

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

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Оценочные материалы по практике

«Практика терапевтического профиля»

(приложение к рабочей программе практики)

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

1. Перечень компетенций, формируемых практикой

профессиональных (ПК):

Код и наименование общепрофессиональной компетенции
ПК-2

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК-2,	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Контрольные вопросы Навыки	60 с эталонами ответов

Контрольные вопросы:

1. Назовите предпочтительное время суток измерения температуры тела.

Эталон ответа: Термометрия - измерение температуры тела. Термометрию проводят дважды в сутки - утром натощак (в 7-8 ч утра) и вечером перед последним приёмом пищи (в 17-18 ч). По специальным показаниям температуру тела можно измерять каждые 2-3 ч. (температурный профиль).

2. Перечислите места измерения температуры тела.

Эталон ответа:

Места измерения температуры тела: подмышечные впадины, полость рта (термометр помещают под язык), паховые складки (у детей), прямая кишка (как правило, у тяжелобольных; температура в прямой кишке обычно на 0,5-1°C выше, чем в подмышечной впадине).

3. Какие вопросы врач должен задать пациенту перед измерением артериального давления

Эталон ответа:

1. Какие лекарственные препараты принимает пациент (включая назальные и глазные капли).

2. Курил ли пациент за 1,5 – 2 часа до процедуры.

3. Были ли физические нагрузки в ближайшие часы до процедуры.

4. Употреблял ли пациент алкогольные напитки, тонизирующие напитки, чай, кофе.

4. Опишите правильную позу пациента при измерении артериального давления в положении сидя.

Эталон ответа:

Стопы пациента на полу, коленные суставы согнуты под углом около 90 градусов, ноги не перекрещены. Спина прилегает к спинке стула. Рука на столе, ладонной поверхностью вверх, плечо на уровне сердца.

5. Что такое аускультативный провал?

Эталон ответа:

Это период тишины, иногда регистрируемый между фазами I и II тонов Короткова.

6. Как определить максимальное давление накачивания при измерении артериального давления механическим тонометром?

Эталон ответа:

Пальпаторно определить пульс на лучевой артерии. Затем, продолжая держать руку на пульсе, накачивать манжету пока пульс не перестанет ощущаться. После этого проводится медленное, по 2 мм рт. ст. в секунду скачивание воздуха из манжеты. Отмечается явления пульса. Максимальное давление накачивания равно определяемому систолическому давлению появления пульса + 30 мм рт. ст.

7. Перечислите состояния, для которых характерно повышение количества эозинофилов в ОАК.

Эталон ответа:

Аллергические реакции, бронхиальная астма, гельминтозы, опухоли, лимфогранулематоз, хронический миелолейкоз, скарлатина, прием сульфаниламидов, антибиотиков, ПАСК.

8. Перечислите состояния, для которых характерно повышение количества моноцитов в ОАК.

Эталон ответа:

Хронические инфекции, острые инфекции (детские инфекции), лейкоз, лимфогранулематоз, инфекционный мононуклеоз, саркоидоз, системная склеродермия, системная красная волчанка, отравление фосфором.

9. При каких заболеваниях повышается осмотическая резистентность эритроцитов?

Эталон ответа:

Талассемия, гемоглобинопатии.

10. При каких заболеваниях характерно понижение количества ретикулоцитов?

Эталон ответа:

Гипопластическая анемия, вызванная различными причинами, анемия Аддисона-Бирмера.

11. Какие сыворотки должны дать положительную реакцию агглютинации если у пациента II группа крови?

Эталон ответа:

Анти – А+В и Анти – А.

12. Какие сыворотки должны дать положительную реакцию агглютинации если у пациента III группа крови?

Эталон ответа:

Анти – А+В и Анти – В.

13. Опишите алгоритм выполнения биологической пробы на совместимость крови

донора и реципиента.

Эталон ответа:

1. Однократно переливается 10 мл гемотрансфузионной среды со скоростью 2 - 3 мл (40 - 60 капель) в мин,
2. Затем переливание прекращают и в течение 3 мин наблюдают за реципиентом, контролируя у него пульс, дыхание, артериальное давление, общее состояние, цвет кожи, измеряют температуру тела.
3. Процедуру повторяют еще дважды.

14. Во время проведения биологической пробы при переливании эритроцитарной массы у пациента появилась боль в поясничной области и тошнота. Оцените результаты биологической крови при переливании крови и опишите ваши действия.

Эталон ответа:

Появление во время проведения пробы одного из таких клинических симптомов, как озноб, боли в пояснице, чувство жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты, требует немедленного прекращения трансфузии и отказа от переливания данной трансфузионной среды.

Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больная С. 47 лет на приеме терапевта 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.

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 уд/мин, 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 – 15x13x11 см. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопрос:

1. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?

Эталон ответа:

1. Поражение поджелудочной железы связано с операцией на желчном пузыре и желчевыводящих путях.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным 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 мес. 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 л/узлы 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, дискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

Эталон ответа:

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.
2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; пульсоксиметрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача пульмонолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

