и индукторы интерферона.

Специфическая профилактика кори осуществляется по национальному календарю прививок – в 12 месяцев и ревакцинация в возрасте 6 лет. Кроме того, вакцину применяют для экстренной профилактики кори – контактными лицам из очагов заболевания, не болевшим, не привитым и не имеющим сведений о профилактических прививках. Используется также иммуноглобулин человеческий нормальный.

Задание 41.

Больная В. 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота. Больна в течение 5 лет. Лечилась у дерматолога по поводу нейродермита и у гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников. 16 При обследовании – выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, ЩФ – 413 Ед/л, ГГТП – 62 Ед/л. В общем анализе крови: СОЭ – 25 мм/час.

Поставьте наиболее вероятный диагноз. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какое лечение следует назначить данному больному?

Правильный ответ: Первичный билиарный цирроз.

Обследование - Биохимический анализ крови: билирубин общий и прямой, холестерин, мочевины крови, общий белок, белковые фракции, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, гаммаглутаматтрансферазы, фибриноген. Общий анализ крови + ретикулоциты, тромбоциты. Общий анализ мочи. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы. Эзофагогастродуоденоскопия. Коагулограмма. Ig M. Антимитохондриальные антитела.

Дифференциальный диагноз проводят с подпеченочной желтухой, вторичным билиарным циррозом печени, раком печени, редкими формами цирроза печени:

веноокклюзивные циррозы, циррозы при синдроме Бадда-Киари, болезнь Вильсона-Коновалова.

Лечение - Пеницилламин, Азатиоприн, Колхицин. Кортикостероиды осторожно из-за вероятности развития остеопороза. Холестирамин для уменьшения зуда. Гемосорбенты (активированный уголь). Плазмаферез. Медикаментозная коррекция витаминной недостаточности, дефицита кальция. При неэффективности – пересадка печени.

Задание 42.

Вызов врача-терапевта участкового на дом. Больная А. 41 года заболела остро 6 часов тому назад, когда появился «туман и сетка» перед глазами (не смогла читать газету), несколько часов спустя появилось двоение предметов перед глазами. Рвоты, поноса, сухости во рту не было. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Данные офтальмометрии: снижение остроты зрения на оба глаза, диплопия, птоз, мидриаз. Зрачки не реагируют на свет. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, 80 ударов в минуту. За 10 часов до заболевания ела маринованные грибы собственного консервирования. Вместе с ней ели грибы муж и мать, у которых развились подобные симптомы.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.

Лекарственные препараты каких группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Перечислите мероприятия в эпидемическом очаге данного заболевания

Правильный ответ: Ботулизм лёгкой степени тяжести.

Лабораторная диагностика - клинический анализ крови; биологическая проба: обнаружение и идентификация ботулотоксина в крови и выделениях больного, а также в продуктах питания путём заражения лабораторных животных исследуемым материалом с введением последним анитоксической сыворотки. Определение токсина основано на реакции нейтрализации.

Лечение - поливалентная противоботулиническая сыворотка с целью нейтрализации свободно циркулирующего ботулотоксина однократно в/в. Зондовое промывание желудка, высокая очистительная клизма. Режим форсированного диуреза. Антибиотикотерапия: Левомецетин, Цефалоспорины, Фторхинолоны для профилактики развития вегетативных форм возбудителя, учитывая токсико-инфекционную природу заболевания.

Госпитализация больного во всех случаях, даже при подозрении на ботулизм. Изъятие и лабораторное исследование на наличие ботулотоксина подозрительных продуктов. Медицинское наблюдение за лицами, употреблявшими подозрительные продукты в течение 10 суток, включающее введение поливалентной противоботулинической сыворотки.

Задание 43.

Мужчина 29 лет обратился в поликлинику с жалобами на периодические боли в эпигастральной области ноющего характера, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Данные боли беспокоят в течение 2 лет, но в последнее время участились. Боль снимается приемом антацидных препаратов (Маалокс) и небольшого количества пищи. Не обследовался. Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 60 уд/мин. 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. Отеков нет.

Каков наиболее вероятный диагноз? Какие методы исследования необходимы в данном случае? Какое лечение следует назначить данному больному? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания

Правильный ответ: Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Обострение. Обследование - общий анализ крови, мочи. Анализ кала на скрытую кровь. Железо сыворотки крови. Ретикулоциты. Сахар крови. Бактериологический, морфологический, дыхательный и уреазный (CLO- тест) тесты диагностики инфекции *Helicobacter pylori*. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием. Лечение - Диета. При лечении гастродуоденальных язв, ассоциированных с *Helicobacter pylori* (НР), используется одна из схем для эрадикации НР. Например, ИПН (Омепразол по 20 мг 2 раза в день) вместе с Аmpiциллином 1 г 2 р/сут и Кларитромицином 0,5 г 2 р/сут в течении 14 дней. После окончания комбинированной эрадикационной терапии продолжают лечение препаратом Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут - 8 недель.

Дифференциальный диагноз проводят с язвенной болезнью желудка, раком желудка, гастроэзофагеальной болезнью.

Задание 44.

На приёме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчёсов, учащённое мочеиспускание. В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребёнка при рождении 4,3 кг. Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчёсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бёдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счёт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 250×10^{12} , лейкоциты - $6,1 \times 10^9$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль/л, СКФ - 64,2 ml/min/1,73 Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9 ммоль/л.

Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HbA1c) - 7,5%.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?

Правильный ответ: Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии. ХБП С2, А1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени (ИМТ=30,5 кг/м2). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3. Целевой уровень HbA1c <6,5%.

Лечебная тактика при уровне гликированного гемоглобина 7,5% включает: изменение образа жизни (питание, физические нагрузки), медикаментозная терапия: Метформин 1000 мг 2 раза в день, при непереносимости Метформина можно

рассмотреть назначение препаратов сульфаниламидов (кроме Глибенкламида), ингибиторов ДПП-4, инкретины.

При снижении уровня гликированного гемоглобина показано назначение комбинации 2 препаратов: бигуаниды в сочетании с препаратами сульфаниламидов (или другими препаратами, кроме нерациональных сочетаний). В данном случае Метформин не противопоказан (СКФ > 50). Провести беседу о диете, необходимости физических нагрузок, постепенного снижения массы тела до ИМТ 21,5-25,0.

Задание 45.

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 25 лет с жалобой на постоянное сердцебиение, не связанное с физической нагрузкой и эмоциональным напряжением. При расспросе пациентка сообщила, что в течение последнего месяца похудела на 8 кг, отмечает неустойчивый стул, обеспокоена усиленным выпадением волос. На ЭКГ: синусовая тахикардия 102 удара в 1 минуту. С целью уточнения диагноза назначено исследование гормонов щитовидной железы, консультация врача-эндокринолога, рекомендован приём Бисопролола 2,5 мг 1 раз в день.

По результатам УЗ обследования выявлено увеличение размеров щитовидной железы до 23 см³, диффузное снижение эхогенности, неоднородность эхоструктуры, усиление васкуляризации. Гормональное исследование показало снижение уровня ТТГ, повышение Т4. Эндокринологом поставлен предварительный диагноз "аутоиммунный тиреоидит". Назначено лечение: Тирозол 10 мг в сутки. Дополнительно назначено исследование уровня аутоантител к рецептору ТТГ.

Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и результатов исследования тиреоидного статуса. Какие дополнительные исследования необходимо назначить для дифференциальной диагностики синдрома тиреотоксикоза?

Какие тактические ошибки и необоснованные назначения были сделаны на этапе предварительного обследования?

Какие терапевтические стратегии могут быть реализованы у данного пациента с учётом поставленного диагноза? Обоснуйте выбор наиболее эффективного и безопасного метода лечения.

Правильный ответ: Диффузный токсический зоб I степени (болезнь Грейвса). Манифестный тиреотоксикоз.

Пациенту рекомендовано исследование содержания антител к рецептору ТТГ и ТПО.

На этапе предварительного обследования клинически и по данным исследования тиреоидного статуса было установлено наличие синдрома тиреотоксикоза, однако с целью проведения дифференциального диагноза необходимо было исследование уровня антител к рецептору ТТГ для подтверждения (или исключения) болезни Грейвса. Поскольку такое исследование не было проведено, поставлен неверный диагноз: Аутоиммунный тиреоидит. Назначенное впоследствии лечение тиреостатическим препаратом «тиамазол» не соответствует поставленному диагнозу.

У пациентов с диффузным токсическим зобом, которым впервые поставлен этот диагноз, возможно назначение следующих вариантов терапии: консервативное лечение тиреостатиками, оперативное лечение, радиоiodтерапия (РЙТ).

Задание 46.

Больной М. 66 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2013 году), коронаросклероз (коронарография в 2013 г., 2014 г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск ССО4. ХСН II Б, ФК III».

Жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отеки нижних конечностей. При осмотре АД - 120/70 мм рт. ст., PS – 60 ударов в минуту, при аускультации лёгких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отеки стоп и голеней.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС – 65 ударов в минуту, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка (инфаркт миокарда в анамнезе).

ЭХО-КГ: общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%). Биохимия крови: АСАТ – 45 ед/л, АЛАТ – 39 ед/л, креатинин – 98 мкмоль/л, ОХС – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ЛВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, К+ – 4,0 ммоль/л.

На момент осмотра пациент получает: Верошпирон 25 мг 1 раз в день; Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки; Аторвастатин 40 мг вечером; Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день; Варфарин 5 мг 1 раза в день.

Больной госпитализирован.

Оцените адекватность выбранной диуретической терапии тяжести состояния пациента. Назовите критерии эффективности диуретической терапии для данного пациента.

Укажите комбинацию лекарственных препаратов, сочетание которых усиливает риск брадикардии и АВ-блокады. Перечислите методы контроля безопасности фармакотерапии.

Укажите лабораторный показатель и его целевое значение для оценки эффективности и безопасности назначения Варфарина.

Правильный ответ: Недостаточная доза Спиринолактона (25 мг/сут) на фоне клинических проявлений ХСН ПБ. Для достижения эффективного диуреза необходима комбинированная диуретическая терапия – сочетание Спиринолактона с петлевыми диуретиками (Фуросемид или Торасемид).

При эффективной диуретической терапии должна быть положительная динамика клинических данных (уменьшение отёков, одышки), снижение веса, положительный суточный баланс жидкости.

Одновременное назначение комбинации Дигоксина и Бисопролола повышает риск развития брадикардии и АВ-блокады. Для контроля безопасности фармакотерапии необходим контроль ЧСС, регистрация ЭКГ, возможно проведение холтеровского мониторирования ЭКГ.

МНО – международное нормализованное отношение, для пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий – 2-3.

Задание 47.

Больная И. 54 лет, секретарь-референт, обратилась на приём к врачу-терапевту участковому с жалобами на приливы жара несколько раз в день на фоне постоянного сердцебиения, бессонницу, плаксивость, непереносимость духоты.

Из анамнеза известно, что за последний год после стресса похудела на 10 кг. С детства витилиго. Менструальный цикл с 15 лет до настоящего времени, регулярный, 2 беременности и 2 родов. При осмотре: состояние удовлетворительное, больная эмоционально лабильна, суетлива, мелкокашмиристый тремор век, пальцев рук. Вес - 61 кг, рост – 170 см. Кожные покровы эластичные, диффузно влажные, тёплые. Периферических отёков нет. Гиперемия шеи, зоны декольте, депигментированы кисти. ЧД - 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Пульс – 118 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. АД – 130/60 мм рт. ст. Печень у края рёберной дуги. Щитовидная железа видна на глаз, при пальпации увеличена, эластична, подвижна при глотании, безболезненна. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера, Краузе положительные; отёчный экзофтальм с двух сторон. Гормональный профиль: ТТГ -0,05 мкМЕ/мл (0,3-3,2); св. Т4 - 76,2 пкмоль/л (12,3-25,6); АТ к рецепторам ТТГ - 47 (0). Записана ЭКГ: ЧСС – 116 в минуту, ритм синусовый.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Составьте и обоснуйте план лечения.

