

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

**ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

Фонд оценочных средств  
по практике «Помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения»

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

## 1. Перечень компетенций, формируемых практикой

### профессиональных (ПК):

Код и наименование профессиональной компетенции
ПК-2 Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
ПК-6 Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала

## 2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК-2 ПК-6	Задания открытого типа: Контрольные вопросы Ситуационные задачи Навыки	30 с эталонами ответов

### ПК-2

#### Контрольные вопросы:

1. Перечислите показатели, которые оценивают при рутинном обследовании пациентов с АГ на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

*Эталон ответа:* гемоглобин и/или гематокрит; глюкоза и гликозилированный гемоглобин; липиды крови: ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, триглицериды; калий, натрий; мочевиная кислота; креатинин и расчетная СКФ; показатели функции печени; анализ мочи: микроскопия осадка, качественная оценка протеинурии тест-полоской, отношение альбумин-креатинин в разовой порции мочи (оптимально); ЭКГ в 12 отведениях.

2. Укажите базовый скрининг на наличие поражения органов мишеней, который, согласно клиническим рекомендациям, необходимо проводить у всех пациентов с АГ.

*Эталон ответа:* Для выявления поражения сердца всем пациентам целесообразно проводить регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ) с расчетом индексов гипертрофии ЛЖ. Для выявления поражения почек у всех оценивают отношение альбумин-креатинин в разовой порции мочи; креатинин и расчетная СКФ. Для выявления поражения сосудов рекомендовано выполнение фундоскопии, расчет пульсового давления (ПД) у пожилых.

3. Перечислите необходимые лабораторные диагностические исследования у взрослых, рекомендованные к проведению пациентам с диагнозом бронхиальная астма.

*Эталон ответа:* Рекомендуется проведение развернутого общего (клинического) анализа крови всем пациентам при первичной диагностике и в динамике с целью оценки эозинофильного воспаления; Исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови при первичной диагностике и в процессе динамического наблюдения; Рекомендовано определение уровня специфических иммуноглобулинов Е в крови (исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови) или кожные пробы (накожные исследования реакции на аллергены) при первичной диагностике и в процессе динамического наблюдения.

4. Перечислите диагностические исследования при тяжелой внебольничной пневмонии (ТВП), направленные на подтверждение диагноза пневмонии, оценку прогноза, выявление обострения или декомпенсации сопутствующих заболеваний, определение показаний для госпитализации в ОРИТ.

*Эталон ответа:* всем пациентам с ТВП помимо сбора анамнеза и рутинного физического обследования рекомендуется:

- Обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях [В].
- Пульсоксиметрия, а при  $SpO_2 < 90\%$  - исследование газов артериальной крови ( $PO_2$ ,  $PCO_2$ , рН, бикарбонаты) [В].
- Развернутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы [В].
- Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин) [С].
- ЭКГ в стандартных отведениях [D].
- Для оценки прогноза при ТВП целесообразно использовать шкалу CURB/CRB-65 или индекс тяжести пневмонии PSI/шкалу PORT; прогноз является неблагоприятным при

наличии > 3 баллов по шкале CURB/CRB-65 или принадлежности к классу риска V по индексу тяжести пневмонии PSI/шкале PORT [B].

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача 1.**

У 48-летней больной на фоне обострения бронхиальной астмы с наличием катетера в подключичной вене для инфузионной терапии, в течение 2-х недель отмечается повышение температуры до 38 - 39°C с ознобами. Лечение цефтриаксоном неэффективно. На фоне лихорадки наблюдался эпизод нарушения мозгового кровообращения, регрессировавшего в течение 4-х дней. При обследовании: Нв - 95 г/л, СОЭ - 56 мм/час; в моче белок 1,65‰, эритроциты - 4 - 5 в п/зр; ЧСС 100 в 1 мин, число дыханий 28 в 1 мин. Геморрагические высыпания на коже нижних конечностей. Поставьте диагноз, поясните ответ. Какой из диагностических методов следует считать наиболее информативным в данной ситуации?

*Эталон ответа:* Лихорадка, в сочетании с неврологическими нарушениями у больной с фактором риска (наличие внутривенного катетера), заставляет в первую очередь предположить развитие инфекционного эндокардита (ИЭ). Частота ИЭ у больных с внутривенными катетерами составляет 0,8 - 0,87%. Особенности ИЭ является поражение сосудов многих органов и систем (кожа, почки, миокард), что создает клиническую картину распространенного васкулита. На фоне васкулита возникает микротромбообразование с лабораторными признаками ДВС-синдрома. Наиболее информативным методом диагностики ИЭ является эхокардиография, позволяющая визуализировать вегетации размером 2 - 3 мм.

#### **Задача 2.**

Больной Н. 49 лет, в течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Работает трактористом-механизатором. Три года наблюдается у эндокринолога. Получает 2 таблетки манинила. Обратился на прием с жалобами на боль в икроножных мышцах, похолодание стоп, резко выраженные парестезии и чувство онемения пальцев рук и ног, снижение зрения. При объективном обследовании: кожные покровы обычной окраски. Пульсация на конечностях сохранена. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, ЧСС 76 в 1 мин, АД 125/80 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Лабораторные данные: ОАК: эритроциты -  $3,45 \times 10^{12}/л$ ; НВ - 128г/л; цп-0,85; лейкоциты  $7,4 \times 10^9/л$ ; СОЭ-8мм/ч. Биохимия крови: холестерин - 7,6ммоль/л; общий белок - 74 г/л; АСТ - 0,56 ммоль/л; АлТ - 0,34 ммоль/л. Сахар крови: натощак от 8,6 - 10,4 ммоль/л; Моча на сахар из суточного количества: объем 1,5л, сахар 10г/л, ацетона нет. Анализ мочи: цвет желтый, реакция кислая, удельный вес 1015, лейкоциты - единичные в поле зрения; белка нет; ацетона нет.

Инфракрасная термография: тепловизионный ответ с рук симметричен, холодные дистальнее 2/3 обеих стоп, асимметрия пальцев и тыла стоп. Нарушение периферического кровообращения по типу диабетической ангиопатии с вероятным интравазальным поражением подвздошных сосудов. Заключение невропатолога: Рефлексы с рук и ног снижены. Чувствительных расстройств нет. Координация и статика не нарушены. Данных за полиневрит нет. Заключение окулиста: VIS OD - 0,9 VIS OD - 1,0 Диски зрительных нервов розовые, границы четкие. Стенки артерий уплотнены, несколько изменен сосудистый рисунок.

О развитии каких осложнений сахарного диабета можно думать? Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

*Эталон ответа:* У больного развивается диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей и диабетическая ретинопатия, что подтверждается характерными жалобами. Необходимо провести реовазографию нижних конечностей. Больной должен быть проконсультирован хирургом и в последующем подлежит осмотру ежегодно у невропатолога, окулиста 2 раз в год.