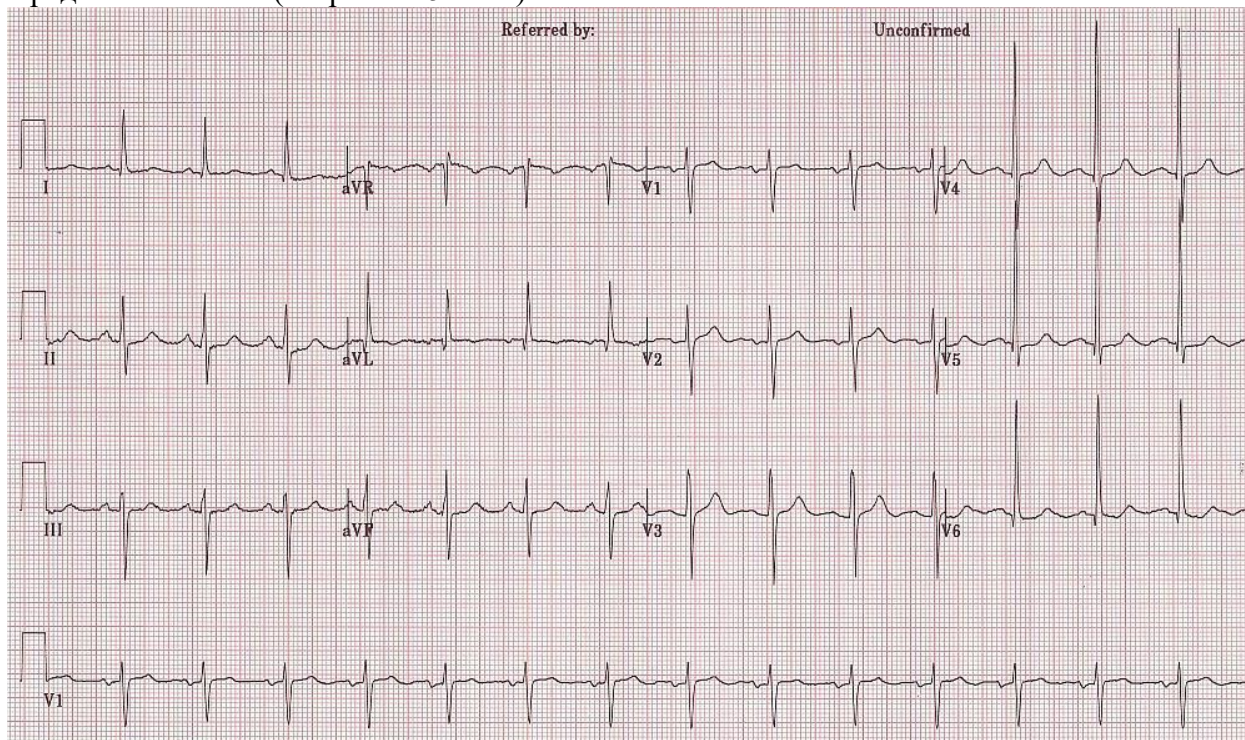
Больная Д. 56 лет поступила в больницу с жалобами на появление сильной головной боли, головокружения, ощущения пульсации в голове, тошноты, нечёткости зрения. Данные симптомы впервые в жизни появились шесть месяцев тому назад на фоне стресса. Была доставлена в больницу, где впервые было обнаружено повышение АД до 180/120 мм рт. ст. Наблюдалась в дальнейшем у участкового терапевта, принимала гипотензивную терапию. В последнее время АД при нерегулярных измерениях 150/80 мм рт. ст. Объективно: общее состояние средней тяжести. Индекс массы тела - 29,7 кг/м². Лицо гиперемировано. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Пульс - 96 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не

увеличена.

Отёков на нижних конечностях нет.

В общем анализе крови без патологических изменений.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



Вопросы:

1. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
2. Предположите наиболее вероятный диагноз.
3. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

Эталоны ответов:

1. Синдром артериальной гипертензии.
2. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Гипертонический криз.
3. Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, $RV4 < RV5 > RV6$, высокий RaVL (>11 мм), $RV5 + SV2 = 41$ мм. Гипертрофия левого желудочка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Больной Ф. 78 лет вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет.

Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний

край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина.

Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному?

Эталон ответа:

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, у больного пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.
2. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу 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 лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., 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.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Эталоны ответов;

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия.

2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь

с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

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 срединноключичной 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.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2.
2. Составьте план дополнительного обследования

Эталоны ответов

1. Артериальная гипертония 3 степени, 2 стадии, риск ССО 4. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст. 2.

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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Больная 30 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6°C.

Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – без осложнений. В последующем обострения заболевания не отмечалось. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л,

эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 24 мм/час. Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Вопросы:

1. Какой можно поставить диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Хронический первичный правосторонний необструктивный пиелонефрит, ст. обострения. ХБП 1 ст.
2. Бактериологическое исследование мочи (посев мочи); анализ мочи по Зимницкому, проба Нечипоренко; определить скорость клубочковой фильтрации;

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 24 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отёки на ногах.

Из перенесённых заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомия в детском возрасте, грипп около 4 лет назад.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожа бледная. Отёки голеней, стоп.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лёгких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитирующие хрипы, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ср. ЧСС – 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в 1 мин, неритмичный. Размеры печени по Курлову - $14 \times 11 \times 10$ см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ср. ЧЖС - 132 в 1 мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие инструментальные исследования позволили поставить достоверный диагноз.
3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.

Эталоны ответов:

1. Дилатационная кардиомиопатия. Нарушение ритма по типу постоянной формы фибрилляции предсердий, тахисистолия. ХСН IIБ ст. III ФК
2. Эхо-КГ, ЭКГ

3. Отсутствие зубца Р, нерегулярный ритм (разные по продолжительности интервалы RR), узкие комплексы QRS (у большинства больных), наличие волн фибрилляции f

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

Мужчина 56 лет обратился к врачу-терапевту участковому с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гноющей 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.

Инфильтративных изменений не выявлено.

ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка.

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

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, смешанная форма, нарушение бронхиальной проходимости 3 степени, тяжелое обострение. Хроническое лёгочное сердце, компенсация. ДН II.
2. ЭХО-КС, газовый состав крови, пульсоксиметрия, проба с бронходилататорами, цитологическое и микробиологическое исследование мокроты, ФБС.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

Пациентке 75 лет поставлен диагноз: Полиостеоартроз, узелковая форма (узелки Гебердена, Бушара). Двусторонний гонартроз, рентгенологическая ст. III (по Kellgren), ФНС 2. Остеоартроз поясничного отдела позвоночника.

Ниже представлены рентгенограммы коленных суставов и поясничного отдела позвоночника.



Рентгенограмма коленных суставов



Рентгенограмма поясничного
отдела позвоночника

Вопросы:

1. Опишите патологические изменения на представленных выше рентгенограммах.

Эталоны ответов:

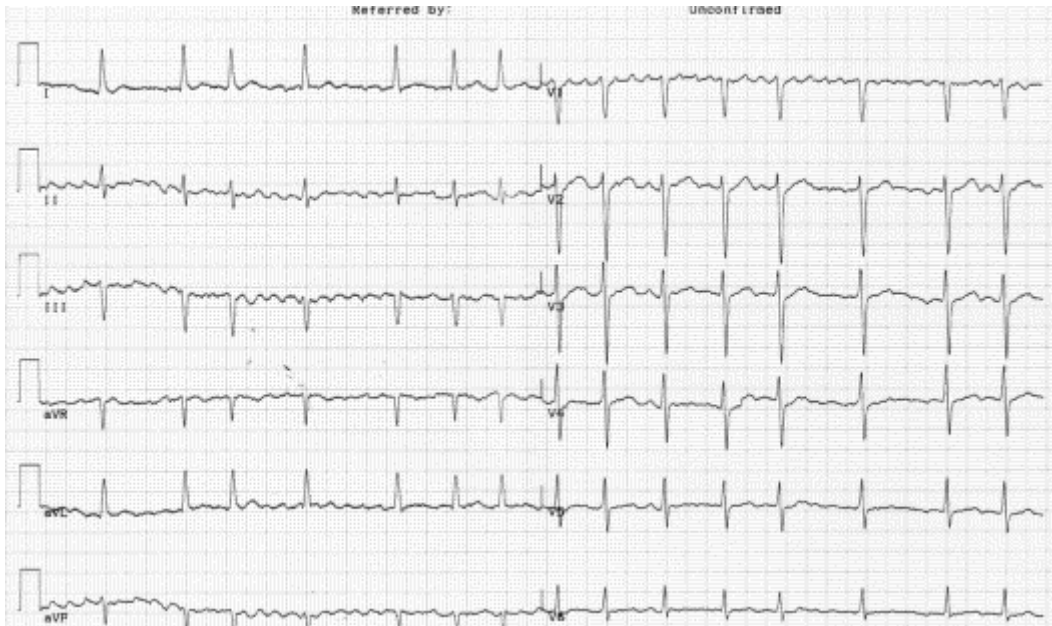
1. Рентгенологические изменения коленных суставов: субхондральный склероз, остеофиты, сужение суставной щели (Рентгенологическая стадия III характеризуется сужением суставной щели, наличием единичных остеофитов). и поясничного отдела позвоночника: остеосклероз тел позвонков, снижение высоты межпозвонковых дисков, спондилофиты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