Оцените прогноз для пациента.

Правильный ответ: Диффузный токсический зоб II ст. (ВОЗ), тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия II ст. Витилиго.

Обследование - УЗИ щитовидной железы, ОАК (оценка лейкоцитарной формулы, использование тиреостатиков для лечения заболевания вызывает лейкопению), R-графия ОГК; офтальмометрия, глазное дно, УЗИ орбит; ЭХОКГ; гликемический профиль; липидограмма; биохимия крови – общий белок, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины; на фоне лечения тиреостатиками в динамике –ТТГ, Т4 св, АТ к рецептору ТТГ, ОАК, ЭКГ, офтальмометрии.

Лечение - В-адреноблокатор для минимизации симптомов гиперadreнергии. Тиомазол (тиреостатик, блокирующий образование тиреоидных гормонов в щитовидной железе) по 10 мг 3 раза/сутки до достижения клинически эутиреоза, затем с постепенным снижением на 5 мг/нед до поддерживающей дозы -10 мг/сутки, через 4 месяца – контроль АТ к рецептору ТТГ, при уменьшении титра, лечение продолжаем на 1,5–2 года, затем отменяем Тирозол на 2 недели, оценка динамики ТТГ, Т4 св, АТ-к рецептору ТТГ. Лечение эндокринной офтальмопатии при отсутствии фиброза в ретроорбитальной клетчатке – ГКС (противовоспалительный эффект, уменьшение отека и блокирование фиброза), для профилактики ulcerогенного эффекта ГКС – ИПП, Омепразол, 20 мг/сутки.

Прогноз для жизни и труда – благоприятный при проведении адекватной и своевременной терапии.

Задание 48.

Больная 50 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому. Из анамнеза: в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приема Нитроглицерина. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 62 удара в минуту. ЭКГ в покое без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. Во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом скорой помощи, были зарегистрированы подъем сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет у больной отмечается повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст. при оптимальном АД для больной 130/80 мм рт. ст. Отец умер внезапно в возрасте 57 лет, мать страдает артериальной гипертензией и ИБС. Больная курит до 20 сигарет в день в течение 25 лет.

Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте план дополнительного обследования пациента.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

Правильный ответ: ИБС: вариантная стенокардия Принцметала.

Диагноз поставлен на основании жалоб на боли по ночам в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 минут, проходят самостоятельно или после приёма Нитроглицерина; данных анамнеза: во время приступа болей на ЭКГ, снятой врачом «скорой помощи», были зарегистрированы подъем сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2 и атриовентрикулярная блокада II степени.

Обследование - БХ крови: липидограмма; СМЭКГ по Холтеру; стрессЭХОКГ; коронарография.

Дечение - антагонисты кальциевых каналов; иАПФ, никорондил.

Дифференцировать с ИБС: острый инфаркт миокарда; ИБС: прогрессирующая стенокардия.

Задание 49.

В поликлинику пришла больная 63 лет с жалобами на умеренные постоянные боли в левой нижней конечности, её отек, интенсивную головную боль, тошноту и однократную рвоту, приносящую кратковременное облегчение. Из анамнеза выяснено, что заболела больная остро двое суток назад, когда почувствовала озноб (температура тела повышалась до 39-40 °С), тошноту. Самостоятельно не лечилась, расценив данное состояние как следствие переохлаждения и простуды. Однако, через 12 часов на передненаружной поверхности левой голени выявила у себя резко ограниченное болезненное покраснение и отёк. Обратилась за медицинской помощью.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Аускультативно выслушивается систолический шум в проекции митрального клапана. Артериальное давление - 140/95 мм рт. ст. Температура тела - 38,8 °С. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Мочиспускание свободное, безболезненное.

Местный статус: левая нижняя конечность в области голени отечна, с резко ограниченной зоной гиперемии. Покраснение распространяется дугообразно в разные стороны. Пальпаторно данная область болезненная и горячая. Пульсация а. dorsalis pedis и tibialis posterior ослаблены.

Поставьте предварительный диагноз

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Определите лечебную тактику. Сформулируйте принципы профилактики

Правильный ответ: Рожистое воспаление левой нижней конечности. Эритематозная форма. Средняя степень тяжести.

При дифференциальном диагнозе следует думать о флегмоне, эритеме, дерматите, лимфангите сетчатом, тромбофлебите и эризепилоиде (свиной краснухе).

Лечение начинают с введения антибиотиков (препараты выбора - пенициллины или тетрациклины) в течении 4-10 дней. Показаны противовоспалительные и жаропонижающие средства, УФО крови. Левую нижнюю конечность иммобилизируют. Локально назначают УФО (эритемные дозы). Больной должен быть изолирован в отдельную палату. По существующим правилам и приказам эритематозная форма рожистого воспаления должна лечиться в инфекционных стационарах или отделениях. Только буллезно-некротическая и абсцедирующая формы рожистого воспаления лечатся в хирургических стационарах.

Профилактика рожистого воспаления сводится к предупреждению травм, потертостей, ссадин, микротравм, являющихся входными воротами для стрептококков. Терапия эпидермофитий, трофических язв и других хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки входит в мероприятия по профилактике рожи.

Задание 50.

Больной 25 лет Петров И. И., водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднённым выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю, чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела – 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост – 175 см, вес – 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии - ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца:

в пределах нормы. При аускультации—дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурических явлений нет.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

Составьте план лечебных мероприятий.

Проведите врачебно-трудовую экспертизу (ВТЭ), определите противопоказанные виды труда. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

Правильный ответ: Бронхиальная астма эндогенная форма, среднетяжелого персистирующего течения, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.

План обследования: - клинический анализ крови; - ЭКГ; - спирометрия + проба с бронхолитиком; - рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; - общий анализ мокроты; - консультация врача-пульмонолога; - консультация врача-оториноларинголога.

План лечения: - Отказ от курения. С целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β₂- адреномиметики (Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β₂-агонистами (Формотерол 9-18 мкг/сут). -

Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

Показания к неотложной госпитализации у пациента - неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ₁<50% от должного после применения бронходилататоров); симптомы обострения астмы нарастают или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий; не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикоидами.)

Задание 51.

Больная 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными гипотензивными средствами.

При осмотре: подчёркнуто крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при дополнительном расспросе указала, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как её невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, сальная, с обильной растительностью по мужскому типу. Сердце, по рентгеновским данным, увеличено. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс нормальный. Печень также увеличена, безболезненная.

Биохимический анализ крови: без существенных отклонений от нормы, уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?

Составьте план дополнительного обследования пациента. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Какие осложнения можно ожидать?

Правильный ответ: Акромегалия.

Обследование - определение уровня СТГ в сыворотке крови; тест с бромокриптином; проба с тиреолиберином; определение в крови соматомедина С; рентгенологическое исследование черепа, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головы.

Основной целью лечения является снижение уровня СТГ в крови и устранение неврологической симптоматики: нейрохирургическое лечение; при невозможности оперативного лечения или недостаточном его эффекте проводится лучевая терапия на область гипофиза; из консервативных методов лечения используются Соматостатин и Бромокриптин.

Ожидаемые осложнения - Вторичная кардиомиопатия; артериальная гипертензия; сахарный диабет; ХСН; гипопитуитаризм; эмфизема лёгких.

Задание 52.

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащённое мочеиспускание, озноб.

Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°C. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отёков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $18,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час. Общий анализ мочи: реакция - щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.

Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии.

Правильный ответ: Хронический двусторонний пиелонефрит, фаза обострения.

Для уточнения диагноза необходимо выполнить бактериологическое исследование мочи с целью типирования микрофлоры; исследование мочи по Зимницкому; определение креатинина крови, при нормальных значениях показана внутривенная экскреторная урография (для оценки анатомического и функционального состояния мочевыводящих путей).

Исследование, необходимое для назначения адекватной терапии - определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам.

Наблюдение врача-нефролога, врача-терапевта участкового по месту жительства, санация хронических очагов инфекции. Контроль общего анализа мочи 1 раз в месяц, внеочередной контроль общего анализа мочи при интеркуррентных заболеваниях. Противорецидивное лечение после обострения в течение 1 года с применением растительных уросептиков. Сцинтиграфия почек через 6 месяцев после купирования атаки пиелонефрита (наличие очагов сморщивания паренхимы почек у пациентки с хроническим воспалительным процессом). Мониторинг СКФ 1 раз в 6 месяцев.

Задание 53.

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал Преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в минуту.

Данные обследования: Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Укажите основной клинико-лабораторный синдром. Сформулируйте предположительный диагноз. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

Правильный ответ: Нефротический синдром.

Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения.

Проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, определение креатинина, мочевины, электролитов, тромбоцитов, коагулограмма, время свёртываемости крови, расчёт СКФ, определение суточной протеинурии, исследование глазного дна, пункционная биопсия почек.

Пациенту показана диета №7. Основное лечение состоит из четырёхкомпонентной схемы, включающей в себя глюкокортикостероиды (Преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут); цитостатики (Циклофосфан 100-200 мг/сут); антикоагулянты (Гепарин 10 тыс. ЕД/сут); антиагреганты (Курантил 300-400 мг/сут). Дополнительно: диуретики, ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра.

Временная нетрудоспособность – 60-75 дней. Диспансерный осмотр – не реже 1 раза в 3 месяца.

Задание 54.

Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на участвовавшие в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе аллергический ринит. Ухудшение состояния связывает с переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Периферические отёки отсутствуют. Над лёгкими дыхание жёсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - $4,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч. Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна. Рентгенограмма лёгких. Инфильтративных теней в лёгких не определяется. Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей.

Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.

Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты.

Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Назначьте лечение. Имеются ли показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов в данном случае?

Правильный ответ: Бронхиальная астма, смешанная, персистирующая, средней степени тяжести, обострение. Степень тяжести бронхиальной астмы (персистирующая, средней тяжести) выставляется на основании количества дневных приступов (в данном случае ежедневно), ночных симптомов (3 раза в неделю).

Спирометрия с использованием ингаляционного бронхолитика быстрого действия. Критерием обратимости бронхиальной обструкции служит прирост ОФВ1 $\geq 15\%$. У данной пациентки обструкция является обратимой. Рентгенография лёгких.

Обучение пациентов. Контроль окружающей среды. Медикаментозное лечение начинаем с 3 ступени. Для контроля бронхиальной астмы - низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + В2 агонист длительного действия.

Да, у данной пациентки имеются показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов. При этом следует помнить о местных нежелательных эффектах: орофарингеальный кандидоз, дисфония, кашель из-за раздражения верхних дыхательных путей.

Задача 55.

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×10⁹/л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%. Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – 12,0 мг/л, фибриноген – 5 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная.

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Сформулируйте диагноз. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии? Какие антицитокнины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании? Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

Правильный ответ: Язвенный колит, левосторонняя форма, хроническое рецидивирующее течение, тяжёлой степени. Осложнения: гипопропротеинемия, хроническая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

Внекишечные проявления - аутоиммунные, связанные с активностью заболевания: артропатии (артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), поражение СО (афтозный стоматит), поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит); аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания: ревматоидный артрит (серонегативный), анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит, первичный склерозирующий холангитостеопороз, остеомалация; псориаз; обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями: холелитиаз, стеатогепатоз, стеатогепатит; тромбоз периферических вен, ТЭЛА, амилоидоз.

Инфликсимаб, ремикейд. Лечение больных, страдающих язвенным колитом, у которых традиционная терапия (Сульфасалазин, Салофальк, Преднизолон, Азатиоприн) была недостаточно эффективна.