### **Задача 3.**

У больной В. 23 лет на 20-22 неделе беременности появилась сухость во рту, умеренная жажда, при контрольных взвешиваниях у гинеколога в весе прибавляет недостаточно. Консультант-терапевт обратил внимание на уровень сахара крови натощак - 9,0 ммоль и глюкозурию до 5 г/л и рекомендовал дальнейшее дообследование.

В анамнезе три беременности, две из которых закончились выкидышами, одни роды закончились рождением крупного плода весом 4 кг.500г. Наследственность в отношении сахарного диабета благоприятная.

При осмотре больная удовлетворительного питания, рост 162см, масса тела 60кг, запаха ацетона изо рта нет. Щитовидная железа при пальпации эластичная, безболезненная, диффузно увеличенная до 1 степени. Кожные покровы смуглые, несколько повышенной влажности. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, чистые, звучные. АД

130/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот увеличен в объеме за счет матки. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Обследование: ОАК: Эр. -  $3,7 \times 10^{12}/л$ ; НВ - 127 г/л; цп-0,8; Л.  $7,6 \times 10^9/л$ ; б.-1%; э.-1%; нф - 6%; с. -48%; лф-36%; мон. -9%; СОЭ-17мм/ч. Сахар крови: натощак в 8ч - 10,2 ммоль/л; через 2 часа после приема пищи в 10ч-12,8 ммоль/л; 13ч-10,0 ммоль/л; Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л; холестерин - 7,6 ммоль/л; В-липопротеиды - 6,8 г/л; протромбиновый индекс 98%; АСТ - 0,58 ммоль/л; АлТ - 0,27 ммоль/л. Диурез 2л800мл. Моча на сахар из суточного количества 10г/л; Анализ мочи: цвет желтый, реакция кислая, удельный вес 1027, лейкоциты - единичные в поле зрения; белок - следы; ацетон(+).

ЭКГ - синусовый ритм с ЧСС 98 в 1мин, в остальном без особенностей.

Заключение гинеколога: живот мягкий безболезненный, увеличен за счет беременной матки. Окружность живота 80 см, высота стояния дна матки 21 см. Шевеление плода ощущает хорошо. Сердцебиение плода приглушены, ритмичные. Отеков нет. Р.В.: влагалище емкое, рожавшей, шейка матки чистая, выделения молочные, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 22 недель беременности, в нормальном тоне.

Какие состояния нарушение толерантности к углеводам могут быть у женщины в период беременности? Есть ли у больной нарушение углеводного обмена, если да, то в какой форме? Сформулируйте правильный клинический диагноз. Какие дополнительные методы целесообразны для уточнения диагноза у данной больной?

*Эталон ответа:* В период беременности могут возникнуть следующие варианты нарушение толерантности к углеводам: почечная глюкозурия, гестационный диабет, декомпенсация сахарный диабета. Отягощенный акушерский анамнез, клинические признаки декомпенсации углеводного обмена - жажда, плохая прибавка в весе, лабораторные признаки- гликемия натощак 9.0 ммоль/л и глюкозурия до 5 г/л позволяют поставить диагноз: Сахарный диабет беременной легкой ст. тяжести в стадии декомпенсации. Дополнительные методы обследования: Гликемический профиль в течение суток, оценка функциональных проб печени почек. консультации невропатолога, окулиста. Инструментальные методы диагностики микроангиопатий: инфракрасная термография конечностей и др.

#### **Задача 4.**

Больной Ш., 56 лет, шофер, обратился к участковому терапевту с жалобами на приступы кашля с удушьем в предутренние часы в течение последней недели. В течение дня периодически беспокоит кашель, мокрота отходит плохо, желтоватого цвета; кроме

того, отмечает дискомфорт при дыхании в период воздействия резких запахов краски, духов, выхлопных газов машин, слабость, потливость, субфебрильную температуру.

Из анамнеза известно, что в течение 7 лет страдает хроническим обструктивным бронхитом, дважды за последние три года перенес острую пневмонию. Дискомфорт дыхания при контакте с поллютантами, газами стал отмечать последние пять лет. Стаж курильщика 20 лет, последние годы не курит. Наследственность отягощена по нейродермиту, страдает отец, у детей имеется пищевая аллергия.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски; акроцианоз, лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторно- звук с коробочным оттенком, дыхание ослаблено, сухие свистящие рассеянные хрипы в небольшом количестве, ЧД -20 в мин. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, учащен до 90 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Язык чистый влажный. Живот безболезненный, мягкий. Печень - у края реберной дуги. Периферических отеков нет.

Результаты исследований: ОАК: НВ - 14,8%, эритроц.- $5,2 \times 10^{12}/л$ , ЦП-0,98; L- $7,6 \times 10^9/л$ , эоз-8%; с-72%, л-20%, м-5%, СОЭ 20 мм/ч. Биохимический анализ крови: холестерин - 7,0 ммоль/л; В-липопротеиды - 80 ед.; СРБ- 8 мг/л, фибриноген 13,11 ммоль/л; общий белок 77 г/л. Анализ мокроты: слизистая серого цвета, лейкоциты до 10 в п/з; кристаллы Шарко-Лейдена, микобактерии туберкулеза на обнаружены, при микроскопии мокроты выделены бактерии Нейсерия. Анализ мочи: удельный вес 1015, реакция кислая, белок (-), сахар (-), лейкоциты ед. в п.з.

Спирография: ЖЕЛ-4,42л, дЖЕЛ-5,28л (77%); ОФВ-2,966л, Проба Тифно - 64%.

Флюорография грудной клетки: Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, эмфизематозны, имеется усиление легочного рисунка в нижних долях обеих легких, в правом синусе спайки.

Составьте план обследования больного (лабораторные, функциональные, инструментальные исследования, их последовательность). Сформулируйте клинический диагноз.

*Эталон ответа:* План обследования больного: ЭКГ, ЭХО КГ, бронходилатационный тест, исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови.

Бронхиальная астма, инфекционно-аллергический вариант, среднетяжелое течение. ХОБЛ, эмфизематозный тип, обострение. Эмфизема легких. ДН -II ст.

### **Задача 5.**

Больной Б., 74 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои в работе сердца, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 150 м и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 1 км) стали беспокоить около 3 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал анаприлин с небольшим эффектом; кроме того, отметил появление общей слабости, головокружений, трижды терял сознание (впервые – после приема 20 мг анаприлина, в дальнейшем без видимой причины), что сопровождалось получением небольших травм (ссадин и ушибов). Боли за грудиной стали возникать при значительно меньших нагрузках, чем ранее.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница по левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС 46 ударов в минуту, на фоне правильного ритма выслушиваются преждевременные сокращения (до 6 в минуту), АД 130 и 80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии.