Больная Б. 38 лет поступила в клинику в связи с развитием около 5 дней назад одышки при обычных физических нагрузках, учащённого неритмичного сердцебиения. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия. Физические нагрузки переносила хорошо.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°C, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отёков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание жёсткое в базальных отделах, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

В анализах крови: СРБ - 5,6 мг/л, АСЛО - 125 МЕ/л (норма 0-125 МЕ/л). ЭКГ.



Вопросы:

1. Расшифруйте ЭКГ, укажите какие изменения Вы видите на ЭКГ.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз у данной больной, учитывая клиническую картину и данные ЭКГ.

Эталоны ответов:

1. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия), тахисистолическая форма. Имеется неправильный ритм, ЧСС- 115 в 1 мин., зубец р отсутствует, на изоэлектрической линии волны f.
2. С острой ревматической лихорадкой, хронической ревматической болезнью сердца, вирусным миокардитом, тиреотоксикозом, инфекционным эндокардитом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

Мужчина 47 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C градусов, кашель с трудноотделяемой мокротой «ржавого» цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение.

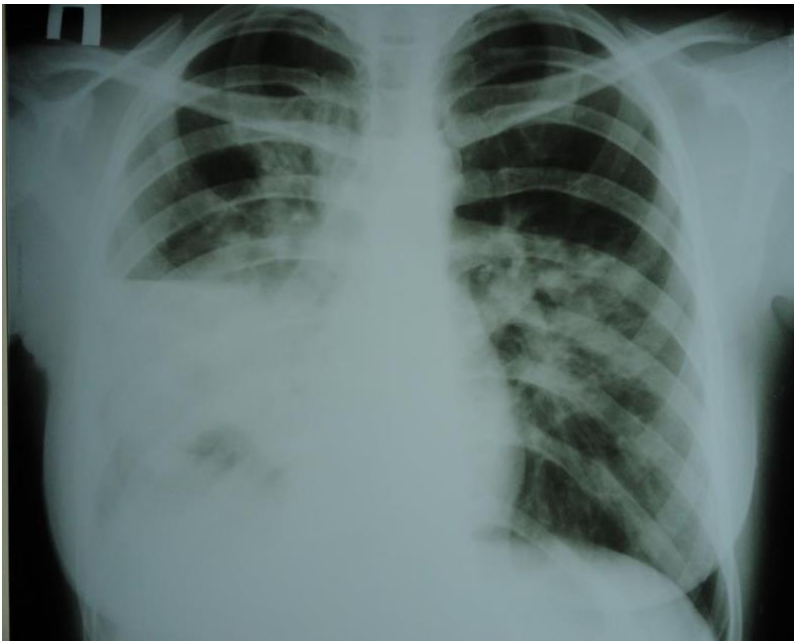
Из анамнеза известно, что пациент заболел 3 дня назад – после переохлаждения повысилась температура тела, появился кашель. Лечился самостоятельно (Аспирин, Парацетамол), но состояние ухудшалось: появились вышеперечисленные жалобы.

Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, цианоз губ, кончиков пальцев. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в IV-V межреберье по среднеключичной линии справа. При аускультации в том же отделе дыхание бронхиальное, крепитация. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 85/50 мм рт. ст. Сатурация – 80%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.

В общем анализе крови: лейкоциты – $22 \times 10^9/\text{л}$, юные формы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 23%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 30%, моноциты - 5%. СРБ – 125 мг/л.

Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях.



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Опишите рентгенологические признаки, выявленного Вами заболевания, на представленной выше рентгенограмме

Эталоны ответов:

1. Внебольничная правосторонняя среднедолевая пневмония, тяжелое течение. ОДН 2 ст.
2. На рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции имеется затемнение нижнего лёгочного поля правого лёгкого; в боковой проекции видно поражение преимущественно средней доли правого лёгкого