1-я линия – Метронидазол 1,5 мг/сут + Фторхинолоны (Ципрофлоксацин, Офлоксацин) в/в 10-14 дней; 2-я линия – Цефалоспорины в/в 7-10 дней

Задание 56.

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного? Составьте план дополнительного обследования больного. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?

Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

Правильный ответ: Артериальная гипертония 3 степени, 2 стадии, риск ССО 4. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.

Отягощённая наследственность по материнской линии. Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), гиперлипидемия, ожирение, альбуминурия.

Суточное мониторирование АД для оценки суточного профиля АД; ЭКГ; ЭХО-КГ для оценки поражения органа-мишени (выявление гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функции сердца); лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи; анализ крови на содержание креатинина, глюкозы, калия, натрия); исследование сосудов глазного дна; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени; ЦДС сосудов головного мозга (для выявления поражений органа-мишени).

Диета с ограничением: соли до 4-6 г в сутки; насыщенных жиров; энергетической ценности рациона при ожирении; ограничение употребления алкоголя; регулярные физические упражнения; прекращение курения; снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.

Хлорталидон, Индапамид или Гипотиазид.

Задание 57.

Мужчина 56 лет обратился к врачу-терапевту участковому с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,4°C. Кашель с мокротой отмечает в течение 10 лет. Обострения заболевания 3-4 раза в год, преимущественно в холодную сырую погоду. Около 2 лет назад появилась одышка при физической нагрузке, мокрота стала отходить с трудом. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день.

При осмотре: лицо одутловатое, отмечается теплый цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. Над лёгочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на лёгочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный,

ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Периферических отёков нет.

Анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты - $9,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: лёгочные поля повышенной прозрачности, лёгочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднён на периферии, корни лёгких расширены, выбухание ствола лёгочной артерии. Инfiltrативных изменений не выявлено.

ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка.

Данные спирографии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

Сформулируйте клинический диагноз. Назначьте лечение. Критерии назначения антибактериальной терапии при данном заболевании. Определите показания к госпитализации.

Правильный ответ: Хроническая обструктивная болезнь лёгких, крайне тяжёлое течение, стадия обострения. Хроническое лёгочное сердце, компенсация. ДН II.

Лечение: Отказ от курения. Бронходилатирующая терапия (через небулайзер комбинированные бронхорасширяющие препараты М-холиноблокаторы + β_2 -адреномиметики (например, Беродуал), антибактериальная, противовоспалительная терапия. Отхаркивающие и муколитические средства (Ацетилцистеин, Бромгексин, Карбоцистеин, Амброксол). Оксигенотерапия. Дыхательная гимнастика.

Показанием к антибактериальной терапии больным ХОБЛ считается диагностика инфекционного характера обострения: усиление одышки, усиление кашля или увеличение количества мокроты, гнойная мокрота.

Показание к госпитализации - значительное нарастание интенсивности симптомов. Тяжелая ХОБЛ. Неэффективность начальной лекарственной терапии обострения. Возникновение острой или обострение хронической сопутствующей патологии. Старческий возраст, возникновение декомпенсации лёгочного сердца.

Задание 58.

Больная Н., 20-ти лет, студентка, во время очередной сессии отметила появление болей в животе, с локализацией преимущественно вокруг пупка, различной интенсивности, исчезающие после дефекации. Стул 4-5 раз в сутки, кал с примесью слизи. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. АД 115/70 мм рт. ст. Пульс 78 в минуту, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, при пальпации

разлитая болезненность по ходу кишечника. Все клинико-лабораторные показатели крови и мочи без патологии. О каком заболевании можно подумать? План обследования и лечения?

Правильный ответ: Предварительный диагноз: синдром раздраженного кишечника. План обследования: ОАК, ОАМ, копрограмма, биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, ЩФ, амилаза, кровь на скрытую кровь. Инструментальная диагностика: ФГДС, колоноскопия. Лечение: спазмолитики (но-шпа, дюспаталин), смекта по 1 пакету 3 раза в день, консультация психиатра

Задание 59.

У женщины с беременностью 18 недель жалобы на утомляемость, головные боли, общую слабость, сердцебиение, одышку даже при малейшей физической нагрузке, выпадение волос, ломкость ногтей. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 37,2⁰С. Над легкими везикулярное дыхание, тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот спокойный. Периферических отеков нет. В общем анализе крови эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100 г/л, анизоцитоз. Общий анализ мочи без особенностей. О каком заболевании можно думать? Ваша лечебно-диагностическая тактика?

Правильный ответ: Диагноз: Железодефицитная анемия беременных легкой степени тяжести. Обследование: железо сыворотки, ферритин, трансферин, ОЖСС. Лечение: диета с повышенным потреблением продуктов, содержащих железо, при дальнейшем снижении показателей гемоглобина – назначение препаратов железа.

Задание 60.

69-летний мужчина впервые обратился в поликлинику по месту жительства в связи с типичными приступами стенокардии напряжения. Около 10 лет наблюдается в поликлинике по месту работы в связи с ишемической болезнью сердца, где в последние годы обратили внимание на систолический шум при аускультации сердца. Объективно: грубый систолический шум во 2-м межреберье справа от грудины и над сонной артерией без пальпируемого местного дрожания, пульс 66 в минуту, ритмичный. АД 200/90 мм рт. ст., признаков сердечной недостаточности нет. При ЭХО КГ выявлено: небольшая гипертрофия стенок левого желудочка, неполное раскрытие аортального клапана, кальцификаты в нем. О каком заболевании можно подумать? План обследования и лечения?

Правильный ответ: Диагноз: ИБС стенокардия напряжения, стеноз АК. Артериальная гипертензия 3 стадии 3 степени тяжести, группа риска 4. План обследования: ОАК, ОАМ, коагулограмма, липидограмма, ЭКГ, биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины. Лечение: ИАПФ (рамиприл 10 мг 1

раз в сутки), гипотиазид 25 мг 1 раз в сутки, верошпирон 25 мг 1 раз в сутки, бисопролол 5 мг 1 раз в сутки, изосорбида динитрат 20 мг 3 раза в день.

Задание 61.

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется.

Данные фиброгастроуденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Дайте немедикаментозные рекомендации больному. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

Правильный ответ: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени. Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).

Лечение: Частое дробное питание 5-6 раз в день, ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты с исключением жирной пищи, шоколада, кофе, цитрусовых, лука, чеснока, приподнять головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес.

Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию.

Задание 62.

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/ч.

Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план дополнительного обследования. Составьте и обоснуйте план лечения.

Правильный ответ: Диагноз: Неспецифический язвенный колит, средней степени тяжести.

Обследование: фиброколоноскопия с биопсией (исключить рак кишки, псевдомембранозный колит), ирригография.

Лечение: для назначения в данном случае лечения необходимо получить результаты фиброколоноскопии. В случае выявления признаков язвенного колита необходимо назначение системных глюкокортикоидов и препаратов 5 аминосалициловой кислоты.

Задание 63.

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отёки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отёки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт ненапряжённого асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, край её закруглён, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Установите предварительный диагноз. Наметьте план обследования пациента на первом этапе. Определите тактику лечения. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

Правильный ответ: Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II Б стадия, ФК IV. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки.

Лечение: Ингибиторы АПФ, дигоксин, бета-адреноблокаторы, диуретики.

Необходимо направить больную на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для обсуждения хирургической коррекции порока

Задание 64.

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжён, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт.ст. с обеих сторон.

Установите предварительный диагноз. Наметьте план обследования пациента на первом этапе. Определите круг дифференциального диагноза. Определите тактику лечения.

Правильный ответ: Диагноз: Коарктация аорты.

Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, СРБ, АСЛ-О, фибриноген, ЭКГ, ЭХО-КГ, аортография, ультразвуковое исследование почек.

Коарктацию аорты следует дифференцировать с аортальным стенозом, гипертонической болезнью и симптоматическими гипертензиями

Лечение хирургическое, симптоматическая антигипертензивная терапия (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальциевых каналов).

Задание 65.

Больная А. 38 лет с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно. В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой

помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта. При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние. Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

Установите предварительный диагноз. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе. Определите круг дифференциального диагноза. Определите тактику лечения.

Правильный ответ: Феохромоцитома. Кризовая форма. Гипертонический криз.

Пациентке рекомендовано: ОАК, сахар крови натощак, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты, проба с тропafenом.

Дифференциальная диагностика с гипертоническим кризом, симптоматическими артериальными гипертензиями.

Тактика лечения: Альфа-адреноблокаторы, при необходимости комбинация с бета-адреноблокаторами, антагонистами кальциевых каналов, ингибиторами АПФ. В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).

Задание 66.

Пациент Н. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на ухудшение в течение последних 2 недель состояния: повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст., слабость, потливость, ноющие боли в поясничной области, повышение температуры до 37,8°C к вечеру, небольшая пастозность век и лица по утрам. В течение последних 2 месяцев принимает Диклофенак в дозе 150 мг в сутки от болей в суставах (страдает остеоартрозом).

Анализ крови: СОЭ - 30 мм/ч, лейкоциты - 6500, Нв - 112 г/л. Анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, 1003, кислая; белок - 0,33%; эритроциты - 5-6 в поле зрения; лейкоциты - 10 в поле зрения.

В чём возможная причина этих клинических проявлений? Какие дополнительные исследования для уточнения диагноза Вы назначите? Какие будут Ваши рекомендации до получения результатов дообследования? Какие возможны побочные эффекты при приёме нестероидных противовоспалительных препаратов? Какую группу антигипертензивных препаратов Вы назначите этому пациенту, учитывая возможный приём нестероидных противовоспалительных средств?

Правильный ответ: Возможные причины: нефротоксическое действие Диклофенака, присоединение инфекции мочевыводящих путей, первичное поражение почек (гломерулонефрит).

Добследование: Анализ мочи по Нечипоренко, бактериологический анализ мочи, ультразвуковое исследование почек. Необходимо отменить приём Диклофенак.

Побочные эффекты НПВС - гастротоксическое действие, увеличение кардиоваскулярных рисков, гепатотоксическое действие.

Лечение - Антагонисты кальциевых каналов длительного действия.

Задание 67.

Больной М. 44 лет на приёме у врача-терапевта участкового жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса. Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В анамнезе - повторные ангины.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отёк. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии; правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счёт жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул регулярный.

При лабораторном исследовании было выявлено ТТГ: 14 мМЕ/л (норма 0,4-4 мМЕ/л), св. Т4 – 5,6 пмоль/мл (10 пмоль/л-25 пмоль/л, анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл). Общий анализ крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, гемоглобин - 96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Электрокардиография – снижение вольтажа зубцов, брадикардия, уплощения зубца Т.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план обследования пациента, необходимый для подтверждения диагноза. Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи. Через 3 месяца после назначенной патогенетической терапии уровень ТТГ - 7,2 мМЕ/л. Ваша дальнейшая тактика.

Правильный ответ: Аутоиммунным тиреоидит. Гипотиреоз, средней тяжести (манифестный), декомпенсированный.

Пациенту рекомендовано проведение УЗИ щитовидной железы для уточнения размеров, эхогенности ткани и её васкуляризации, скинтиграфия щитовидной железы.

Заместительная терапия гормонами щитовидной железы (L-тироксин). У больных моложе 55 лет, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний, назначают L-тироксин в дозе 1,6-1,8 мкг/кг массы тела. Лечение начинают с полной дозы ЛС. Ориентировочная начальная доза для мужчин – 100 мкг/сут.

Дальнейшая тактика - необходимо увеличить дозу L-тироксина на 25 мкг.

Задание 68.

Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд. Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу. Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит. Мама страдала сахарным диабетом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м². Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчёсов. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет.

В анализах: глюкоза крови натощак - 5,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования пациента.