В ан. крови Нв 13,7 г%, эритроц. 4,2 млн., лейкоц. 7,5 тыс., тромбоц. 243 тыс., СОЭ 11 мм/час, об. белок 6,9 г%, альб. 4,2 г%, креатинин 1,2 мг%, азот мочевины 18 мг%, общий билирубин 0,8 мг%, триглицериды 169 мг/дл, общий холестерин 328 мг/дл, ЛНП 197 мг/дл, глюкоза 113 мг%. В ан. мочи рН 6, уд. вес 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроц. 0-01 в поле зрения, лейкоц. единичные в перпарате.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 42-117/мин. (ср. 58/мин.), ЧСС ночью 35-64/мин. (ср. 50/мин.). Желудочковая политопная экстрасистолия - всего 2130, в т.ч. 34 куплета, 11 эпизодов бигеминии; наджелудочковая экстрасистолия - всего 847. Преходящее удлинение интервала PQ максимально до 0,28 с., 13 эпизодов АВ блокады II степени 1 типа (периодики Самойлова-Венкебаха), с 16 до 18 часов – повторные эпизоды АВ блокады 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0.2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях.

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз у данного больного. Какие исследования и с какой целью необходимо дополнительно выполнить данному больному в плановом порядке?



*Эталон ответа:* Предположительный диагноз: ИБС: стенокардия напряжения III ФК, атеросклеротический кардиосклероз с нарушениями ритма и проводимости: АВ блокада I-II степени (с эпизодами 2:1 и 3:1), желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия. Синдром Морганьи-Эдамса-Стокса. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий. Для определения дальнейшей тактики лечения больному показана коронароангиография; кроме того, необходимо определение липидного спектра крови, проведение общего и биохимического анализов крови (для выявления других обменных нарушений), общего анализа мочи, ЭХО-КГ, повторного холтеровского мониторирования после имплантации ЭКС, УЗДГ сосудов головного мозга.

### **Задача 6.**

Больной, 23 лет, шофер по профессии, обратился к терапевту с жалобами на «голодные» боли в эпигастральной области через 1,5 часа после еды, ночные боли, заставляющие проснуться и уменьшающиеся после приема соды или молока. Кроме того, беспокоит постоянная изжога, тошнота, рвота на высоте болей кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение. Считает себя больным с 18 лет, когда периодически стала беспокоить изжога, особенно после употребления кислых фруктов, овощей. Через год, весной, появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникающие перед обедом и исчезающие после еды. Боли продолжались 2-3 недели, а затем самостоятельно исчезли. Начиная с 20 лет, боли подобного характера возникали ежегодно в весенне-осенний период, затем присоединились ночные боли, заставляющие больного проснуться среди ночи и выпить молока или принять соду.

При амбулаторном обследовании, проведенном ранее, выявлены повышенные цифры кислотности, при рентгеноскопии желудка были выявлены признаки гастрита, язвенной «ниши» не определялось. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету, при болях принимал ранитидин 30мг в сутки, но после уменьшения болевого синдрома прием препарата прекращал. Периоды обострений, судя по продолжительности болей, занимали 2-3 недели. Настоящее обострение с начала марта и длится уже 3 недели и сопровождается выше указанными жалобами, также рвотой кислым содержимым на высоте болей, что приносит облегчение. Примеси крови в рвотных массах не было, мелены не наблюдалось. За время обострения похудел на 5 кг, за счет ограничений в еде (боялся есть из-за болей). Прием альмагеля облегчения не приносил.

Объективно: состояние удовлетворительное. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД-110 и 70 мм.рт.ст., пульс 64 уд. в мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации умеренное локальное напряжение мышц в эпигастрии, болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты  $-5.3 \times 10^{12}/л$ , Нв-13,2 гр%, лейкоциты- $8 \times 10^9$ , л. формула без особенностей. Уреазный экспресс-метод на *Helicobacter pylori* выявил инфицированность слизистой (+++). При гастродуоденоскопии: желудок содержит значительное количество жидкости и слизи, слизистая гиперемирована, складки слизистой антрального отдела гиперемированы, извиты, наблюдается выраженный рефлюкс желчи. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке определяется хроническая язва, размерами 3 на 4мм., края её возвышаются, отечны.

Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза

*Эталон ответа:* предварительный диагноз: Язвенная болезнь 12-перстной кишки ассоциированная с *Helicobacter pylori*, фаза обострения. Дополнительные методы исследования: анализ кала на скрытую кровь; РН-метрии желудочного содержимого, УЗИ органов брюшной полости.

### **Задача 7.**

Пациентка, 35 лет, обратилась к терапевту с жалобами на периодический кашель (больше в ночное время) с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, иногда переходящий в приступ удушья (не более 2 раз в неделю), купирующийся при ингаляции сальбутамола, небольшую слабость. Больной себя считает около 5 лет, когда стала у себя отмечать заложенность носа, возникновение приступов кашля, часто по ночам, эпизоды дыхательного дискомфорта при физической нагрузке. В поликлинике состояние расценивалось как хронический бронхит. Кроме того, последние 5-6 лет стала замечать непереносимость жирной и жареной пищи (появляются тупые ноющие боли в правом подреберье, тошнота). Объективно: нормостенического телосложения, дыхание везикулярное, ослабленное, большое количество сухих свистящих хрипов по всей поверхности легких. Тоны сердца ритмичные.

Общий анализ крови: Эр -  $4,0 \times 10^{12}/л$ , НБ - 128 г/л, цв. показ. - 0,89, L -  $6,5 \times 10^9/л$ , э. - 11, п. - 2, с. - 66, л. - 14, м. - 3, СОЭ - 14 мм/ч. Общий анализ мокроты: светлая, вязкая, лейкоциты 2-4 в поле зрения, КУМ не обнаружены. При исследования ОВД: ЖЕЛ - 100 % от N, ФЖЕЛ - 88 %, ОФВ1 - 74 %, МОС75 - 82 %, МОС50 - 78 %, МОС25 - 64 % от N. После

приема 200 мкг вентолина: ЖЕЛ - + 1 % от N, ФЖЕЛ - + 8 %, ОФВ1 - + 16 %, МОС75 - + 12 %, МОС50 - + 8 %, МОС25 - + 24 %.

Ваш предварительный диагноз? Определите план обследования пациентки? Оцените данные, полученные при исследовании ФВД. Оцените данные спирографии и общего анализа крови.

*Эталон ответа:* Бронхиальная астма, течение средней тяжести, стадия обострения. План обследования: общий анализ крови и мочи, исследование ФВД, проба на обратимость обструкции и бронхоконстрикторные тесты, рентгенограмма органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ. При проведении исследования ФВД выявлена бронхиальная обструкция - снижение ОФВ1 до 74% от должных величин, что указывает на средне-тяжелое течение заболевания, прирост + 16% свидетельствует о обратимом её характере. В общем анализе крови - эозинофилия, что указывает на наличие атопии.