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

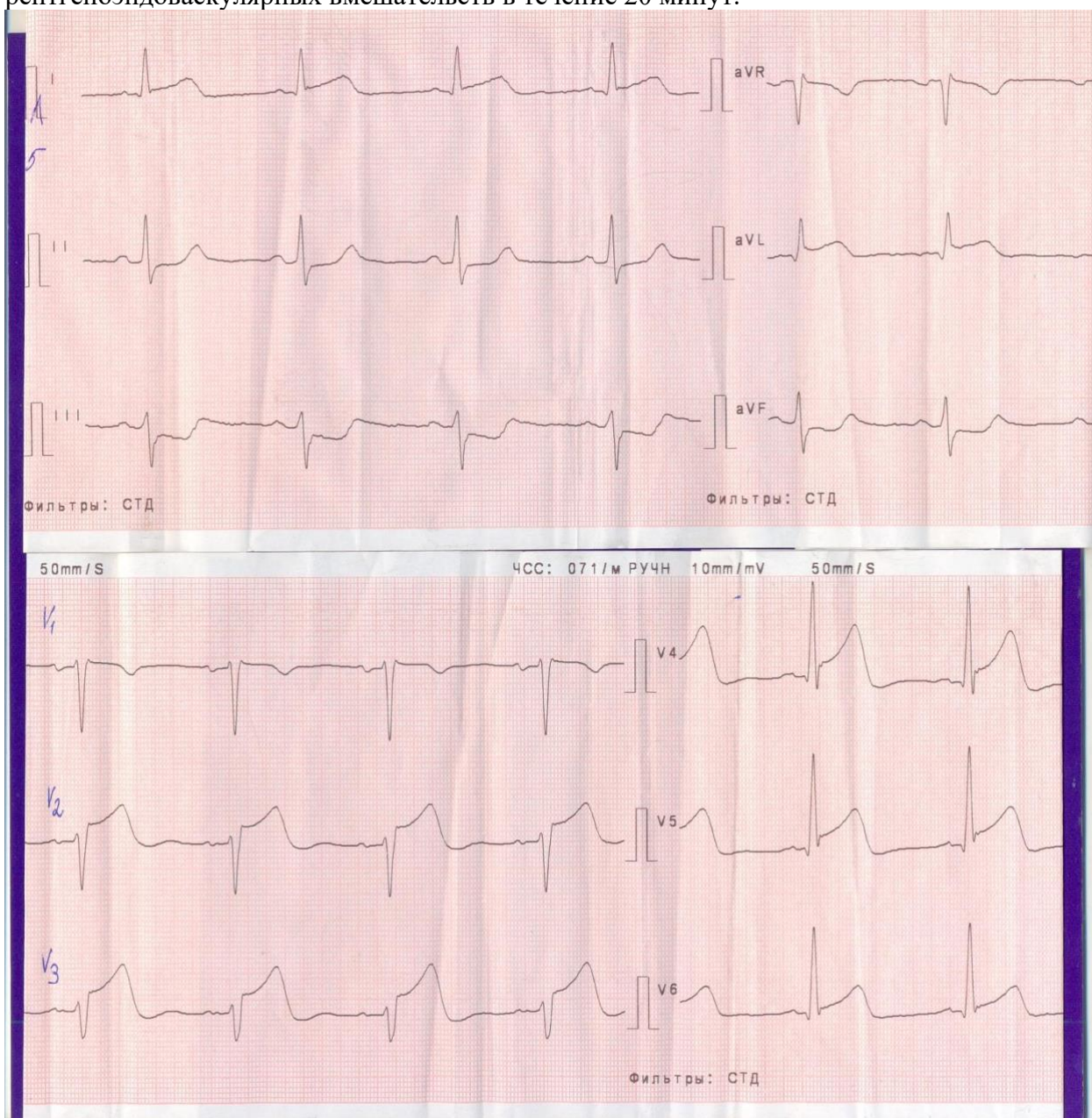
Мужчина 47 лет вызвал бригаду скорой помощи в связи с появлением давящей боли за грудиной. Боль появилась 40 минут назад, в покое, не купировалась 2 дозами изокета. Пациент отмечает выраженную слабость, потливость.

Ранее боли за грудиной не беспокоили, физическую нагрузку переносил хорошо. В течение 6 лет периодически повышалось АД до 160/100 мм рт. ст. При повышении АД принимал Каптоприл, постоянно гипотензивные препараты не получал. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Наследственность не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. ЧДД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Пульс на сосудах нижних конечностях сохранён.

Зарегистрирована ЭКГ.

Больной доставлен в приёмное отделение больницы с отделением рентгеноэндоваскулярных вмешательств в течение 20 минут.



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз.

Эталоны ответов:

1. ИБС. Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST, передне-перегородочно-боковой. ОСН 1 (Киллип). Артериальная гипертония 3 стадии, риск 4.
2. Диагноз «ИБС: острый коронарный синдром» установлен на основании клинической картины: боль за грудиной, возникшая в покое, не купированная Изокетом, продолжительностью 40 минут, сопровождающаяся слабостью и холодным потом. Данные ЭКГ: подъём ST в отведениях I, avL, V2-V6 и реципрокные изменения в III, avF свидетельствуют об ОКС с подъёмом ST передне-перегородочно-боковой локализации. ОСН 1(Киллип) - на основании отсутствия хрипов в лёгких. Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании данных о повышении АД в течение 6 лет. Наличие ОКС свидетельствует о 3 стадии и 4 степени риска.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъёме на один пролёт лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

Из анамнеза известно, что аналогичные боли беспокоят в течение полутора лет. В начале они возникали на большую, чем сейчас нагрузку, но последние несколько месяцев носят описанный выше характер. Больной получает Биспролол 5 мг в сутки и Кардикет 40 мг 2 раза в сутки. На этом фоне приступы сохраняются. Курил в течение 20 лет по ½ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м². Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) – 86,6 мл/мин. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 82 удара в минуту, нормальное положение ЭОС, соотношение зубцов R и S в грудных отведениях не нарушено. Выполнена ВЭМ – проба прервана на нагрузке 75 Вт из-за появления дискомфорта в грудной клетке и депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195. Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Эталоны ответов:

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения IIIФК. ХСНIIА стадия, ФКII. Гиперлипидемия.
2. Диагноз «ИБС, стабильная стенокардия IIIФК» установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной, которые возникают при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъёме на один пролёт лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие после остановки. За данный диагноз говорят также данные ВЭМ – на нагрузке 75 Вт проба остановлена из-за возникшего дискомфорта в грудной клетке и изменений на ЭКГ: депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное

произведение» составило 195.

Хроническая сердечная недостаточность IIА стадия определена на основании наличия одышки и отсутствия признаков правожелудочковой недостаточности.

ФКП определён по признакам ограничения физической активности при привычной физической нагрузке.

Гиперлипидемия обнаружена при определении общего холестерина и его фракций.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

Больная 65 лет, пенсионерка, обратилась в поликлинику с жалобами на общую слабость, утомляемость, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, тошноту, отрыжку, тяжесть в эпигастрии. Признаки желудочной диспепсии около 15 лет. В последние полгода появились слабость, сердцебиения, одышка при нагрузке, онемение нижних конечностей. К врачам не обращалась.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, лёгкая желтушность кожи и склер лимонного оттенка. Лицо одутловато. Рост - 160 см, масса тела - 68 кг. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца смещены влево на 1 см, тоны немного приглушены, ЧСС - 90 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 1,3, ретикулоциты – 0,1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 30 мм/час, MCV – 70 фл. В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?
2. Какие патологические изменения в общем анализе крови подтверждают Ваш диагноз?

Эталоны ответов:

1. В12-дефицитная анемия,
2. Гемоглобин – 70 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,3, ретикулоциты – 0,1%, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 30 мм/час, MCV – 70 фл. В мазке крови обнаружены гиперсегментированные нейтрофилы, тельца Жолли и кольца Кебота.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

Больная 50 лет обратилась в поликлинику. 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 подъём сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз у больной?
2. Какие патологические изменения на ЭКГ подтверждают Ваш диагноз?

Эталоны ответов:

1. ИБС: вариантная стенокардия Принцметала.
2. Подъём сегмента ST в отведениях II, III и AVF с дискордантным снижением этого сегмента в отведениях V1 и V2.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

У больной 60 лет отмечается одышка, умеренное кровохарканье, общая слабость. Заболела остро несколько часов назад, когда внезапно возник приступ удушья. Кожные покровы бледно-цианотичные. Наблюдаются отёки нижних конечностей, больше левой, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком. Частота дыханий - 26 в минуту. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный, малого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией. На ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъем сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз у данного больного?
2. Какие патологические изменения на ЭКГ подтверждают Ваш диагноз?