В результате проведённого исследования было выявлено, что у пациентки глюкоза крови натощак - 6,1 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 11,1 ммоль/л; HbA1c - 7,1%. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор. Дайте больной рекомендации по питанию.

Правильный ответ: Сахарный диабет тип 2, целевое значение HbA1c < 7,0%. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром).

Повторное определение гликемии в последующие дни, пероральный глюкозотолерантный тест, определение HbA1c.

У больной имеется ожирение 2 степени и исходный уровень HbA1c = 7,1%. Рекомендовано изменение образа жизни: диета, физическая активность. Монотерапия: метформином, иДПП-4 или аГПП-1. Рекомендуются ограничение

калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела. Это так же обеспечит положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов. Необходимо максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; рекомендовано умеренное потребление сложных углеводов (крахмал) и белков. Рекомендовать употребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов. Важно включить в рацион продукты богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительное масло).

Задание 69.

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 25 лет с жалобой на постоянное сердцебиение, не связанное с физической нагрузкой и эмоциональным напряжением. При расспросе пациентка сообщила, что в течение последнего месяца похудела на 8 кг, отмечает неустойчивый стул, обеспокоена усиленным выпадением волос. На ЭКГ: синусовая тахикардия 102 удара в 1 минуту. С целью уточнения диагноза назначено исследование гормонов щитовидной железы, консультация врача-эндокринолога, рекомендован приём Бисопролола 2,5 мг 1 раз в день.

По результатам УЗ обследования выявлено увеличение размеров щитовидной железы до 23 см³, диффузное снижение эхогенности, неоднородность эхоструктуры, усиление васкуляризации. Гормональное исследование показало снижение уровня ТТГ до 0,23 м Ед/л, повышение сТ4 до 53,7 пмоль/л. Эндокринологом поставлен предварительный диагноз "аутоиммунный тиреодит". Назначено лечение: Тирозол 10 мг в сутки. Дополнительно назначено исследование уровня аутоантител к рецептору ТТГ.

Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинической картины и результатов исследования тиреоидного статуса. Какие дополнительные исследования необходимо назначить для дифференциальной диагностики синдрома тиреотоксикоза? Какие тактические ошибки и необоснованные назначения были сделаны на этапе предварительного обследования? Какие терапевтические стратегии могут быть реализованы у данного пациента с учётом поставленного диагноза?

Правильный ответ: Диффузный токсический зоб I степени (болезнь Грейвса). Манифестный тиреотоксикоз.

Пациенту рекомендовано исследование содержания антител к рецептору ТТГ и ТПО.

На этапе предварительного обследования клинически и по данным исследования тиреоидного статуса было установлено наличие синдрома тиреотоксикоза, однако с целью проведения дифференциального диагноза

необходимо было исследование уровня антител к рецептору ТТГ для подтверждения (или исключения) болезни Грейвса. Поскольку такое исследование не было проведено, поставлен неверный диагноз: Аутоиммунный тиреодит. Назначенное впоследствии лечение тиреостатическим препаратом «тиамазол» не соответствует поставленному диагнозу.

У пациентов с диффузным токсическим зобом, которым впервые поставлен этот диагноз, возможно назначение следующих вариантов терапии: консервативное лечение тиреостатиками, оперативное лечение, радиойодтерапия. Наиболее эффективным, безопасным и экономически оправданным методом лечения болезни Грейвса в настоящее время является радиойодтерапия.

Задание 70.

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 36 лет с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ – 27,2 кг/м²), отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась. При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД – 105/60 мм рт. ст. По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин – 7,8 ммоль/л, триглицериды – 4,7 ммоль/л, глюкоза крови – 3,4 ммоль/л.

На ЭКГ: брадикардия – 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.

Сформулируйте предварительный клинический диагноз. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки. Консультации каких специалистов следует включить в план обследования? Какова тактика и длительность лечения данного пациента?

Правильный ответ: Синдром гипотиреоза (первичный послеоперационный гипотиреоз).

С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза, а также объёма предшествующего оперативного вмешательства необходимо определить уровень ТТГ, свободного Т₄, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину, выполнить УЗИ щитовидной железы. Рекомендуются консультации врача-кардиолога, врача-гинеколога, врача-гастроэнтеролога, врача-гематолога.

У лиц моложе 50 лет, при отсутствии сердечно-сосудистой патологии, первоначальная доза L-тироксина может составлять 50 мкг с быстрым повышением до полной заместительной дозы (1,6-1,8 мкг на кг веса). Исследование уровня ТТГ проводится не ранее, чем через 2 месяца после подбора полной заместительной дозы

препарата. Заместительная терапия препаратами L-тироксина проводится пожизненно. Оценка адекватности заместительной терапии проводится по уровню ТТГ. У большинства пациентов контроль уровня ТТГ осуществляется 1 раз в год.

Задание 71.

Больной Р. 38 лет по профессии подсобный рабочий, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,0 °С, кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, головную боль, слабость, в конечностях, потливость. Заболел остро после переохлаждения. Вредные привычки: курит более 15 лет по 20 сигарет в день; сопутствующих заболеваний нет. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективные данные: кожные покровы бледноватые, влажные. Обращает внимание повышенная потливость больного. Нёбные миндалины покрыты беловатым налётом, гиперемированы. В лёгких дыхание ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧД в покое до 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Лабораторные и инструментальные методы обследования. Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты $4,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 28%, сегментоядерные – 57%; СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,99 г/л, гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: АЛТ – 58 ед/л; АСТ – 100 ед/л; креатинин – 115 мкмоль/л; фибриноген – 8 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Очаговых изменений миокарда, гипертрофии миокарда нет.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговая инфильтрация в базальных отделах правого лёгкого, деформация корня правого лёгкого.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска.

Через 3 дня терапии температура тела нормализовалась – 36,8°С, уменьшилась интоксикация (снижение слабости, потливости, улучшение аппетита), уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Правильный ответ: Внебольничная правосторонняя пневмония. ДН II.

Пациенту рекомендовано: проведение ФВД для выявления дыхательной недостаточности.

Пациент с нетяжёлой внебольничной пневмонией, факторов риска резистентности возбудителей нет. Антибиотиками 1 выбора являются Амоксициллин или макролиды (Кларитромицин, Азитромицин), так как у данного больного молодой возраст и вероятными возбудителями могут быть - *S. Pneumoniae*, *H. Influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*. Дальнейшая тактика - продолжать антибактериальную терапию без изменений еще 3-4 дня, продолжить динамическое наблюдение. Контроль анализа крови через 7 дней, рентген-контроль.

Задание 72.

Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приёма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чёрный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налётом, влажный. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот напряжённый, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул чёрный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 61%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 30%; моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/час.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какой группы противоязвенных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в стартовой терапии? Обоснуйте свой выбор. Через 2 недели терапии выявлены признаки рубцевания язвы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Правильный ответ: Язвенная болезнь желудка, осложнённая кровотечением на фоне приёма НПВС.

Пациенту рекомендовано: проведение ЭГДС для выявления места кровотечения, консультация врача-хирурга для определения дальнейшей тактики лечения.

Лечение - Ингибиторы протонной помпы являются препаратами выбора при язве, вызванной НПВС (Эзомепразол 40 мг 1 раз в день, так как у данного препарата лучше фармакокинетика и фармакодинамика, нет влияния генетического полиморфизма).

Дальнейшая тактика - продолжить противоязвенную терапию без изменений, определить наличие *H. pylori*; при положительном ответе – назначить антихеликобактерную схему лечения.

Задание 73.

Больной обратился через 3 мес после возникновения первых клинических признаков заболевания. Предъявляет жалобы на периодическое возникновение приступов удушья, купируемых вентолином (в юности получал лечение по поводу бронхиальной астмы, в дальнейшем приступы прекратились). При осмотре – ЧСС 68, АД 135/85, в легких – единичные сухие хрипы, в остальном – без особенностей. Постоянно принимает бисопролол в связи с имеющейся наджелудочковой экстрасистолией.

Какие препараты с наибольшей вероятностью могли вызвать бронхоспазм? Какова дальнейшая тактика ведения данного пациента?

Правильный ответ: с наибольшей вероятностью могли вызвать бронхоспазм аспирин и бисопролол. Дальнейшая тактика ведения данного пациента - отменить бисопролол, назначить верапамил.

Задание 74.

Больной 62 лет в течение 2-х лет отмечал приступы стенокардии 2-3 функциональный класс и АГ. Около 3-х недель назад был госпитализирован в связи с развитием ОКС. В стационаре проведено стентирование коронарных артерий (2 стента Sypher с лекарственным покрытием), исключен инфаркт миокарда. По данным выписки: общ ХС 6,2, Хс ЛПНП 3,8, Хс ЛПВП 1,1, ТГ 2,9, глюкоза 5,7-5,9, АСТ 39, АЛТ 45, общ билирубин 18, креатинин 79. ЭКГ (перед выпиской) – без особенностей. При ЭХО-КГ – сократительная способность не нарушена, полости не расширены, небольшая гипертрофия левого желудочка. Больному рекомендована терапия аспирином 100 мг/с, клопидогрелем 75 мг/с, аторвастатином 20 мг/с, валсартаном 160 мг/с (кашель при приеме периндоприла), бисопрололом 10 мг/с, нитросорбидом 10 мг утром (перед физической нагрузкой).

Больной обратился для уточнения режима лекарственной терапии Какова длительность приема комбинации аспирин+клопидогрель? Какие целевые показатели липидного спектра у данного больного? Обсуждается доза аторвастатина? Какие из рекомендованных в выписке препаратов улучшают прогноз в данном случае?

Правильный ответ: длительность приема комбинации аспирин+клопидогрель-6-12 месяцев после стентирования. Целевые показатели липидного спектра у данного больного - ЛПНП < 1,4 ммоль/л или снижение на 50%. Доза аторвастатина - 40 мг. Улучшают прогноз в данном случае комбинация - Аспирин/клопидогрель, аторвастатин, валсартан

Задание 75.

Больной 65 лет с диагнозом «гипертоническая болезнь II степени, ИБС, стенокардия напряжения стабильная, ФК II, гиперлипидемия (ОХС - 6 ммоль/л, ЛПНП - 4 ммоль/л, ЛПВП - 1,0 ммоль/л), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II стадия, ФК II». АД - 135/95 мм рт. ст., имеется фибрилляция предсердий, постоянная форма, ЧСЖ - 85 уд/мин. Больной получает лечение: Эналаприл по 5 мг 2 раза, Нифедипин по 10 мг 2 раза, Изосорбитадинитрат пролонгированный 40 мг 2 раза, Гипотиазид 25 мг 1 раз утром, Дигоксин 0,25 мг 1 раз в сутки, Верапамил по 120 мг 3 раза. Состояние больного не улучшается.

Оцените обоснованность получаемых препаратов.

Какая группа препаратов является важнейшей при ИБС, ХСН и фибрилляции предсердий? Какие осложнения возможны при постоянной форме фибрилляции предсердий, и какие меры профилактики должны быть предприняты?

Какой антикоагулянт необходим и каковы меры контроля эффективности и безопасности?

Каковы меры по борьбе с гиперлипидемией у больного?

Правильный ответ: Обосновано назначение ИАПФ – эналаприла и тиазидного диуретика - гидрохлортиазида, назначение всех остальных препаратов не обосновано: нифедипин – короткодействующий препарат, дигоксин – препарат, вызывающий синдром обкрадывания, верапамил – малоэффективен при развитии фибрилляции предсердий.

Важнейшей группой препаратов при ИБС, ХСН и фибрилляции предсердий являются β -адреноблокаторы. При постоянной форме фибрилляции предсердий одними из самых грозных осложнений являются тромбоэмболические осложнения. Мерой профилактики является своевременное назначение антикоагулянтов.