### **Задача 8.**

Больной, 52 лет, рабочий, курит около 35 лет по пачке сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно, при поступлении предъявляет жалобы на кашель с трудноотделяемой слизисто-гноющей мокротой, одышку при умеренных физических нагрузках, слабость, небольшую температуру тела (37.4). Больным себя считает несколько лет, когда стар отмечать у себя - малопродуктивный кашель. Обострения 2-3 раза в год чаще в осенне - зимний период и длятся 2-3 недели, когда кашель усиливается и увеличивается количество мокроты, иногда возникает субфебрилитет. Кроме того, последние 5 лет отмечает у себя повышение АД до 170/90 мм рт ст, лечился эпизодически, названия принимаемых препаратов указать не может. При обследовании - грудная клетка расширена, перкуторно - коробочный звук, при аускультации - сухие дискантовые хрипы по всей поверхности. ЧДД 26 в мин, тоны сердца слегка приглушены, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС до 90 в минуту, АД 160/80 мм.рт.ст. В общем анализе крови: Эр -  $5,2 \times 10^{12}/л$ ; Нв - 150 г/л; ц.п. - 0,8; Л-  $7,5 \times 10^9/л$ ; э - 1; п - 6; с - 62; л - 27; м - 4; СОЭ - 1 мм/ч. ФВД: ЖЕЛ - 94%, ФЖЕЛ - 91%, ОФВ1 - 57%, МОС75 - 72%, МОС50 - 48%, МОС25 - 44%. После приема 200 мкг вентолина: ЖЕЛ - + 1 % от N, ФЖЕЛ - + 4 %, ОФВ1 - + 6 %, МОС75 - + 12 %, МОС50 - + 8 %, МОС25 - + 12 %.

Сформулируйте диагноз. Интерпретируйте полученные данные ФВД. Объясните целесообразность теста с вентолином? Ваш план обследования данного пациента.

*Эталон ответа:* ХОБЛ (хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких) в стадии обострения. Соп.: артериальная гипертензия II стадия, 2 степень, умеренный риск.

При проведении исследования ФВД выявлена бронхиальная обструкция: снижение ОФВ1 до 57% от должных, что при подозрении на наличие у данного пациента хронического обструктивного бронхита соответствует средней степени тяжести. Тест с бронходилататором выявляет обратимость бронхиальной обструкции.

План обследования: рентгенография органов грудной клетки, анализ мокроты общий, на КУМ, флору и чувствительность к антибиотикам, ФБС, ЭХО КГ.

### **Задача 9.**

Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2 °С с ознобами, кровоточивость дёсен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость.

Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см.

Общий анализ крови: эритроциты -  $2,3 \times 10^{12}/л$ , Нв - 78 г/л, тромбоциты -  $30 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $28,9 \times 10^9/л$ , бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 30.

Какой предварительный диагноз можно поставить? Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

*Эталон ответа:* Острый лейкоз, дебют. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.

Основными исследованиями для уточнения диагноза являются: общий анализ крови (лейкоцитоз, наличие бластов, лейкоемический «провал», анемия, тромбоцитопения);

стернальная пункция (20% и более бластных клеток в миелограмме); цитохимическое исследование и иммунофенотипирование бластов (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов); диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейролейкемии); УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и селезёнки).

### **Задача 10.**

На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}/л$ , Нв – 129 г/л, тромбоциты –  $200 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $39 \times 10^9/л$ , палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Какой предварительный диагноз можно поставить? Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

*Эталон ответа:* Хронический лимфолейкоз, II стадия. Обследование: биохимические анализы крови. Стернальная пункция (в пунктате костного мозга увеличение количества лимфоцитов более 30%), УЗИ органов брюшной полости (наличие спленомегалии, определить, есть ли увеличение внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов). Рентген грудной клетки (определить, есть ли увеличение внутригрудных лимфоузлов). Трепанобиопсия, биопсия лимфоузла, иммунофенотипирование костного мозга (дифференциальный диагноз с неходжкинской лимфомой).

### Задача 11.

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза: считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты –  $3,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты –  $8,6 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины:  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 14%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л).

Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

*Эталон ответа:* Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦПП-положительный, ранняя стадия, высокой степени активности, эрозивный (2 рентгенологическая стадия), ФК-2. Пациенту рекомендовано: рентгенография грудной клетки (исключить поражение лёгких), УЗ-исследование суставов (синовит, теносиновит) или МРТ суставов (более чувствительный метод выявления синовита в дебюте ревматоидного артрита, чем стандартная рентгенография суставов).

### **Задача 12.**

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.

*Эталон ответа:* 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 *Clostridium difficile*, УЗИ брюшной полости, ФГС.

### **Задача 13.**

Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом-терапевтом участковым по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отеков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета и уменьшилось её количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печёночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: Нб – 136 г/л, лейкоциты –  $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 70 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 мкмоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О – 1:1000.



УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоёв паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Назовите план обследования пациента.

*Эталон ответа:* Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Нефритический синдром. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3.

Обследование: титр антистрептококковых антител (АСЛ-О, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа, анти-ДНК-аза В, анти-НАД), СРБ, уровень комплемента сыворотки крови, антитела к ДНК. Анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому. Биопсию почки, как правило, проводят при нетипичном течении ОПСГН для исключения других возможных заболеваний, а также при позднем начале болезни без чёткой связи с недавно перенесённой стрептококковой инфекцией. Поиск очагов инфекции

#### **Задача 14.**

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.

*Эталон ответа:* Акромегалия. Обследование: определение уровня СТГ в сыворотке крови; тест с бромкриптином; проба с тиреолиберином; определение в крови соматомедина С; рентгенологическое исследование черепа, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головы.

#### **Задача 15.**

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приёма Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? Составьте план дополнительного обследования пациента.

*Эталон ответа:* ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки. Обследование: клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; липидограмма, креатинин, глюкоза крови, коагулограмма, ЭХО-КГ; КАГ

### **Задача 16.**

Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отёки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру.

Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит.

При осмотре: состояние больного тяжёлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отёки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах лёгких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезёнки.

Неврологический статус: дистальные гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса. Отрицательный зубец T в V4-V6 отведениях.

Анализ крови: эритроциты -  $1,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты -  $3,6 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $150 \times 10^9/л$ , ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота.

Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.

*Эталон ответа:* В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA). Дополнительные исследования: . Биохимический анализ крови с определением фракций билирубина (тип желтухи), общего белка; ЭХО-кардиография (верификация диагноза ХСН); ФЭГДС (исключение патологии желудка и двенадцатиперстной кишки); кал на яйца глист (исключение дифиллоботриоза); исследования уровня витамина В12 в сыворотке крови, уровней метилмалоновой кислоты (норма - 70-279 нмоль/л) и гомоцистеина (норма - 5-15 ммоль/л) (их увеличение подтверждает диагноз «В12 дефицитная анемия»); биопсия костного мозга (исключение лейкоза).