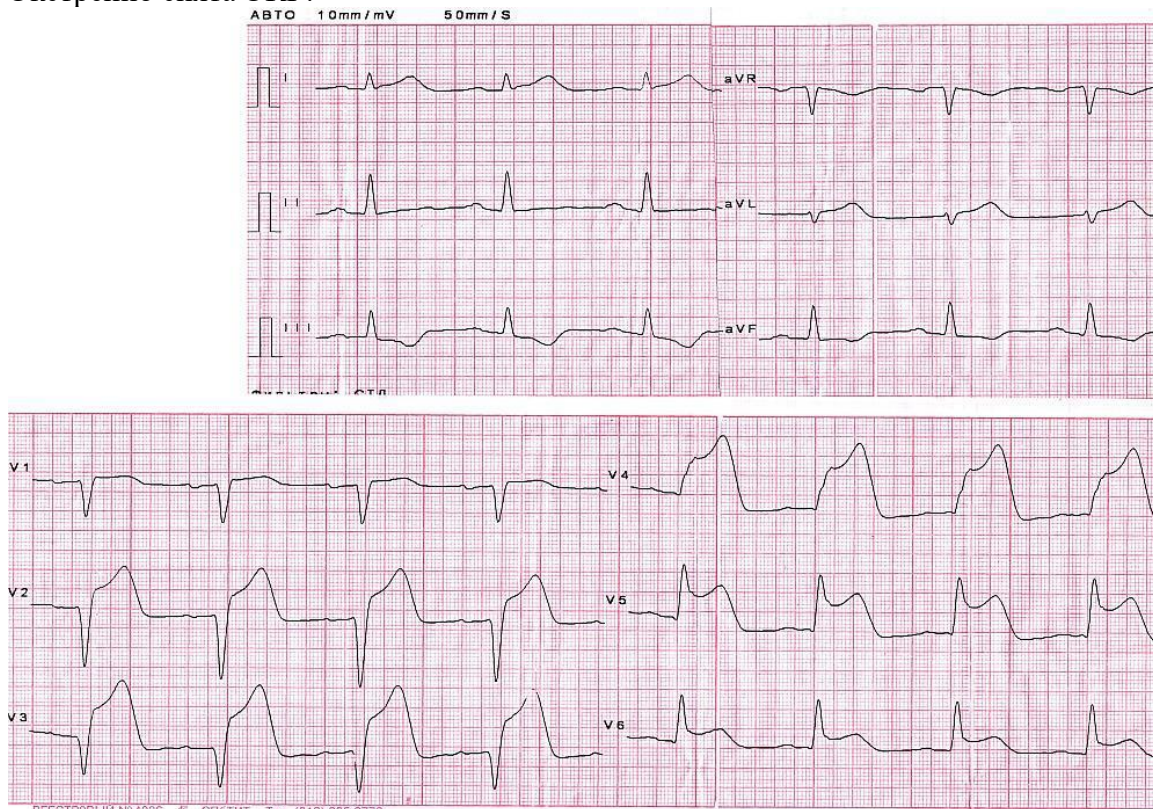
Эталоны ответов:

1. Тромбоз вен левой голени. Тромбоэмболия лёгочной артерии.
2. Увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъем сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, сопровождающейся тошнотой, профузным потоотделением, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 3 часов. Курит много лет, 10-15 сигарет в день. Артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний, травм головы, коагулопатий и значительных кровотечений в анамнезе нет. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Экстренно снята ЭКГ:



Вопросы:

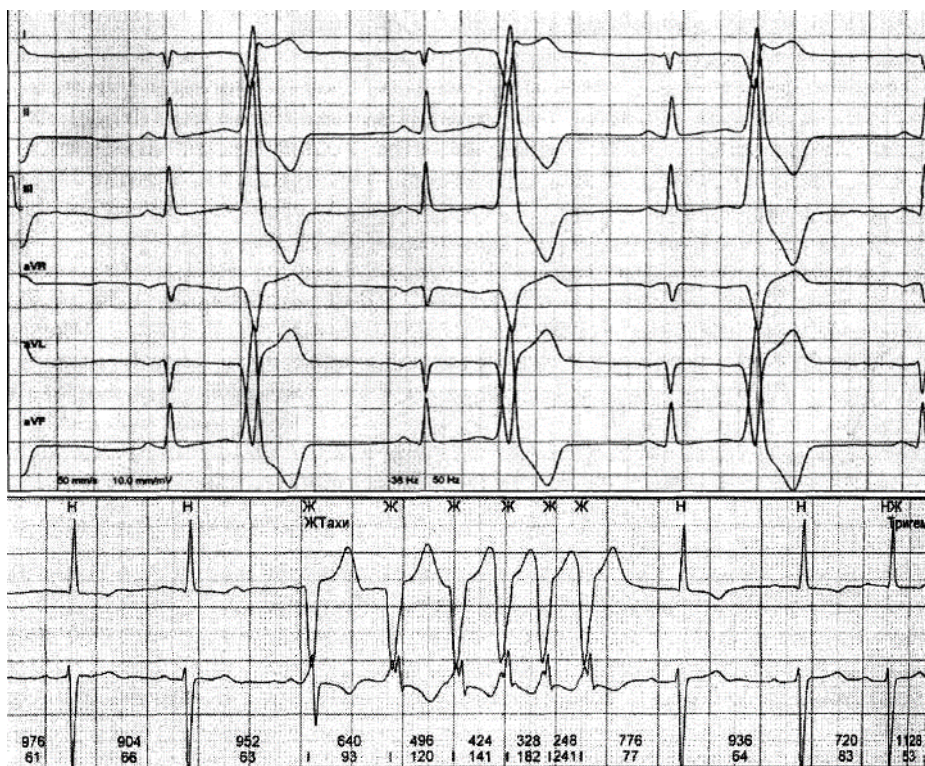
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ.

Эталонные ответы:

1. ИБС. Острый передний инфаркт миокарда с зубцом Q.
2. QS в отведениях V1-V3, выраженный горизонтальный подъем ST и высокий острокоричный T в отведениях V1-V6. Реципрокная депрессия ST и отрицательный T в отведениях III, aVF.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

Пациент, страдающий ИБС, предъявляет жалобы на перебои в работе сердца. Проведено ЭКГ-холтеровское мониторирование, на котором обнаружено нарушение ритма сердца.