Необходимыми являются антикоагулянты: Ривораксабан, апиксабан. Меры контроля: своевременный контроль МНО.

Лечение гиперлипидемии - назначение розувастатина в дозе 20 мг в сутки, через 3 месяца контроль и коррекция гиполипидемической терапии.

ПК- 6:

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Частота патологии среди населения, устанавливаемая при проведении медицинских осмотров, в результате которых учитываются все заболевания и преморбидные состояния, называется:

1. Патологической пораженностью
2. Исчерпанной заболеваемостью
3. Истинной заболеваемостью
4. Распространенностью
5. Болезненностью

Правильный ответ:1

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Для выявления заболеваний на ранних стадиях следует отдать предпочтение способу изучения:

1. По обращаемости в поликлинику
2. По обращаемости за скорой медицинской помощью
3. По причинам смерти
4. По данным медицинских осмотров
5. Целесообразно использовать все перечисленные способы

Правильный ответ:4

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Самыми чувствительными показателями эффективности диспансеризации больных хроническими заболеваниями являются:

1. Снижение сопутствующей патологии
2. Снижение частоты обострений и увеличение длительности ремиссий
3. Увеличение процента выздоровевших
4. Снижение смертности
5. Все перечисленное

Правильный ответ:2

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ

В международную классификацию болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра включено количество классов болезней:

1. 7
2. 9
3. 12
4. 17
5. 21

Правильный ответ:5

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Контроль качества медицинских услуг на федеральном уровне осуществляет:

1. Министерство здравоохранения РФ
2. Федеральное медико-биологическое агентство
3. Государственная служба стандартизации
4. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
5. ФФОМС

Правильный ответ:4

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Лицензия на осуществление медицинской деятельности выдается на срок:

1. На разные виды медицинской деятельности на срок от трех до пяти лет
2. Медицинская деятельность не подлежит лицензированию
3. На три года
4. Бессрочно
5. На пять лет

Правильный ответ:4

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Порядок оказания медицинской помощи включает в себя все, кроме:

1. Этапы оказания медицинской помощи
2. Правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача)
3. Стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений
4. Рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений
5. Тарифы

Правильный ответ:5

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Режим и формы работы медицинской организации, нагрузка персонала определяются:

1. На федеральном уровне
2. На уровне субъекта федерации
3. На уровне муниципального органа управления здравоохранением
4. На уровне руководителя медицинской организации
5. Уставом и коллективным договором

Правильный ответ:4

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ

В качестве страхователя при ОМС выступают:

1. Юридические или физические лица, уплачивающие страховые взносы
2. Лица, получающие страховое возмещение при наступлении страхового случая
3. Страховые организации, выплачивающие страховое возмещение
4. Медицинские организации, работающие в условиях ОМС
5. Федеральный фонд ОМС

Правильный ответ:1

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не имеют права на получение плановой медицинской помощи в медицинских организациях:

1. Граждане при постановке их на воинский учет
2. Граждане при призыве или поступлении на военную службу по контракту
3. Военнослужащие и приравненные к ним лица
4. Граждане при поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования

5. Граждане при призыве на военные сборы или граждане, направляемые на альтернативную гражданскую службу

Правильный ответ:3

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения оплачиваются:

1. Работающими гражданами
2. Работодателями
3. Администрацией субъектов РФ
4. Муниципальной администрацией
5. Профсоюзами

Правильный ответ:2

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Гражданам Российской Федерации полис ОМС выдается:

1. Без ограничения срока действия
2. На 1 год
3. На 5 лет
4. На срок действия лицензии страховой медицинской организации

Правильный ответ:1

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Гражданин приобретает право на обязательное медицинское страхование:

1. С момента рождения
2. С 18 лет
3. С начала трудовой деятельности (заключения трудового договора)
4. С момента получения (оформления) страхового полиса
5. С момента перечисления страховых взносов страхователем

Правильный ответ:1

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить бесплатную медицинскую помощь:

1. В территориальной поликлинике
2. В любой поликлинике населенного пункта
3. На всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства
4. В любом лечебном учреждении СНГ

5. Только в медицинской организации по месту регистрации

Правильный ответ:3

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется гражданином, путем обращения:

1. В медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь
2. В страховую медицинскую организацию
3. В муниципальный орган управления здравоохранением
4. В территориальный фонд ОМС
5. В территориальное управление Росздравнадзора

Правильный ответ:1

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Гражданин России приобретает право на добровольное информированное согласие или отказ от медицинского вмешательства:

1. С 12 лет
2. С 14 лет
3. С 15 лет
4. С 16 лет
5. С 18 лет

Правильный ответ:3

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Констатация биологической смерти человека осуществляется:

1. Консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент
2. Врачебной комиссией медицинской организации
3. Комиссией по изучению летальных исходов
4. Врачом-патологоанатомом или судебным медиком
5. Медицинским работником (врачом или фельдшером)

Правильный ответ:5

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Медицинская организация обязана безотлагательно оказывать медицинскую помощь пациенту независимо от подчиненности, формы собственности и механизма оплаты:

1. При состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
2. При оказании социально гарантированных медицинских услуг

3. При оказании помощи беременным женщинам и детям в возрасте до одного года
4. При оказании первичной медико-санитарной помощи
5. Во всех перечисленных случаях

Правильный ответ:1

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Максимально возможная продолжительность испытательного срока врачу, принимаемому на должность заведующего отделением:

1. До двух недель
2. До одного месяца
3. До трех месяцев
4. До 6 месяцев
5. Испытательный срок не устанавливается

Правильный ответ:3

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Трудовой кодекс Российской Федерации для медицинских работников устанавливает сокращенную продолжительность рабочего времени не более:

1. 36 часов в неделю
2. 38 часов в неделю
3. 39 часов в неделю
4. 35 часов в неделю
5. 41 часа в неделю

Правильный ответ:3

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ

В медицинской организации может быть создано врачебных комиссий:

1. Одна
2. Три
3. Сколько необходимо
4. Не более 5
5. Соответственно количеству заместителей главного врача

Правильный ответ:3

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи экстренная медицинская помощь оказывается:

1. Безотлагательно

2. В течение 2 часов
3. В первые сутки от начала заболевания
4. В течение первых 6 часов
5. В течение 1 часа

Правильный ответ:1

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Врачебная комиссия имеет право продлить листок нетрудоспособности при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе на срок:

1. Не более 2 месяцев
2. Не более 3 месяцев
3. Не более 4 месяцев
4. Не более 5 месяцев
5. Не более 10 месяцев

Правильный ответ:3

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Лечащим врачом может быть выдан листок нетрудоспособности по уходу за взрослым членом семьи при амбулаторном лечении на срок:

1. До 3 дней
2. До 5 дней
3. До 7 дней
4. До 15 дней
5. листок нетрудоспособности не выдается

Правильный ответ:1

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ

При оформлении листка нетрудоспособности не считают нарушением режима:

1. Выезд в другой город без санкции врача
2. Отказ от госпитализации
3. Отказ от направления на МСЭ
4. Неявку в назначенный день на МСЭ
5. Явку на приём к врачу в алкогольном опьянении

Правильный ответ:2

Задания открытого типа:

Задание 1.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении _____.

Правильный ответ: документа, удостоверяющего личность.

Задание 2.

На какой срок фельдшер или зубной врач единолично выдает листок нетрудоспособности _____.

Правильный ответ: до 10 дней.

Задание 3.

На какой срок врачебная комиссия медицинской организации может выдавать листок нетрудоспособности при очевидном неблагоприятном прогнозе _____.

Правильный ответ: не более 4 месяцев.

Задание 4.

На медико-социальную экспертизу пациента направляет _____.

Правильный ответ: врачебная комиссия медицинской организации.

Задание 5.

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается _____.

Правильный ответ: со дня окончания отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности.

Задание 6.

Какой максимальный срок выдачи листка нетрудоспособности врачебной комиссией медицинской организации без консультации с МСЭК (кроме туберкулеза, травм и реконструктивных операций) в случае благоприятного клинического и трудового прогноза _____.

Правильный ответ: до 10 месяцев

Задание 7.

Кем осуществляется продление листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности более 15 дней _____.

Правильный ответ: врачебной комиссией медицинской организации

Задание 8.

На медико-социальную экспертизу пациента направляет _____.

Правильный ответ: врачебная комиссия медицинской организации

Задание 9.

На какой максимальный срок лечащий врач может единолично выдавать листок нетрудоспособности при заболеваниях и травмах _____ дней.

Правильный ответ: до 15 дней

Задание 10.

На какой максимальный срок имеют право единолично выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на этот вид деятельности _____.

Правильный ответ: до 15 дней

Задание 11. Вопрос для собеседования.

Определите дату установления инвалидности, в случае признания пациента инвалидом, при направлении его в бюро МСЭ.

Правильный ответ: дата регистрации документов в бюро МСЭ

Задание 12. Вопрос для собеседования.

В сколько этапов, согласно новым законодательным документам, должна проводиться диспансеризация?

Правильный ответ: два

Задание 13. Вопрос для собеседования.

Что является учетным документом для регистрации диспансерного больного?

Правильный ответ: контрольная карта диспансерного наблюдения.

Задание 14.

Рабочий У. в связи с переломом голени был нетрудоспособен с 29 января по 12 марта, причем с 29.01 по 12.02. находился на стационарном лечении, а затем лечился у хирурга поликлиники и был освобожден на этот срок от работы. Оформите его нетрудоспособность. Укажите «Причину нетрудоспособности», согласно двухзначному коду.

Правильный ответ: Пациенту выдается л/н с 29.01 по 12.02 единолично лечащим врачом стационара, затем с отметкой продолжает болеть выдается л/н по м/ж хирургом по решению врачебной комиссии. «Причина нетрудоспособности» согласно двухзначному коду 01- заболевание.

Задание 15.

Штукатур Н. принята на работу в СМУ №3 с недельным испытательным сроком 4 апреля. Заболела 7 апреля пневмонией и была нетрудоспособна до 29 апреля. Лечилась в поликлинике по месту жительства. Оформите её нетрудоспособность. Укажите «Причину нетрудоспособности», согласно двухзначному коду.

Правильный ответ: Пациентке выдается л/н с 07.04 по 24.04 единолично лечащим врачом, затем л/н продлевается с 25.04 по 29.04 по решению врачебной комиссии. «Причина нетрудоспособности» согласно двухзначному коду 01-заболевание.

Задание 16.

Служащая К., находясь в отпуске без сохранения содержания с 20.05 по 30.05., болела катаральной ангиной с 22.05 по 26.05, в этот же период ее 10- летний ребенок получил травму и лечился в травматологическом пункте с 26.05 по 19.06 включительно. Как оформить нетрудоспособность гражданки?

Правильный ответ: Пациентке выдается л/н с 20.05 по 30.05 единолично лечащим врачом, закрывается л/н 30.05. «Причина нетрудоспособности» согласно двухзначному коду 01- заболевание. Далее открывается л/н врачом педиатром, указывая «Причина нетрудоспособности» согласно двухзначному коду 09- по уходу за больным членом семьи, сроком от 7 до 15 лет до 15 к/д, далее по заключению врачебной комиссии на больший срок.

Задание 17.

Слесарь Л. во время очередного трудового отпуска с 1.10 по 30.10 лечился амбулаторно у врача общей практики с 14 по 28 октября по поводу обострения хронического гастрита. Имеет ли он право на получение листка нетрудоспособности? Если да, то оформите его нетрудоспособность.

Правильный ответ: Пациент имеет право на получение л/н с связи с тем, что период нетрудоспособности совпал с периодом очередного трудового отпуска. Л/н будет выдан единолично лечащим врачом с 14.10 по 28.10.

Задание 18.