### **Задача 17.**

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. 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 –  $270 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –

7,0×10<sup>9</sup> /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?

*Эталон ответа:* 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 *Clostridium difficile*, УЗИ брюшной полости, ФГС.

### **Задача 18.**

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 - 3,2×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - 11×10<sup>9</sup> /л, тромбоциты - 350×10<sup>9</sup> /л, СОЭ - 30 мм/ч.

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

*Эталон ответа:* 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.

### **Задача 19.**

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.

*Эталон ответа:* Хронический двусторонний пиелонефрит, фаза обострения. Необходимо выполнить бактериологическое исследование мочи с целью типирования микрофлоры; исследование мочи по Зимницкому (для хронического пиелонефрита характерно умеренное снижение концентрационной способности почек); определение креатинина крови, при нормальных значениях показана внутривенная экскреторная урография (для оценки анатомического и функционального состояния мочевыводящих путей).

### **Задача 20.**

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?

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

### **Задача 21.**

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план лечения.

*Эталон ответа:* Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, лёгкое течение. Дыхательная недостаточность (ДН) 0 ст.

Пациенту рекомендованы общий анализ крови и общий анализ мокроты, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, печёночные ферменты, электролиты) с целью оценки тяжести пневмонии и решения вопроса о целесообразности госпитализации больного; бактериоскопия мазка мокроты с окраской по Граму для предварительной оценки возбудителя заболевания.

## **Навыки с эталонами выполнения**

**Навык 1.** Опишите алгоритм действий при измерении артериального давления.

Эталон выполнения навыка:

1. Попросить пациента принять удобную позу (не скрещивая ноги, стопы на полу, облокотившись на спинку стула, рука на столе, ладонной поверхностью вверх, плечо на уровне сердца).
2. Спросить у пациента о принимаемых лекарственных препаратах (включая назальные и глазные капли), курении за 1,5-2 часа до манипуляции, физической нагрузке перед манипуляцией, употреблении крепких напитков (чай, кофе), в том числе алкоголя.
3. Выбрать подходящий размер манжеты, измерив диаметр плеча.
4. Проверить работоспособность тонометра, наполняя манжету, наблюдая за движение стрелки.
5. Оголить руку пациента и наложить манжету тонометра, найдя место пульсации плечевой артерии, меткой на манжете на область пульсации плечевой артерии, на 2-2,5 см выше локтевой ямки.
6. Установить манометр на уровне плеча для его наблюдения
7. Приложить мембрану стетофонедоскопа к области пульсации плечевой артерии. Второй рукой закрыть клапан груши по часовой стрелке и нагнетать воздух до исчезновения пульсации на плечевой артерии, далее на 20 мм рт. ст. выше давления, при котором исчезает пульсация.
8. Открыть клапан и медленно выпускать воздух из манжеты
9. Повторить измерение на второй руке

**Навык 2.** Опишите алгоритм действий снятия ЭКГ.

Эталон выполнения навыка:

1. Приветствовать пациента, представиться.
2. Сообщить пациенту цель и ход предстоящего исследования, получить его согласие на процедуру.
3. Предупредить пациента, что перед исследованием не следует принимать пищу.
4. Проводить (транспортировать) пациента в ЭКГ кабинет. Если состояние пациента тяжелое, и он не подлежит транспортировке, ЭКГ исследование проводится в палате у пациента.

5. Перед исследованием пациент должен в течение 10-15 минут посидеть (полежать), успокоиться.
6. Предложить (помочь) пациенту раздеться до пояса и обнажить область голеней.
7. Вымыть руки обычным способом.
8. Выполнение манипуляции:
9. Уложить пациента на кушетку.
10. При значительной волосистости кожи смочить места наложения электродов мыльным раствором, или нанести электродный гель.
11. Под электроды подложить марлевые прокладки, смоченные раствором натрия хлорида.
12. Закрепить пластинчатые электроды поверх марлевых прокладок с помощью резиновых лент в следующем порядке:
  - красный - правое предплечье,
  - желтый - левое предплечье,
  - зеленый - левая голень,
  - черный - правая голень,
13. На грудь установить шесть (при многоканальной записи) грудных электродов, используя резиновую грушу-присоску в следующем порядке:
  - V1 - четвертое межреберье справа от грудины,
  - V2- четвертое межреберье слева от грудины,
  - V3 - между V2 и V4,
  - V4 - пятое межреберье на 1,5 см кнутри от левой средней ключичной линии,
  - V5 - пятое межреберье по левой передней подмышечной линии,
  - V6 - пятое межреберье по левой средней подмышечной линии,
14. Попросить пациента расслабиться, спокойно дышать и не двигаться.
15. Включить аппарат.

**Навык 3.** Опишите алгоритм подготовка пациента к УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка).

Эталон выполнения навыка:

1. Объяснить пациенту цель, ход и подготовку к предстоящему исследованию, и получить его информированное согласие на процедуру.
2. Объяснить пациенту правила подготовки к исследованию:



- Исключить из рациона за 2 – 3 дня до исследования продукты, вызывающие газообразование (бобовые, черный хлеб, капусту, молоко).
  - При метеоризме рекомендовать активированный уголь по 2 таблетки 4 раза в день.
  - Исследование проводится строго натощак, не курить, не принимать алкоголь, не принимать лекарственных препаратов.
3. Попросить пациента повторить всю информацию, задать вопросы по технике подготовки, при необходимости дать письменные рекомендации.
  4. Сообщить, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций.
  5. Сообщить пациенту время и место проведения исследования, необходимость взять с собой историю болезни, полотенце (простыню или пеленку).

#### **Навык 4.** Опишите методику проведения теста с 6-минутной ходьбой

Эталон выполнения навыка:

При проведении 6-минутной шаговой пробы больному ставится задача пройти как можно большую дистанцию за 6 мин (по измеренному [30 м] и размеченному через 1 м коридору своим собственным темпе), после чего пройденное расстояние регистрируется

1. Тест 6-минутной ходьбы (6МХ) следует проводить в утренние часы. Пациент должен легко позавтракать за 3-4 часа до проведения теста, не принимать кардиологических препаратов, не курить по меньшей мере 2 часа до теста.

2. Для проведения теста 6МХ в коридоре длиной 30 м делаются незаметные для пациента разметки через каждые 3 м дистанции.