Вопросы:

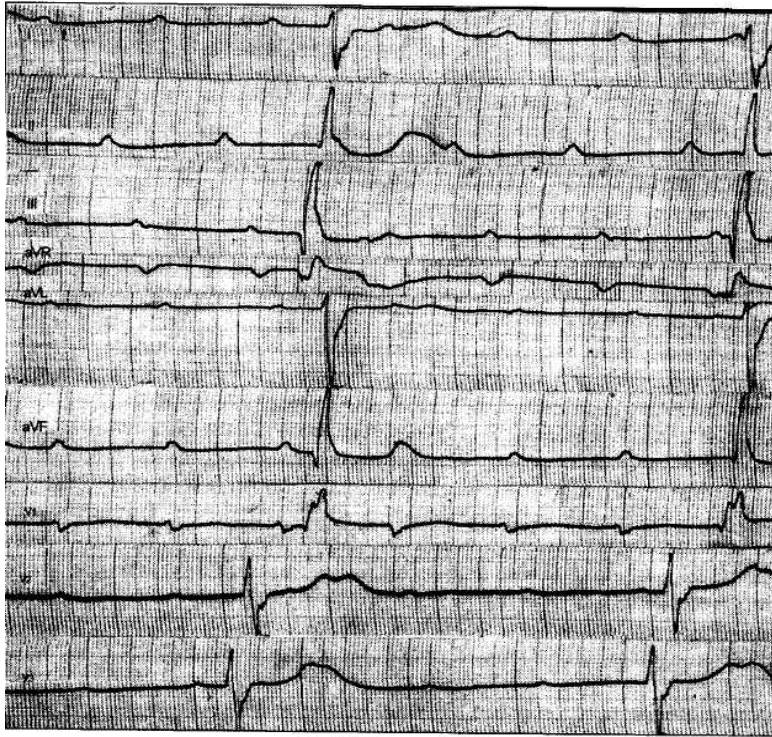
1. Какие нарушения ритма обнаружены на ЭКГ.

Эталон ответа:

1. Желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии. Пробежка желудочковой пароксизмальной тахикардии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

Пациент предъявляет жалобы на кратковременные потери сознания. Ниже представлена ЭКГ данного пациента.



Вопросы:

1. Какое нарушение ритма/проводимости зарегистрировано на ЭКГ. Сделайте ЭКГ заключение (обоснуйте).

Эталонные ответы:

1. Атриовентрикулярная блокада III ст. (полная АВ-блокада). Редкий желудочковый ритм. Комплексы QRS расширены, деформированы. Полная диссоциация предсердных и желудочковых комплексов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

Женщина, 47 лет. Известно, что в течение последних 8 лет, после уменьшения физической активности, отмечает увеличение массы тела, на фоне чего стала отмечать приступообразный, преимущественно сухой мучительный кашель, сопровождающийся ощущением нехватки воздуха. Через некоторое время стала также отмечать боли за грудиной при физической нагрузке, наиболее выраженные во время работы в огороде (прополка грядок). Была обследована амбулаторно. Выставлен диагноз «Бронхиальная астма тяжёлого, непрерывно рецидивирующего течения. ИБС: стенокардия напряжения III ф. к. Ожирение II ст.». Назначенное лечение имело незначительный эффект. Приём нитратов, со слов больной, был эффективен, приводя к купированию загрудинной боли в течение получаса. В течение последних 3 недель отмечает появление загрудинной боли в ночное время в первой половине ночи, особенно после плотного позднего ужина, что стало поводом для обращения за медицинской помощью. Бригадой скорой помощи по данным клинической картины, а также по данным ЭКГ и тропонин-теста, диагноз ОКС отвергнут. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболевания, которое объединяет жалобы больной.
2. Какие специальные методы исследования применяются при данном заболевании?

Эталон ответа:

1. ГЭРБ. Хронический рефлюкс-эзофагит, обострение.
2. ФЭГДС, гистологическое исследование, рН-метрическое исследование, манометрия пищевода, рентгенологическое исследование, импедансометрия. Проба с Гевисконом на купирование болевого синдрома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22.

В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 56 лет, злоупотребляющий алкоголем, с жалобами на боли в животе, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 3 часов, усиливающиеся в положении лёжа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперёд, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Беспокоят тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота. После каждого приёма пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный стул, содержащий капли жира. Отмечает снижение массы тела.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Хронический алкогольный панкреатит средней степени тяжести с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы.
2. Определение уровня амилазы в крови и моче, копрологическое исследование, определение уровня эластазы-1 в кале, рентгенография живота, КТ, МРТ, ЭРХПГ, УЗИ, эндо-УЗИ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23.

Пациентка 29 лет в течение трёх лет страдает болезнью Аддисона. Получает заместительную терапию: 5 мг преднизолона утром, 2,5 мг в 16.00, флудрокортизон 0,1 мг утром. Состояние было удовлетворительным. Четыре дня назад заболела гриппом. Дозу глюко- и минералокортикоидов не изменяла. Состояние больной резко ухудшилось сутки тому назад: появились резчайшая слабость, адинамия, тошнота, рвота. Доставлена в стационар с проявлениями сосудистого коллапса скорой медицинской помощью.

Объективно: состояние тяжёлое. Продуктивному контакту не доступна. Кожа сухая, смуглая, обращает на себя внимание выраженная гиперпигментация кожи в области сосков, на шее, локтевых сгибах. Пульс - 124 ударов в минуту, слабого наполнения, АД - 60/40 мм рт. ст.

Вопрос:

Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

Эталон ответа.

Острая надпочечниковая недостаточность.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24.

Больной 40 лет на приёме у врача-терапевта участкового жалуется на слабость, учащённое мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжёлого гриппа, протекавшего с расстройством сознания и судорогами, по поводу чего пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. После выписки из стационара сохранялась утомляемость, нарастала слабость, бессонница, ухудшение аппетита, снижение пото- и слюноотделения, появилась жажда, из-за которой стал ежедневно выпивать до 5-6 литров жидкости, потерял 4,6 кг. При обследовании патологии внутренних органов не выявлено. Нарушений обмена

глюкозы нет. Плотность мочи 1005 г/л.

Вопрос:

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Эталон ответа:

На основании вышеуказанных жалоб, анамнеза и лабораторных сдвигов установлен диагноз «центральный несахарный диабет».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25.

У больной 30 лет сахарный диабет выявлен 3 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. Последние 2 недели нарушился режим питания из-за работы. Часто стала отмечать приступы голода, которые сопровождались дрожью в теле, сердцебиением, головной болью, агрессивностью поведения. При измерении глюкометром глюкоза крови в этот момент - 2,8-3,5 ммоль/л. Данные явления купировала самостоятельно приёмом пищи, содержащей много углеводов.

Вопросы:

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Эталон ответа:

Сахарный диабет 1тип. Целевой уровень HbA1c <6,5%. Гипогликемические состояния.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26.

В приёмный покой доставлен больной 65 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°C, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°C. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 84/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет.