Рабочий И. находился на стационарном лечении по поводу обострения язвенной болезни желудка с 15 апреля по 2 мая. Выписался с улучшением, однако по состоянию здоровья оставался нетрудоспособным и нуждался в амбулаторном лечении до 14 мая. Оформите его нетрудоспособность.

Правильный ответ: Пациенту выдается л/н с 15.04 по 29.04 единолично лечащим врачом стационара, затем по решению врачебной комиссии стационара продлевается с 30.04. по 02.05, далее с отметкой продолжает болеть выдается продолжение л/н врачом на амбулаторном этапе по заключению врачебной комиссии поликлиники с 03.05. по 14.05.

Задание 19.

Токарь Д. был освобожден хирургом поликлиники от работы в связи с флегмоной правой кисти с 5 по 10 марта. Восьмого марта состояние пациента ухудшилось, и он был экстренно госпитализирован в стационар, где находился по 26 марта. Приступил к работе с 27 марта. Оформите нетрудоспособность гражданина.

Правильный ответ: Пациенту выдается л/н с 05.03. по 10.03, в связи с ухудшением состояния и госпитализации пациента в стационар 08.03, пациенту необходимо выдать дубликат первичного л/н с 05.03. по 07.03, с отметкой продолжает болеть, далее стационар продлевает л/н с 08.03 по 19.03, затем по заключению врачебной комиссии продлевается с 20.03 по 26.03.

Задание 20.

Рабочий П. на воскресенье получил травму – растяжение связок левого голеностопного сустава и был нетрудоспособен с 16 по 28 мая. Оформите нетрудоспособность пациента. Укажите «Причину нетрудоспособности», согласно двухзначному коду.

Правильный ответ: Пациенту выдается л/н с 16.05 по 28.05 единолично лечащим врачом. «Причина нетрудоспособности» согласно двухзначному коду 02-травма.

Задание 21.

Повар Н. находился в хирургическом отделении городской больницы с 7.09 по 18.09 по поводу обострения хронического калькулёзного холецистита, 10.09. была произведена холецистэктомия. Больной выписался из стационара с улучшением, однако оставался нетрудоспособным и нуждался в амбулаторном лечении до 1 октября. Как оформить нетрудоспособность гражданина?

Правильный ответ: Пациенту выдается л/н стационаром 07.09 по 21.09, далее по заключению врачебной комиссии л/н продлевается с 22.09 по 01.10.

Задание 22.

К фельдшеру, работающему самостоятельно на отдаленном фельдшерско-акушерском пункте (ФАП) в сельской местности, обратился работник животноводческой фермы с диспептическими жалобами. Фельдшер выдал листок нетрудоспособности с 9.08 по 18.08. Имел ли фельдшер право выдать больничный лист? Как правильно оформить нетрудоспособность гражданина?

Правильный ответ: Фельдшер, работающий в ФАПе имеет право на выдачу л/н единолично сроком до 10 дней. В связи с нетрудоспособностью пациента с 09.08 по 18.08, срок нетрудоспособности составляет 10 дней, фельдшер не нарушил права.

Задание 23.

Рабочий У. в связи с переломом голени был нетрудоспособен с 20 января по 22 марта, причем с 20.01 по 12.02. находился на стационарном лечении, а затем лечился у хирурга поликлиники и был освобожден на этот срок от работы. Оформите его нетрудоспособность. Укажите «Причину нетрудоспособности», согласно двухзначному коду.

Правильный ответ: Пациенту выдается л/н с 20.01 по 03.02 единолично лечащим врачом стационара, далее по решению врачебной комиссии стационара продлевается 04.02. по 12.02. затем пациент обращается 12.02. к врачу хирургу поликлиники, и врач хирург по решению врачебной комиссии поликлиники продлевает с 13.02 по 27.02, далее снова по решению врачебной комиссии продлевается сроком на 15 к/д с 28.02 по 14.03, затем снова по решению врачебной комиссии продлевается с 15.02 по 22.03. «Причина нетрудоспособности» согласно двухзначному коду 02- травма.

Задание 24.

Работающий пенсионер – преподаватель СКФУ Н. осуществлял уход за женой, перенесшей гипертонический криз с функциональными нарушениями мозгового кровообращения с 18.02 по 27.02. и в это время отсутствовал на работе. Оформите нетрудоспособность в связи с уходом за заболевшим членом семьи.

Правильный ответ: лист нетрудоспособности по уходу за взрослым больным членом семьи при лечении в амбулаторных условиях выдается сроком не более 7 календарных дней.

Задание 25.

Больная З. лечилась у врача-невролога по поводу обострения хронического радикулита с 14 октября по 27 ноября. Состояние нетрудоспособности сохраняется. Как оформить нетрудоспособность пациентки?

Правильный ответ: Пациентке выдается л/н с 14.10 по 28.10 единолично лечащим врачом, далее по решению врачебной комиссии продлевается сроком на 15 к/д 29.10. по 12.11., затем снова по решению врачебной комиссии продлевается с 13.11 по 27.11. при сохранении нетрудоспособности пациентки продлевается по решению врачебной комиссии сроком не более 15 к/д до улучшения трудового прогноза.

Задание 26.

Начальник отдела кадров М. после выписки из стационара получил путевку для санаторно-курортного лечения по поводу перенесенного инфаркта миокарда с 1 по 22 апреля. Очередной отпуск продолжительностью 28 дней был уже использован. Время проезда в санаторий и обратно - 2 дня. Оформите нетрудоспособность в связи с санаторно-

курортным лечением. Укажите «Причину нетрудоспособности» , согласно двухзначному коду.

Правильный ответ: Пациенту продлевается л/н с отметкой в графе «Иное» код 37- долечивание. Срок санаторно-курортного долечивания составляет не более 24 к/д с учетом дороги. В связи с тем, что срок долечивания в санатории у данного пациента составляет 22 к/д и 2 дня дороги, что в общей сумме 24 к/д выдается л/н с «Причиной нетрудоспособности» согласно двухзначному коду 08- долечивание в санатории.

Задание 27.

Пациент впервые обратился в регистратуру поликлиники, чтобы его записали на прием к врачу. Какой документ необходимо завести регистратору на этого пациента?

Правильный ответ: необходимо заполнить титульный лист амбулаторной карты и выдать талон амбулаторного пациента.

Задание 28.

На приеме участковый врач поставил пациенту диагноз ОРЗ и сделал заключение, что он должен временно находиться на лечении дома и не может работать. Какой документ необходимо выдать пациенту? Кто его оформляет?

Правильный ответ: после обследования и установления того, что пациент нуждается в лечении, выдается листок временной утраты нетрудоспособности. После проведенного лечения лист нетрудоспособности закрывается. Оформляется лист нетрудоспособности лечащим врачом.

Задание 29.

Больной запретил врачу передавать информацию о состоянии своего здоровья жене. Врач не выполнил данный запрет, сославшись на то, что «жена должна знать все о состоянии своего мужа». Прав ли врач?

Правильный ответ: В соответствии со ст. 13 и п. 7 ч. 5 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается только в оговоренных Законом случаях. Врач нарушил данную статью.

Задание 30.

При флюорографическом обследовании и последующей диагностике у директора школы №1 Петренко И.В. был выявлен туберкулез. Главный врач поликлиники направил сообщение начальнику управления образования о данном факте. Директор школы обратился с жалобой по поводу разглашения врачебной тайны.

Обоснована ли жалоба?

Правильный ответ: Как указано в ч. 1 ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. В силу ч. 2 этой же статьи не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи. В силу пп. 2 ч. 4 ст. 13 вышеупомянутого Закона предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

Задание 31.

Больная, 30 лет, секретарь НИИ репродуктивной медицины, поступила на обследование и лечение в гинекологическое отделение городской медико-санитарной части с диагнозом «нарушение менструального цикла». Зная о своем праве на выбор врача, больная пожелала лечиться у врача М., который 3 месяца назад защитил в НИИ репродуктивной медицины кандидатскую диссертацию на данную тему. Однако врач М., отказался стать лечащим врачом данной пациентки, сославшись на уже большое количество курируемых им больных. Больная, посчитав это нарушением своих прав, подала жалобу главному врачу. Права ли больная в данной ситуации?

Правильный ответ: Претензии больной неправомерны. См. ст. 30 Закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г).

Задание 32.

Больной Р. требует амбулаторную медицинскую карту на руки для хранения дома. Администрация поликлиники ему для этих целей карту выдать отказалась, сославшись на то, что больной имеет право получить только копии медицинских документов.

Определите, какими нормативно-правовыми актами регулируется данная ситуация. Правомерны ли требования пациента? Правомерны ли действия администрации?

Правильный ответ: Данная ситуация регулируется Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.11.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно пп. 4,5, статьи 22 указанного закона, пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке,

установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Таким образом, требования пациента о том, чтобы медицинская амбулаторная карта хранилась у него дома, необоснованна. Действия администрации правомерны.

Задание 33.

Гражданин России, житель г. Владивостока (застрахованный по ОМС по месту регистрации г. Владивостока), Иванов, находившийся в командировке в г. Москве, обратился за медицинской помощью по поводу обострившейся язвенной болезни в московскую городскую больницу. Дежурным врачом помощь ему не была оказана по причине того, что он не имеет постоянной регистрации в г. Москве. Законно ли это?

Правильный ответ: Действия дежурного врача лечебного учреждения незаконны (противоправны). При получении медицинской помощи по ОМС иногородним гражданам обеспечиваются права, установленные «**Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан**». Законом РФ «**О медицинском страховании граждан в РФ**», а также Положением об обеспечении прав лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемому страховыми медицинскими организациями, участвующими в выполнении Московской городской программы ОМС. Вина дежурного врача заключается в умышленном неоказании медицинской помощи. В случае возникновения вреда здоровью вследствие неоказания медицинской помощи наступает гражданско-правовая ответственность. А если вследствие неоказания медицинской помощи вред здоровью составит среднюю степень, тяжелую степень или наступит смерть пациента, то наряду с гражданско-правовой ответственностью наступит и уголовная ответственность по ст. 124 УК РФ.

Задание 34.

Гражданка Матвеева обратилась с острой болью за помощью врача ЛОР в поликлинику по месту жительства. В регистратуре ей сказали, что врач перегружен работой, поэтому предложить ей могут только платного врача. Соответствует ли закону ответ регистратуры?

Правильный ответ: ответ регистратуры не соответствует закону, в связи с тем, что пациенту требуется оказание неотложной помощи, которая должны быть оказана бесплатно.

Задание 35.

В период очередного отпуска с 1.08. по 28.08, работая на садово-огородном участке, мастер коммерческого предприятия получил травму пальцев кисти правой руки и был нетрудоспособен с 9.08. по 20.08.

Будет ли в данном случае выдан листок нетрудоспособности, если да, то с какого дня выдается листок нетрудоспособности и на какой срок?

Правильный ответ: Да, будет выдан, с 1-го дня нетрудоспособности на срок с 9.03. по 20.03.

Задание 36.

В связи с начальными признаками профессионального заболевания больной 35 лет переведен на работу без профессиональных вредностей, но с пониженной оплатой труда с 3.05. Должен ли в данном случае решаться вопрос о выдаче листка нетрудоспособности? Каково назначение в данном случае листка нетрудоспособности, если он будет выдаваться и на какой срок?

Правильный ответ: Да, выдается так называемый «доплатно» листок нетрудоспособности, пособие по которому компенсирует потерю по заработной плате, максимально до 2 месяцев

Задание 37.

Больная М, 30 лет, работает 3 года медицинской сестрой в процедурном кабинете поликлиники. Около года назад заметила, что при контакте с пенициллином появилось першение в горле, чиханье, позднее – приступообразный кашель, а затем стали возникать приступы удушья. Приступы проходили вскоре после приема таблетки эуфилина или ингаляции сальбутамола. За последний месяц приступы стали беспокоить ежедневно при контакте с пенициллином. Больная отмечает, что в выходные дни, в домашних условиях и в период летних отпусков приступы удушья не возникают. В анамнезе редкие острые респираторные заболевания. Аллергических заболеваний у больной и ближайших родственников не было, антибиотиков не получала.