3. В течение 10 минут до проведения теста 6МХ пациент должен спокойно посидеть. В это время необходимо зачитать ему следующий текст: «За 6 минут Вам необходимо пройти как можно большее расстояние, при этом нельзя бежать или перемещаться перебежками. Вы будете ходить по коридору туда и обратно. Если появится одышка или слабость, Вы можете замедлить темп ходьбы, остановиться и отдохнуть. Во время отдыха можно прислониться к стене, затем необходимо продолжить ходьбу. Помните, Ваша цель: пройти максимальное расстояние за 6 минут».

4. Во время проведения теста можно идти за пациентом, не форсируя темп его ходьбы. Каждые 60 секунд следует поощрять пациента, произнося спокойным тоном фразы: «Все хорошо» или «Молодец, продолжайте».

5. Нельзя информировать пациента о пройденной дистанции и оставшемся времени. Если пациент замедляет ходьбу, можно напомнить о том, что он может

остановиться, отдохнуть, прислониться к стене, а затем как только почувствует, что может идти, продолжить ходьбу.

6. По истечении 6 минут следует попросить пациента остановиться и не двигаться, пока не будет измерено пройденное расстояние.

7. Необходимо измерить расстояние с точностью до 1 м, затем предложить пациенту присесть и наблюдать за ним как минимум 10 минут.

8. Перед началом и в конце теста оценивают переносимость нагрузки по шкале Борга, пульс, артериальное давление и, при возможности, сатурацию кислородом крови (при наличии пульсоксиметра).

**Навык 5.** Опишите алгоритм действий участкового врача терапевта, при проведении первичного приема пациента

Эталон выполнения навыка:

1. Приветствовать пациента
2. Установить доверительные отношения с пациентом
3. Вымыть руки согласно технике мытья рук, по необходимости надеть маску
4. Провести сбор жалоб
5. Собрать анамнез (анамнез жизни, анамнез заболевания, при инфекционных заболеваниях - эпиданамнез, наследственность, аллергологический анамнез, гинекологический анамнез у женщин, в т.ч. ПМ)
6. Провести оценку общего состояния, определить самочувствие пациента
7. Провести объективный осмотр пациента
8. Оценить психоневрологический статус
9. Оценить тип телосложения
10. Осмотреть кожные покровы и видимые слизистые оболочки
  - оценить цвет, тургор кожных покровов
  - определить наличие отёков
  - пропальпировать периферические лимфатические узлы, молочные железы
11. Оценить функции опорно-двигательного аппарата (визуальный осмотр, пальпация, определение объёма движений в суставах)
12. Объективно исследовать органы дыхания
  - определить форму грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
  - осмотреть зев

- определить ЧДД
  - провести пальпацию (голосовое дрожание), перкуссию, аускультацию лёгких
13. Объективно исследовать органы кровообращения
- провести визуальный осмотр области сердца
  - измерить АД, ЧСС
  - провести пальпацию, перкуссию, аускультацию сердца и сосудов
14. Объективно исследовать органы пищеварения
- осмотреть полость рта (зубы, язык)
  - осмотреть область живота
  - провести пальпацию, перкуссию (в т.ч. определение размеров печени по Курлову и селезёнки), аускультацию живота
15. Объективно исследовать органы мочеполовой системы
- визуальный осмотр, пальпация, перкуссия области почек
  - частота, характер мочеиспускания, наличие никтурии
  - наличие выделений из половых путей
  - у женщин: нарушение менструальной функции, наличие выделения из влагалища, цвет, характер
16. Вымыть руки после осмотра согласно технике мытья рук
17. Установить предварительный диагноз
18. Определить необходимые методы обследования для постановки окончательного диагноза в соответствии с протоколами диагностики и лечения
19. Назначить лечение в соответствии с протоколами диагностики и лечения
20. Дать профилактические рекомендации (профилактический осмотр, профилактические прививки, соблюдение здорового образа жизни)
21. Назначить дату повторного осмотра
22. Сделать запись осмотра в амбулаторной карте (форма №025/у)
23. Заполнить форму №039/у

## ПК-6

### Контрольные вопросы:

Контрольные вопросы

1. Назовите на какой максимальный срок врачебная комиссия медицинской организации может выдавать листок нетрудоспособности при очевидном неблагоприятном прогнозе.

*Эталон ответа:* срок до 4 месяцев

2. Основные учетные медицинские документы, используемые при оказании помощи в поликлинике.

*Эталон ответа:* форма N 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; форма N 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»; форма N 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг»; N 088/у форма направление на МСЭ; форма N 072/у «Санаторно-курортная карта»; форма N 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение»; форма N 086/у «Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)».

3. Виды амбулаторно-профилактических учреждений. Определение поликлиники. Виды поликлиник.

*Эталон ответа:* амбулатории; поликлиники; женские консультации; здравпункты; фельдшерско-акушерские пункты; диспансеры. Поликлиника — это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания медицинской, в том числе специализированной, помощи больным, а при необходимости — для обследования и лечения больных в домашних условиях.

Виды поликлиник: по организации работы: объединенные со стационаром и не объединенные (самостоятельные); по территориальному признаку: городские и сельские; по профилю: общие для обслуживания взрослого или детского населения, стоматологические и консультативно-диагностические.

4. Что включает в себя профилактическая направленность работы поликлиники.

*Эталон ответа:* Санитарно-просветительная работа (формирование здорового образа жизни как комплекса мер, позволяющего сохранять и укреплять здоровье населения, повышать качество жизни). Диспансерная работа (комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактика и ранняя диагностика заболеваний, эффективное лечение больных и их динамическое наблюдение). Прививочная работа (детскому населению профилактические прививки проводятся по соответствующему календарю прививок, взрослому населению — по желанию и показаниям).

5. Дайте определение диспансеризации. Перечислите исследования, входящие в первый этап диспансеризации, направленные на онкоскрининг.

*Эталон ответа:* Диспансеризация—это комплекс мер, направленных на активное динамическое наблюдения за состоянием здоровья населения, направленное на укрепление здоровья и повышение трудоспособности, обеспечение правильного физического развития и предупреждение заболеваний путём проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Исследования, направленные на онкоскрининг: осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее - мазок с шейки матки) (для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет включительно); флюорографию легких; маммографию обеих молочных желез (для женщин в возрасте от 39 до 75 лет); клинический анализ крови; исследование кала на скрытую кровь (для граждан в возрасте от 48 до 75 лет);УЗИ органов брюшной полости и малого таза на предмет исключения новообразований для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет исследование; кал на скрытую кровь (для граждан в возрасте от 48 до 75 лет); уровень ПСА у мужчин старше 45 лет с периодичностью 1 раз в 5 лет.

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача 1**

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.

*Эталон ответа:* 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.

#### **Задача 2**

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.

*Эталон ответа:* 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.

### **Задача 3**

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?

*Эталон ответа:* 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.

### **Задача 4**

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.

*Эталон ответа:* 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.

### **Задача 5**

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.

*Эталон ответа:* 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.