Анализ крови: лейкоциты - 21×10^9 /л, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 18%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 16%, моноциты - 2%, СОЭ - 59 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: pH - 7,5; P CO₂ - 20; P O₂ - 50; BE - 10.

Вопросы:

Сформулируйте предположительный диагноз.

Эталон ответа.

Внебольничная пневмония нижней доли правого лёгкого тяжёлого течения. Дыхательная недостаточность 3 степени. Инфекционно-токсический шок. Острое повреждение почек.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27.

Больная 29 лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, желтуху. Больна с 5-летнего возраста.

При осмотре: кожа и склеры желтушные. Обращает на себя внимание «башенный череп» и «готическое небо». На коже голени - трофические язвы. Пульс - 99 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. Дыхание везикулярное.

Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка – на 6 см. В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз). Билирубин - 49 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Микросфероцитоз эритроцитов.

Вопросы:

Сформулируйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

Болезнь Минковского-Шоффара, фаза обострения, гепатолиенальный синдром, трофические язвы голеней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28.

Больному 57 лет поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения стабильная, ФК II». С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает серетид ингаляционно. Приступы астмы купируются сальбутамолом. По поводу ИБС начал получать метопролол по 25 мг 2 раза в день. На второй день начала приёма метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объёмной скорости выдоха.

Вопросы:

Предположите причину учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости вы

Эталон ответа:

Причиной ухудшения дыхательной функции является бронхоспастическое действие β-адреноблокатора метопролола.

Навыки с эталонами выполнения

Навык 1. Опишите алгоритм действий при измерении температуры тела в подмышечной впадине и регистрации данных в температурном листе.

Эталон выполнения навыка:

1. Протереть насухо подмышечную область больного
2. Осмотр подмышечной области: при наличии гиперемии, местных воспалительных процессов нельзя проводить измерение температуры
3. Вынуть термометр из стакана с дезинфицирующим раствором. После дезинфекции термометр следует ополоснуть проточной водой и тщательно вытереть насухо.
4. Встряхнуть термометр таким образом, чтобы ртутный столбик опустился до отметки ниже 35°C.
5. Поместить термометр в подмышечную впадину таким образом, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом пациента; попросить больного плотно прижать плечо к грудной клетке (при необходимости медицинский работник должен помочь больному удерживать руку).
6. Вынуть термометр через 10 мин., снять показания.
7. Встряхнуть ртуть в термометре до отметки ниже 35 °С.
8. Поместить термометр в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
9. Зафиксировать показания термометра в температурном листе.

Навык 2. Опишите алгоритм подготовки к процедуре аускультации легких.

Эталон выполнения навыка:

1. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение, сидя на стуле или стоя.
2. Убедиться, что фонендоскоп находится в рабочем положении.
3. Обработать оливы и мембрану фонендоскопа ватным диском с антисептиком.
4. Попросить пациента освободить грудную клетку от одежды.
5. Предложить пациенту встать с опущенными вдоль туловища руками.
6. Попросить пациента во время обследования дышать ровно, через нос.
7. Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком.
8. Встать сбоку или спереди от пациента.
9. Вставить оливы фонендоскопа в наружные слуховые проходы.

Навык 3. Опишите алгоритм выполнения процедуры поверхностной пальпации живота.

Эталон выполнения навыка:

1. Уложить больного на спину с вытянутыми ногами, руки его расположить вдоль туловища.
2. Положить ладонь правой руки на живот левой подвздошной области пациента.
3. Слегка согнутыми четырьмя пальцами произвести мягкий нажим на брюшную стенку. Оценить степень напряжения передней брюшной стенки.
4. Руку перенести в правую подвздошную область и провести пальпацию,
5. Провести пальпацию живота постепенно перемещая руку вверх к эпигастрию на симметричных участках левой и правой половины брюшной стенки.

Навык 4. Измерение окружности грудной клетки у мужчин и женщин

Эталон выполнения навыка:

1. Измерение окружности грудной клетки проводят в положении стоя, руки опущены, при максимальном вдохе, полном выдохе и спокойном дыхании. Сантиметровую ленту накладывают горизонтально, сзади под углами лопаток, спереди: у мужчин по околососковым кружкам, а у женщин под молочными железами.

Навык 5. Алгоритм определения голосового дрожания.

Эталон выполнения навыка:

1. Предупредить пациента, что будете оценивать голосовое дрожание
2. Попросив пациента несколько раз повторять вслух «33», прикладывать ладони в симметричных областях: а) надключичных, б) подключичных. в) боковых, г) надлопаточных, д) межлопаточных, е) подлопаточных.

Навык 6. Алгоритм определения эластичности грудной клетки

Эталон выполнения навыка:

1. Предупредить пациента что будете оценивать эластичность грудной клетки.
2. Сдавить ладонями грудную клетку в переднезаднем направлении, положив одну руку на грудину, а вторую – на межлопаточную область, совершить 1-2 надавливания пружинистыми движениями.
3. Сдавить ладонями грудную клетку в поперечном направлении, положив руки параллельно ходу ребер на боковых поверхностях грудной клетки совершить 1-2

надавливания пружинистыми движениями.

4. Спросить у пациента о болевых ощущениях при пальпации.

Навык 7. Алгоритм сравнительной перкуссии грудной клетки спереди

Эталон выполнения навыка:

1. Провести сравнительную перкуссию в надключичных ямках слева и справа.
2. Провести сравнительную перкуссию по ключицам, используя в качестве плессиметра ключицы.
3. Провести сравнительную перкуссию в I, II, III межреберьях по срединноключичным линиям слева и справа.
4. Провести перкуссию правой половины грудной клетки в IV, V межреберьях

Навык 8. Алгоритм перкуссии грудной клетки сзади

Эталон выполнения навыка:

1. Провести сравнительную перкуссию в надостных областях слева и справа по лопаточным линиям в симметричных точках
2. Попросить пациента слегка наклониться вперед, опустив голову, скрестив руки на груди, положив на плечи
3. Провести сравнительную перкуссию в межлопаточной области слева и справа по околопозвоночным линиям у верхнего края лопаток, затем у нижнего края лопаток по околопозвоночным линиям в симметричных точках (палец плессиметр расположен вертикально).
4. Попросить пациента опустить руки
5. Провести сравнительную перкуссию в VII, VIII и IX межреберьях слева и справа по лопаточным линиям в симметричных точках

Навык 9. Алгоритм сравнительной аускультации легких по передней и боковым поверхностям грудной клетки

Эталон выполнения навыка:

1. Провести аускультацию в I, II, III межреберьях слева и справа по срединноключичным линиям в симметричных точках
2. Попросить пациента сложить руки в замок на затылке
3. Провести аускультацию в III, IV, V межреберьях слева и справа по средней подмышечной линии в симметричных точках