Сформулируйте диагноз, назначьте лечение. Нуждается ли пациентка в проведении экспертизы временной нетрудоспособности?

Правильный ответ: Профессиональная бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести. Для подтверждения диагноза необходимы следующие документы: а) заключение о наличии у больной типичных приступов бронхиальной

астмы при выполнении инъекций пенициллина; б) положительные кожные аллергологические пробы с раствором пенициллина.

Лечение: а) устранить контакт с пенициллином и другими раздражающими веществами, б) b2 – адреностимуляторы короткого действия «по требованию», но не чаще 3-4 раз в день (вентолин 1-2ингаляции 3-4 раза в день); ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) – 500 мкг/сут (беклоджет 250мкг/доза 2 раза в день), доза ИГКС может быть увеличена до 1000 мкг/сут; b2 – адреностимуляторы длительного действия: форадил 1 доза (0,012мг) 2 раза в день. Длительность лечения 3 месяца. Если достигнут контроль бронхиальной астмы, переходим на более низкую степень лечения. Если на фоне медикаментозной терапии не удается достичь контроля бронхиальной астмы, рекомендуется аллерген-специфическая терапия. Экспертиза трудоспособности. Противопоказана работа с пенициллином и другими раздражающими веществами. Выдается больничный лист сроком от 30 до 60 суток.

Задание 38. Вопрос для собеседования.

Какой датой будет закрыт листок нетрудоспособности больному, направленному в БМСЭ и признанному инвалидом?

Правильный ответ: Днем, предшествующим регистрации больного в БМСЭ

Задание 39. Вопрос для собеседования.

Назовите документ, регламентирующий направление пациентов на санаторно-курортное лечение.

Правильный ответ: Приказ №256 МЗ РФ от 4.11.2004г. «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».

Задание 40. Вопрос для собеседования.

Определите ориентировочный срок временной нетрудоспособности пациента при тяжелой внебольничной пневмонии (количество дней).

Правильный ответ: 45-60 дней.

Задание 41. Вопрос для собеседования.

Определите сроки о нетрудоспособности пациента, находящегося на учете в центре занятости и заболевшего острым бронхитом.

Правильный ответ: Выдается листок нетрудоспособности на весь период болезни

Задание 42. Вопрос для собеседования.

Каким документом будет удостоверяться временная нетрудоспособность гражданина Таджикистана, работающего по договору с Российским предприятием на строительном объекте и заболевшего пневмонией?

Правильный ответ: листок нетрудоспособности на весь срок временной нетрудоспособности.

Задание 43.

Какие виды труда и условия противопоказаны больным бронхиальной астмой?

Правильный ответ: виды трудовой деятельности, внезапное прекращение которых в связи с приступом удушья может нанести вред больному и окружающим.

Задание 44.

Больной 17 лет, учащийся, жалуется на кашель с выделением до 200 мл слизисто-гнойной мокроты, кровохарканье, повышение температуры до 38,2°C, недомогание, одышка. В часто отмечал кашель. В течение 5 лет ежегодные обострения.

Наиболее вероятный диагноз. Каково клинико-экспертное решение?

Правильный ответ: Бронхоэктатическая болезнь. Госпитализация.

Задание 45.

Рабочая Д., находясь в отпуске без сохранения содержания с 13.03 по 27.03., заболела гриппом и была нетрудоспособна с 24.03 по 30.03. Будет ли в данном случае выдан лист нетрудоспособности, если да, то на какой срок?

Правильный ответ: будет, с 28.03

Задание 46.

В каком случае листок нетрудоспособности выдается за все время пребывания в санатории?

Правильный ответ: при санаторном лечении больных туберкулезом легких

Задание 47.

Кто выдает листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения?

Правильный ответ: лечебно-профилактические учреждения

Задание 48.

Больной О., 36 лет, крановщик, в течение 2 недель отмечает слабость, потливость, боли в правом боку при дыхании, повышение температуры до 38°C, дыхание 28 в минуту, пульс 100 в минуту. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при перкуссии там интенсивное притупление, голосовое дрожание там же не проводится. Дыхание над нижним отделом правого легкого ослаблено. Границы сердца смещены влево. Анализ крови: лейкоцитоз 12 тыс/мл, п/я -13%, лимф.- 13%, СОЭ – 38 мм/час.

Установите диагноз. Каково клинико-экспертное решение

Правильный ответ: Острая пневмония, листок нетрудоспособности выдаётся на 24-24 дней.

Задание 49.

Мужчина 45 лет, штукатур, после алкогольного эксцесса в течение 4-5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура тела, появились боли в грудной клетке. В последующем – внезапное повышение температуры до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Установите диагноз. Каково клинико-экспертное решение

Правильный ответ: Острый абсцесс легкого. Госпитализация.

Задание 50.

Больная Г., 67 лет, пенсионерка, вызвала врача на дом в связи с жалобами на загрудинную боль в левой половине грудной клетки и за грудиной, в области шейно-грудного отдела позвоночника и между лопатками, несколько раз болевые приступы возникали в покое периодически отмечает перебои в работе сердца. Из анамнеза - Боли беспокоят в течение 1 недели. За медицинской помощью не обращалась, так как расценила боли как обострение остеохондроза, в связи с чем неоднократно принимал НПВС с эффектом. Прием НПВС был неэффективным. По совету соседки 2 раза принимала нитроглицерин – возникла сильная головная боль, однако больная отметила что боль после приема нитроглицерина « утихла». Последние 2 дня боль стала возникать в покое. Вызвала врача на дом

Анамнез жизни - Страдает хроническим гастритом и некалькулезным холециститом. Вредных привычек не имеет, за исключением приверженности к соленой пище. Объективно - Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного питания избыточное (рост 161 см, 93 кг, ИМТ 34,5). Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. ЧДД-18 в 1 мин., пульс 86 уд. в 1 мин., удовлетворительных свойств. АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Периферических отеков нет.

Сформулируйте предположительный диагноз. Какова тактика участкового терапевта? Какой диагностический минимум обследования необходимо провести больной? Проведите экспертизу нетрудоспособности.

Правильный ответ: ИБС: нестабильная стенокардия. Ожирение 1 ст. Больные с нестабильной стенокардией в обязательном порядке подлежат госпитализации в кардиологическое отделение. Для исключения некрозов миокарда необходимо исследование тропонинов Т и I, а также КФК МВ, АСАТ, АЛАТ, коагулограмма, общий анализ крови и мочи, липидный спектр. В зависимости от результатов тропонинового теста будет определена тактика ведения. Экспертиза нетрудоспособности не проводится – больная является пенсионеркой.

Задание 51.

Больной С., 48 лет, инвалид 3 группы, работает переводчиком неполный день, обратился в поликлинику с жалобами на чувство жжения в груди, перебои и «замирание сердца» Подобные жалобы беспокоят в течение нескольких дней. Первоначально больной на них не обращал внимания, одно последние сутки перебои в сердце участились. За медицинской помощью не обращался. Анамнез жизни: Больной страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулин в суточной дозе 48 ед. Курит в течение 10 лет – 1 пачки Наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям отягощена- отец умер в возрасте 52 лет от инфаркта миокарда

Объективно - Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормального питания Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-14 в 1 мин., пульс 72 уд. в 1 мин., удовлетворительных свойств. АД 140/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Стул и диурез в норме. Глюкоза крови натощак – 8,4 ммоль/л, гликированный гемоглобин – 8,2.

Проведено холтеровское мониторирование ЭКГ- Значительная ишемия миокарда – косонисходящее снижение STвV4 иV5 более 3 мм.

Обоснуйте предварительный диагноз, который вы поставите больному. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения предварительного диагноза? Показано ли направление больного на стационарное лечение? Проведите экспертизу нетрудоспособности.

Правильный ответ: Больной в течение многих лет страдает сахарным диабетом, субкомпенсация. На записанной ЭКГ отмечена горизонтальная депрессия сегмента ST. В то же время у больного отсутствует четко очерченный болевой синдром в груди. Предварительный диагноз- ИБС: безболевая ишемия миокарда. Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести в стадии субкомпенсации.

Необходимо провести исследование липидного спектра общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, расчет показателя атерогенности, Суточный профиль глюкозы, показатели гемостаза – ПТИ, фибриноген, АСАТ, АЛАТ, С-реактивный белок, инструментальные методы исследования, исследование глазного дна, МАУ, СКФ, суточное мониторирование ЭКГ.

Стационарное лечение, показано. Больной является работающим инвалидом 3 группы, экспертиза нетрудоспособности проводится по общим правилам на весь период заболевания.

Задание 52.

Определите сроки выдачи листка нетрудоспособности для санаторно - курортного лечения.

Правильный ответ: 24 к/д

Задание 53. Вопрос для собеседования.

Как, согласно федеральному закону от 21.11.2011 г № 323- ФЗ определяется медицинская помощь?

Правильный ответ: комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Задание 54.

Рабочий слесарной мастерской 32 лет в связи с травмой нижней конечности находится на листке нетрудоспособности с 5.01. по 7.08. Прогноз при интенсивной реабилитации благоприятный.

Имеют ли право врачи муниципального лечебно-профилактического учреждения продлевать листок нетрудоспособности и далее? На какой максимальный срок можно в данном случае продлевать листок нетрудоспособности? Что необходимо сделать после истечения максимального срока выдачи листка нетрудоспособности, если состояние нетрудоспособности останется?

Правильный ответ: Да, поскольку прогноз заболевания и восстановление трудоспособности благоприятный. Максимальный срок продления до 10 месяцев, а с санкции МСЭК – до 12 месяцев. По истечении максимального срока продления листка нетрудоспособности больной через КЭК должен быть направлен на МСЭК для установления инвалидности.

Задание 55.

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

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента

Правильный ответ: Правосторонняя очаговая пневмония. Пациент нуждается в стационарном лечении.

Задание 56.

К участковому терапевту обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад. Объективно: температура 37,4⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении пациента

Правильный ответ: Ревматизм, ревматический эндомиокардит. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение. В последующем - диспансерное наблюдение.

Задание 57.

Мужчина 23 лет обратился к терапевту с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5⁰С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента

Правильный ответ: Острый бронхит. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется лист нетрудоспособности. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

Задание 58.

Больная Е., 50 лет, вызвала на дом участкового терапевта с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки,

усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,4⁰С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

Правильный ответ: Острая, внебольничная правосторонняя пневмония, тяжелое течение. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

Задание 59.

К терапевту обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

Объективно: температура 36,8⁰С. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента.

Правильный ответ: Инфекционный эндокардит, недостаточность аортального клапана в стадии компенсации. Пациент нуждается в стационарном лечении

Задание 60.

Определите ориентировочный срок временной нетрудоспособности при обострении ХОБЛ с легким течением?

Правильный ответ: 12-14 дней;

Задание 60.

Больной О., 20 лет, обратился к терапевту с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью, боли проходят после

приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента и группу диспансерного учета.

Правильный ответ: Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения. Пациент нуждается в консультации гастроэнтеролога. Группа диспансерного учета За
Задание 61. Вопрос для собеседования.

Тактика диспансерного наблюдения пациента с диагнозом - Гипертоническая болезнь 1 стадии, 3 степени, риск 4

Правильный ответ: Больные АГ с высоким и очень высоким риском ССО наблюдаются врачом-кардиологом 4 раза в год (интервалы между визитами к врачу-кардиологу не должны превышать 3 месяца). При назначении антигипертензивной терапии (АГТ) для оценки эффективности лечения частота визитов больных проводится в среднем с интервалом в 3-4 недели до достижения целевого уровня АД, далее необходимо контролировать устойчивость поддержания целевого уровня АД. Частота визитов определяется в зависимости от состояния больного и степени АГ.
Задание 62.