### **Задача 6**

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.

*Эталон ответа:* 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.

### **Задача 7**

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.

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

### **Задача 8**

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?

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

### **Задача 9**

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?

*Эталон ответа:* 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.

### **Задача 10.**

Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу общей практики с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведет малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями. При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 127/82 мм.рт.ст., частота дыхательных движений 18 в минуту. Рост 170 см, масса тела 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,8 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 98 см.

Вопросы: 1. Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?

2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечнососудистого риска у данного пациента?

3. Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?

*Эталон ответа:* 1 Определение уровней общего холестерина в крови, глюкозы в крови, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорография легких, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, измерение внутриглазного давления.

2 . Измерение АД (скрининг артериальной гипертензии) и исследование липидов (холестерина) крови (скрининг дислипидемии).

3. В рамках первого этапа диспансеризации проводятся флюорография легких и исследования кала на скрытую кровь, в рамках второго этапа эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия или ректороманоскопия, анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (ПСА).



### **Задача 11.**

Мужчина 45 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалоб не предъявляет, хронических заболеваний в анамнезе нет. При анкетировании выявлено, что пациент имеет вредные привычки (курит), нерационально питается и ведёт малоподвижный образ жизни. При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. (антигипертензивные препараты не принимает). Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, глюкоза крови 4 ммоль/л. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.

4. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.

*Эталон ответа:* 1.Гипертоническая болезнь II стадии, АГ- I степени, риск 3. Ожирение I степени. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании повышения АД, данных ЭКГ (гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ)). Стадия АГ и риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) установлены на основании наличия бессимптомного поражения органов-мишеней (сердца) и отсутствия клинически выраженных заболеваний сердечно-сосудистой системы и ХПБ. Диагноз «ожирение I степени» определен по величине ИМТ.

3. Группа здоровья IIIа, т. к. у пациента имеется ГБ, требующая диспансерного наблюдения.

4. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза. В рамках 2 этапа диспансеризации пациенту показано определение липидного спектра крови, т. к. у него повышенный уровень общего холестерина и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, т. к. выявлены три фактора риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ): АГ, гиперхолестеринемия, ожирение.

### **Задача 12.**

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика – 21 пачка\лет). При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма. Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Вопросы:

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
3. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.

*Эталон ответа:* 1. Группа здоровья I, т. к. у пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск и нет заболеваний, требующих диспансерного наблюдения участкового терапевта.

2. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2-го этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.

3. Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, т.к. курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо проведение вакцинации против гриппа и профилактика ОРВИ, т.к. вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ. Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; использование витаминотерапии.

### **Задача 13.**

Пациент 57 лет. В анамнезе со слов пациента хронические заболевания отсутствуют. Анкетирование – жалобы на повышение АД. Курит, нерациональное питание, низкая физическая активность. Объективно - АД 160/90 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 6,2 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 32,0 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений. Анализ мочи в норме.

Вопросы: 1. Определите группу здоровья.

2. Дальнейшая тактика ведение пациента.

*Эталон ответа:* 1. Группа здоровья – IIIa, так как у пациента имеется ХНИЗ.

2. Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия); углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, рациональному питанию, дислипидемии, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.

#### **Задача 14.**

Пациент 51 год. В анамнезе артериальная гипертония. Анкетирование – жалобы на боли в области сердца, подозрительные на стенокардию напряжения, длительный кашель с отделением мокроты. Курит, низкая физическая активность. Объективно - АД 118/70 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты). ОХС 7,4 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, индекс массы тела 22,0 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений. Суммарный сердечно-сосудистый риск – 5% (высокий).

Вопросы: 1. Определите группу здоровья.

2. Дальнейшая тактика ведение пациента.

*Эталон ответа:* 1. Группа здоровья – 2, так как у пациента недостаточно данных для установления ХНИЗ.

2. В связи с подозрением на наличие стенокардии напряжения, хронической обструктивной болезни легких говорит о необходимости направление пациента на 2 этап диспансеризации. 2 этап диспансеризации будет включать в себя: тредмил тест, УЗИ сердца, липидограмма, УЗИ БЦА. Затем провести углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, дислипидемии, низкой физической активности.

#### **Задача 15.**

Перед вами пациент 63 лет, у которого при проведении диспансеризации выявлены следующие факторы риска: курение, избыточная масса тела, низкий уровень физической активности. Уровень артериального давления 120/70 мм рт ст, общий холестерин 5 ммоль/л. Абсолютный риск по шкале SCORE составляет 10%.

Вопрос: Какова основная цель диспансерного наблюдения в таком случае?

*Эталон ответа:* Снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

#### **Задача 16.**

Пациентка 39 лет. В анамнезе нет хронических заболеваний и травм. Анкетирование – наличие неврологических жалоб, нерациональное питание, курит. Объективно - АД 132/84 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 6,4 ммоль/л, глюкоза 6,5 ммоль/л, индекс массы тела 34,2 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений. Суммарный сердечно-сосудистый риск – менее 1% (низкий).

Вопросы: 1. Определите группу здоровья.

2. Ваша дальнейшая тактика.

3. Укажите факторы риска.

*Эталон ответа:* 1. Группа здоровья – I, так как у пациента не имеется ХНИЗ и суммарный сердечно-сосудистый риск – менее 1% (низкий).

2. Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на - 2 этап диспансеризации – консультация врача-эндокринолога, липидный спектр, гликированный гемоглобин (или тест на толерантность к глюкозе). Затем провести углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики (курение, ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия).

3. Факторы риска: гиперхолестеринемия, гипергликемия, ожирение, курение.

### **Задача 17.**

Пациент 57 лет. В анамнезе язвенная болезнь желудка, последнее обострение 2 года назад. Остеохондроз шейного отдела позвоночника вне обострения. Анкетирование – жалобы на боли в области живота, похудание, курит. Объективно - АД 128/70 мм рт.ст. ОХС 3,8 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 17,5 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений. Суммарный сердечно-сосудистый риск – 4% (умеренный).

Вопросы: 1. Определите группу здоровья.

2. Ваша дальнейшая тактика.

3. Перечислите факторы риска.

*Эталон ответа:* 1. Группа здоровья – III, так у пациента в анамнезе имеется ХНИЗ (язвенная болезнь желудка)

Подозрение на наличие новообразования в желудке (боли, снижение массы тела).

2. Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на - 2 этап диспансеризации – эзофагогастроскопия. Затем провести углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики (курение, умеренно повышенный сердечно-сосудистый риск).

3. Факторы риска: курение.

### **Задача 18**

Больной К. находился на лечении в стационаре в терапевтическом отделении с 21.06 по 26.07. При выписке из стационара по прогнозу лечащего врача больной по 29.07 нетрудоспособен.

1. На какой период будет выдан листок нетрудоспособности?
2. Кто должен подписывать листок нетрудоспособности при выписке больного из стационара?

*Эталон ответа:*

1. Листок нетрудоспособности должен быть выдан на весь период пребывания в стационаре, то есть с 21.06. по 26.07. и на период после выписки из стационара с 27.07. по 29.07. включительно.
2. Листок нетрудоспособности подписывает единолично лечащий врач, более 15 дней – председатель ВК.

### **Задача 19**

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.

1. Имеют ли право врачи муниципального лечебно-профилактического учреждения продлевать листок нетрудоспособности и далее?
2. Если листок нетрудоспособности будет продлеваться, то кто имеет право это делать?
3. На какой максимальный срок можно в данном случае продлевать листок нетрудоспособности?
4. Что необходимо сделать после истечения максимального срока выдачи листка нетрудоспособности, если состояние нетрудоспособности останется?

*Эталон ответа:*

1. Да, поскольку прогноз заболевания и восстановление трудоспособности благоприятный.
2. ВК
3. До 10 месяцев.
4. По истечении максимального срока продления листка нетрудоспособности больной по решению ВК должен быть направлен в бюро МСЭ.

### **Задача 19**

Ребенок 10 лет заболел острым паротитом 8.02. и находился на амбулаторном лечении по 29.02. За ребенком ухаживал отец, служащий страховой компании.

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

*Эталон ответа:*

1. Да.
2. С 8.02. по 29.02, если ребенок нуждается в уходе по решению ВК.
3. В листке нетрудоспособности, выданном по уходу, необходимо указать причину нетрудоспособности, код 09.

### **Задача 20**

Женщина 23 лет родила двойню. Беременность, роды и послеродовой период протекали нормально. Осложнений со стороны новорожденных не было.

1. С какой недели беременности будет выдан листок нетрудоспособности в связи с беременностью, предстоящими родами и послеродовым периодом?
2. На какой срок будет выдан листок нетрудоспособности?

*Эталон ответа:*

1. С 28-й недели.
2. Общая продолжительность дородового и послеродового периода, на который будет выдан листок нетрудоспособности, составит 194 календарных дня (84 до родов и 110 после).

### **Навыки с эталонами выполнения**

#### **Навык 1**

Разработайте план диспансерного наблюдения для пациента с диагнозом: ИБС: Стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (БДУ).

*Эталон ответа:* 1. Консультация врача кардиолога 2 раза в год;

1. Консультация врача-участкового терапевта 2-4 раза в год;
2. ЭКГ 1 раз в 3 месяца;
3. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру 1 раз в год;

4. УЗИ сердца 1 раз в 6 месяцев;
5. Исследование липидного спектра крови 1 раз в 6 месяцев.

## **Навык 2**

Разработайте план диспансерного наблюдения для пациента с диагнозом: Бронхиальная астма, среднетяжелое течение, контролируемая.

- Эталон ответа:*
1. Консультация врача-терапевта 1 раз в 3 месяца;
  2. Консультация врача пульмонолога 1 раз в 6 месяцев;
  3. Консультация врача аллерголога 1 раз в 6 месяцев;
  4. ОАК 1 раз в 6 месяцев;
  5. Исследование общего анализа мокроты 1 раз в год;
  6. Исследование иммуноглобулина Е 1 раз в год;
  7. ФЛГ 1 раз в год;
  8. Спирометрия 1 раз в год;

## **Навык 3**

Способ заполнения санаторно-курортной карты.

*Эталон ответа:* 1. Учетная форма N 072/у "Санаторно-курортная карта" выдается медицинской организацией, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

2. Карта заполняется на бумажном носителе и (или) в форме электронного документа медицинским работником со средним медицинским образованием при предъявлении пациентом(кой) путевки на санаторно-курортное лечение;

3. Бланк Карты состоит из Карты и обратного (отрезного) талона;

4. При заполнении Карты:

4.1. Пункты 1-4 Карты заполняются на основании документа, удостоверяющего личность пациента(ки).

4.2. Пункты 6-13, выделенные серым цветом, заполняются только на граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг. Справочники для заполнения этих пунктов находятся на оборотной стороне "Справки для получения путевки на санаторно-курортное лечение" (учетная форма N 070/у, предусмотренная приложением N 11 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 N 834н).

Пункт 7 заполняется только в случае проживания пациента на территории, находящейся вблизи границы другого субъекта Российской Федерации, с указанием кода этого субъекта Российской Федерации.

Пункты 15-17 заполняются на основании медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма N 025/у, предусмотренная приложением N 1 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 N 834н), с обязательным кодированием диагнозов по МКБ-10. При оформлении Карты могут использоваться результаты, полученные при прохождении диспансеризации (медицинского осмотра).

Пункты 18-21 заполняются на основании представленной путевки на санаторно-курортное лечение.

5. Карта на бумажном носителе заверяется медицинским работником со средним медицинским образованием (для лица, имеющего право на получение набора социальных услуг, Карта заверяется подписью заведующего отделением или председателя врачебной комиссии) и печатью медицинской организации, на оттиске которой идентифицируется полное наименование медицинской организации.

6. Карта в форме электронного документа подписывается с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника со средним медицинским образованием.

7. Пункты 1-10 обратного (отрезного) талона Карты заполняются лечащим врачом санаторно-курортной организации. Талон заверяется подписями лечащего врача и главного врача санаторно-курортной организации и заверяется печатью медицинской организации, на оттиске которой идентифицируется полное наименование медицинской организации.

#### **Навык 4**

Алгоритм взятие пациента на диспансерный учет.

*Эталон ответа:* 1. В медицинской карте амбулаторного больного заполняется вводный эпикриз о взятии на Д учет и график осмотров;

2. Затем пациента необходимо внести в журнал диспансерного наблюдения;

3. Оформить карту диспансерного наблюдения форма N030/у;

4. Составить план диспансерного наблюдения на календарный год;

5. Заполнить эпикриз в конце каждого календарного года;

6. При каждом диспансерном осмотре: выявить жалобы, специфические симптомы, провести объективный осмотр, оценить физическое развитие, провести ряд обследований необходимых по данной нозологии.

#### **Навык 5**



Разработайте план диспансерного наблюдения для пациента с диагнозом:  
Хронический пиелонефрит.

*Эталон ответа:* 1. ОАМ 1 раз в 6 месяцев

2. АМ по Нечипоренко, с определением степени бактериурии, наличия активных лейкоцитов, чувствительности к антибактериальным препаратам 1 раз в 6 месяцев.

3. ОАК 1 раз в 6 месяцев.

4. При выявлении обострения проводится госпитализация в стационар. При неактивном течении следят за состоянием АД.

5. Осмотр офтальмолога 1 раз в год

6. Консультация врача нефролога 1 раз в год

7. Осмотр врача терапевта 1-2 раза в год.