Навык 10. Алгоритм сравнительной аускультации легких сзади

Эталон выполнения навыка:

1. Провести аускультацию в надостных областях слева и справа по лопаточной линии в симметричных точках
2. Попросить пациента слегка наклониться вперед, опустив голову, скрестив руки на груди, положив ладони на плечи
3. Провести аускультацию в межлопаточных областях слева и справа по околопозвоночной линии в верхней и нижней части лопатки в симметричных точках
4. Попросить пациента опустить руки

5. Провести аускультацию в подлопаточных областях в 7,8 и 9 межреберьях слева и справа по лопаточной линии в симметричных точках

Навык 11. Алгоритм проведения пикфлоуметрии

Эталон выполнения навыка:

1. Перед применением продезинфицировать пикфлоуметр
2. Пикфлоуметр держать параллельно полу, а ползунок должен оставаться неподвижным в начале шкалы. Проводить процедуру можно как стоя, так и сидя;
3. Выполнить максимальный вдох, а затем плотно обхватить мундштук пикфлоуметра губами и сделать резкий форсированный выдох в прибор. Количество повторений – 3.
4. Учитывается лучший результат

Навык 12. Алгоритм ингаляции из дозированного аэрозольного ингалятора без спейсера

Эталон выполнения навыка:

1. Встряхнуть ингалятор перед использованием
2. Сделать глубокий выдох
3. Мягко обхватить мундштук ингалятора губами и начать медленно вдыхать
4. Сразу после начала вдоха один раз нажать на ингалятор
5. Медленно продолжить вдох до максимума
6. Задержать дыхание на 10 секунд или при невозможности этого - задержать дыхание настолько возможно, желательнее не вынимать ингалятор изо рта
7. Сделать выдох через рот
8. Повторная ингаляция не ранее чем через 30 секунд
9. Прополоскать рот водой если ингалировался кортикостероид

Навык 13. Алгоритм ингаляции из дозированного ингалятора со спейсером

Эталон выполнения навыка:

1. Удалить защитный колпачок, встряхнуть ингалятор и вставить его в спейсер.
2. Обхватить губами ротовой конец спейсера.
3. Нажать на ингалятор так, чтобы лекарство попало в спейсер.
4. Глубоко медленно сделать вдох
5. Задержать дыхание на 5-10 сек.
6. Отсоединиться от спейсера и сделать выдох
7. Прополоскать рот если ингалировался кортикостероид.

Навык 14. Опишите методику оценки капиллярного пульса на конечности.

Эталон выполнения навыка:

1. Необходимо надавить на кончик ногтя руки пациента, наблюдая за пульсацией сосудов ногтевого ложа.
2. Отпустить кончик пальца.

Навык 15. Опишите алгоритм правильного наложения манжеты тонометра на плечо пациента.

Эталон выполнения навыка

1. Попросить пациента оголить руку (рукав не закатывать).
2. Наложить манжету на 2 – 2,5 см. выше локтевого сгиба.
3. Найти место пульсации плечевой артерии.

4. Приложить мембрану стетофонендоскопа к точке пульсации плечевой артерии в локтевом сгибе.

Навык 16. Опишите алгоритм визуальной оценки грудной клетки.

Эталон выполнения навыка:

1. Предупредив пациента о цели осмотра,
2. стать перед пациентом.
3. Оценить: форму грудной клетки (форму и выраженность надключичных и подключичных ямок. Оценить надчревный угол. Со стороны спины оценить положение лопаток).
4. Оценить наличие деформации грудной клетки,
5. Оценить симметричность левой и правой половин грудной клетки,
6. Оценить синхронность движений левой и правой половин грудной клетки при дыхании.
7. Оценить тип дыхания, ритм дыхания и участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

Навык 17. Опишите правильную методику накачивания и скачивания воздуха при измерении артериального давления?

Эталон выполнения навыка:

Накачивание воздуха следует производить максимально быстро. Скачивание воздуха должно производиться медленно, со скоростью 2 мм рт. ст. в секунду

Навык 18. Перечислите правила наложения электродов ЭКГ.

Эталон выполнения навыка:

Кожу в области наложения электрода обезжиривают с использованием спирта;
Выраженный волосяной покров обрабатывают раствором из мыла или сбривают.
Электроды для ЭКГ покрывают специализированным гелем, улучшающим электрическую проводимость.
Нужно соблюдать регламент техники безопасности, работая с электрическими приборами.
В частности, обеспечить заземление если прибор работает от сети.

Навык 19. Перечислите точки наложения грудных электродов ЭКГ

Эталон выполнения навыка:

- 1 – 4 межреберье с правой стороны от грудины;
- 2 – 4 межреберье с левой стороны от грудины;
- 3 – 5 ребро по левой парастернальной линии;
- 4 – 5 межреберье по левой линии средней ключицы;
- 5 – 5 межреберье по подмышечной линии впереди;
- 6 – 5 межреберье по средней подмышечной линии.

Навык 20. Перечислите в каких точках проводится аускультация сердца.

Эталон выполнения навыка:

- 1) область верхушки сердца (митральный клапан);
- 2) II межреберье у правого края грудины (аортальный клапан);
- 3) II межреберье у левого края грудины (клапан легочной артерии);

- 4) у основания мечевидного отростка (трехстворчатый клапан);
- 5) III межреберье у левого края грудины (точка Боткина–Эрба).

Навык 21. Перечислите общие правила аускультации органов грудной клетки.

Эталон выполнения навыка:

1. для увеличения чувствительности слухового анализатора перед аускультацией врач должен 5 минут находиться в тишине;
2. необходимо всегда пользоваться одним и тем же фонендоскопом;
3. фонендоскоп нужно плотно всей окружностью прижимать к коже пациента, избегая слишком большого давления;
4. в помещении должно быть тихо и тепло;
5. следует избегать выслушивания над поверхностью кожи, имеющей волосы (если это невозможно — волосы смачивают водой).

Навык 22. Опишите технику определение размеров печени по Курлову.

Эталон выполнения навыка:

1. По правой среднеключичной линии производят перкуссию от пупка до нижней границы печени и от ясного лёгочного звука вниз по межреберьям до появления печёночной тупости. Соединив две точки, измеряют первый размер печени по Курлову.
2. По срединной линии живота перкутируют вверх до появления печёночной тупости. За верхнюю точку этого размера условно принимают точку, лежащую на одном уровне с верхней границей первого размера печёночной тупости (через эту точку проводят горизонталь до пересечения со срединной линией). Соединив эти точки, измеряют второй размер печени по Курлову.
3. Третий размер печени по Курлову определяют, перкутируя вблизи левой рёберной дуги параллельно ей, начиная перкуссию с передней подмышечной линии. Верхняя точка соответствует верхней точке второго размера печени по Курлову.