Больная 50 лет, бухгалтер. Вызов на дом врача поликлиники. Жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах. Связывает данные жалобы со сменой погоды. Из анамнеза выяснено, что аналогичные жалобы беспокоили и ранее при смене погоды и психоэмоциональном напряжении на протяжении 2 лет, частота появления данных симптомов- 1 раз в 3-4 месяца, купирует самостоятельно приемом 1 таблетки «капотен» (по совету коллег). Диагноз Артериальная гипертензия установлен год назад, на Д-учете не состоит, не регулярно принимает эналаприл по 10 мг 2 раза в день. Не курит, не употребляет алкоголь. Туберкулез, гепатит, описторхоз отрицает. Наследственность отягощена: АГ и ИБС страдали оба родителя, отец умер от острого инфаркта миокарда. Объективно: t 36,50С Состояние удовлетворительное. Рост – 169 см, вес –78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, влажности, чистые. ЧД 20 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, акцент второго тона на верхушке. ЧСС

90 в мин, АД 170/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Сформулируйте диагноз. Определить тактику врача амбулаторного учреждения. Определить необходимость оформления документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность с указанием сроков.

Правильный ответ: Артериальная гипертензия 2 стадии, неконтролируемое течение, риск 2. Пациентке провести краткосрочное консультирование о пожизненном и регулярном контроле АД, приеме гипотензивных средств, коррекции образа жизни. Больная должна быть взята на диспансерный учет по 3а группе диспансерного наблюдения. Кратность наблюдения-4 раза в год. При гипертоническом кризе не тяжелого течения возможно оформление листка нетрудоспособности на 3 дня.

Задание 63.

Больной 56 лет, инженер. Обратился на прием к врачу терапевту поликлиники с жалобами на недомогание, повышение температуры до 37.40С, быструю утомляемость, катаральные явления. Данные симптомы беспокоят около 2-х недель. Объективно: t 37,20С. Состояние удовлетворительное. Рост – 179 см, вес –78 кг. Видимые слизистые иктеричны, кожные покровы- желтушной окраски. ЧД 20 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 64 в мин, АД 125/80 мм рт ст. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. В правом подреберье пальпируется малоблезненное опухолевидное образование округлой формы, плотно-эластической консистенции. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Периферических отеков нет. С диагнозом инфекционный гепатит больной госпитализирован в инфекционную больницу.

Правомочен ли выставленный диагноз? Какова причина данного синдрома? Решение вопроса о временной утрате нетрудоспособности. Кто должен подписать листок нетрудоспособности при выписке больного из стационара?

Правильный ответ: Данный диагноз не правомочен, причина жалоб - сдавление общего желчного протока опухолью. На период дообследования и лечения больной направляется в стационар, где должен быть оформлен листок нетрудоспособности с подписью заведующего отделением. При превышении сроков стационарного лечения более 15 дней, листок нетрудоспособности продляется по заключению врачебной комиссии.

Задание 64.

Ориентировочный срок временной нетрудоспособности при внебольничной пневмонии средней степени тяжести?

Правильный ответ: 25-30 дней;

Задание 65.

Больной 46 лет, бульдозерист. Находился на лечении в стационаре с диагнозом: Хронический гломерулонефрит, нефротический вариант, медленно-прогрессирующее течение, обострение. ХПН 1 ст.. При выписке из стационара по прогнозу лечащего врача больной нетрудоспособен. Выписан под наблюдение врача поликлиники, даны рекомендации по коррекции образа жизни и медикаментозной терапии. На руках открытый листок нетрудоспособности.

Объективно: t 36,6С. Состояние удовлетворительное. Рост – 179 см, вес –78 кг. Видимые слизистые и кожные покровы сухие. ЧД 20 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 64 в мин, АД 135/95 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Отеки голеней. Каким образом должен быть оформлен ЛН. Имеются ли показания для направления в Бюро МСЭ?

Правильный ответ: ЛН должен быть продлен. Да, есть показания для направления в Бюро МСЭ.

Задание 66.

Пациент К., 23 года, программист, после длительного переутомления стал отмечать давящие боли в прекардиальной области, ноющие, длительные, периодически усиливающиеся не связанные с нагрузкой. В течение месяца также беспокоит плохой сон, нервозность. Утром ощущает себя не отдохнувшим.

При осмотре эмоционально лабилен. Отмечается стойкий красный дермографизм, гипергидроз ладоней, выражена венозная сеть на нижних конечностях. АД 100/60 мм. рт. ст. Ps = 88 в минуту неритмичный. На ЭКГ единичные желудочковые экстрасистолы, признаки обменных нарушений в миокарде.

Сформулируйте диагноз. Проведите экспертизу трудоспособности

Правильный ответ: ИЦД, кардиальная форма, средней степени тяжести, стадия декомпенсации. Пациент временно нетрудоспособен. Средний ориентировочный срок пребывания на листке нетрудоспособности 8-9 дней.

Задание 67.

Как правильно организовать санаторно-курортное лечение пациенту с диагнозом - ИЦД, кардиальная форма, средней степени тяжести, стадия декомпенсации?

Правильный ответ: Больные НЦД направляются на курорт в любое время года при условии отсутствия общих противопоказаний, исключающих направление на санаторно-курортное лечение. Предпочтительны курорты с мягким климатом без резких перепадов атмосферного давления. Например, это курорты Ленинградской и Калининградской областей, Южный берег Крыма (Ялта), Сочи. Эффективно лечение в санаториях-профилакториях, а также в местных пригородных санаториях.

Задание 68.

Пациент Ф., 86 лет, участник ВОВ, выписан из стационара с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, ФК III, гипертоническая болезнь 2 ст., риск 4, ХСН 2А (NYHA 3). Амбулаторно рекомендовано продолжить подобранную медикаментозную терапию, диспансерное наблюдение. Как правильно оформить диспансерное наблюдение пациента. Особенности лекарственного обеспечения ИВОВ. Нуждается ли пациент в направлении на медико-социальную экспертизу?

Правильный ответ: Подлежит диспансерному наблюдению по 3а группе «Д» учета с осмотром не менее 4 раз в год. Необходимо оформить вводный эпикриз, план диспансерного наблюдения, оформить «Карту динамического наблюдения» уч. форма №30. Участник ВОВ имеет право на дополнительное лекарственное обеспечение по Федеральной программе (код льгот 011). Пациента следует направить на медико-социальную экспертизу по наличию признаков инвалидности.

Задание 69.

Больной, 36 лет, обратился на прием в поликлинику с жалобами на сухой, приступообразный, непродуктивный кашель, температура до 39°C, озноб, выраженную слабость, общее плохое самочувствие. Болен 3 дня. Лечился парацетамолом. Динамика отрицательная. На 3 день появилась одышка в покое, усилилась слабость. Объективно отмечается цианоз губ. ЧДД = 28 в минуту, в покое, пульс 96 в минуту, АД 110/60 мм. рт. ст. Физикально определяются признаки пневмонии в нижней доле слева.

Сформулируйте диагноз. Выберите место лечения пациента. Какие должны быть средние ориентировочные сроки пребывания на листке нетрудоспособности.

Правильный ответ: Внебольничная пневмония в нижней доле слева, тяжелое течение, ДН 3. Показана экстренная госпитализация (основанием является тяжелое течение пневмонии). Средние сроки пребывания на листке нетрудоспособности 21-25 день.

Задание 70.

Больной Я. 52 года, курящий (стаж около 35 лет), в анамнезе хронический бронхит обратился в поликлинику по поводу кашля с трудноотделимой слизистой, желто-зеленой

мокротой, одышку при ходьбе. Ночные приступы удушья 1 раз в 3 месяца. Пять дней назад перенес ОРЗ, после которой появились приступы удушья после кашля. Объективно – признаки хронического бронхита, хроническое легочное сердце в стадии субкомпенсации, ЧД 26 в минуту. Инструментальные и лабораторные исследования – в анализе мокроты кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. В крови эозинофилия. ПСВ более 80% от нормы, разброс ПСВ менее 20%, проба с бета-миметиком положительная.

Поставьте диагноз. Какую этиологию бронхообструктивного синдрома вы подозреваете? Перечислите, пожалуйста, критерии временной утраты трудоспособности, есть ли стойкая утрата трудоспособности. Назначьте группу диспансерного наблюдения

Правильный ответ: Хронический бронхит II ст. с признаками бронхообструкции, ст. обострения. Бронхиальная астма, легкое интермиттирующее течение, инфекционно-зависимый вариант. Легочное сердце в стадии субкомпенсации. ДН1-2. Временная нетрудоспособность до 2 недель, амбулаторное, при не эффективности стационарное. ДН III, подгруппа Б

Задание 71.

Назовите группу диспансерного учета при наличии у пациента бронхиальной астмы в стадии обострения, персистирующее течение, средней степени тяжести, инфекционно-зависимый вариант. ДН 0.

Правильный ответ: III группа

Задание 72.

В связи с начальными признаками профессионального заболевания больной 35 лет переведен на работу без профессиональных вредностей, но с пониженной оплатой труда с 3.05.

Должен ли в данном случае решаться вопрос о выдаче листка нетрудоспособности? Каково назначение в данном случае листка нетрудоспособности, если он будет выдаваться? При каких заболеваниях выдаются такие листки нетрудоспособности? На какой срок выдаются в подобных случаях листки нетрудоспособности?

Правильный ответ: Да, листка нетрудоспособности должен быть выдан. Выдается так называемый «доплатно» листок нетрудоспособности, пособие по которому компенсирует потерю по заработной плате. Подобный листок выдается связи с профессиональными заболеваниями и ли туберкулезом. Максимально до 2 месяцев.

Задание 72.

Ребенок 10 лет заболел острым паротитом 8.02. и находился на амбулаторном лечении до 29.-2. За ребенком ухаживал отец, служащий страховой компании.

Будет ли выдан листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком отцу? На какой срок будет выдан листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком? Каковы особенности оформления листка нетрудоспособности по уходу?

Правильный ответ: Да, листка нетрудоспособности должен быть выдан, с 8.02. по 22.02. В листке нетрудоспособности, выданном по уходу, необходимо указать возраст ребенка и подчеркнуть повод выдачи листка нетрудоспособности.

Задание 73.

Ребенок 13 лет болел гриппом, осложнившимся острым отитом с 11.11. по 29.11. Проживал в районе, подвергнувшись радиационному заражению в результате Чернобыльской катастрофы.

На какой срок можно в данном случае выдать листок нетрудоспособности в связи с уходом за заболевшим ребенком?

Правильный ответ: На весь период амбулаторного лечения с 11.11. по 29. 11., так как ребенок из зоны радиационного заражения.

Задание 74.

Женщине 35 лет, страдающей заболеванием сердечно-сосудистой системы, была произведена операция искусственного прерывания беременности. В связи с осложнениями, возникшими в послеоперационном периоде, женщина находилась в стационаре родильного дома 15 дней.

С какого дня женщине будет выдан листок нетрудоспособности? На какой период времени будет выдан листок нетрудоспособности?

Правильный ответ: Со дня искусственного прерывания беременности. На период до восстановления трудоспособности, т.е. на 15 дней.

Задание 75.

Укажите, где необходимо проведение дообследования и лечения 65-летнего больного с внебольничной пневмонией средней степени тяжести на фоне сахарного диабета?

Правильный ответ: Пациент нуждается в госпитализации с последующим дообследованием и лечением в круглосуточном стационаре.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные	высокая логичность и последовательность ответа

	терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	ответы, приводить примеры	
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание	способность анализировать	способность выбрать метод	достаточный уровень профессионального

	проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	ситуацию, делать выводы	решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует