

**КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКИЙ ФИЛИАЛ
УНИВЕРСИТЕТА «СИНЕРГИЯ»**

**Рассмотрено
на заседании Ученого совета
Университета «Синергия»
протокол № 11 от 28.11.2025 г.**

**УТВЕРЖДАЮ
Ректор Университета «Синергия»
кандидат экономических наук, доцент
А. И. Васильев
01.12.2025 г.**

Программа государственной итоговой аттестации

Уровень профессионального образования:	<i>Высшее образование - специалитет</i>
Направление подготовки (специальность):	<i>31.05.01 Лечебное дело</i>
Профиль (специализация):	<i>Лечебное дело</i>
Квалификация (степень):	<i>Врач-лечебник</i>
Форма обучения:	<i>очная</i>
Срок освоения по данной программе:	<i>6 лет</i>
Год набора:	<i>2023г.</i>

СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	3
2. ЗАДАЧИ ГИА.....	3
3. ОБЛАСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	3
4. ОБЪЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	3
ОБЪЕКТАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО, ЯВЛЯЮТСЯ:.....	3
5. ТИПЫ ЗАДАЧ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	3
6. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ ОСВОИВШИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ПРОГРАММУ ..3	
7. ВИД ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО:.....	15
8. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.....	15
9. СРОКИ И ТРУДОЕМКОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.....	15
10.ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЭКЗАМЕНУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01. ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО	15
11. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЛЕКСНЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:.....	31
12.КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА.....	133
13.РЕКОМЕНДАЦИИ ОБУЧАЮЩИМСЯ ПО ПОДГОТОВКЕ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЭКЗАМЕНУ	139
14.ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЭКЗАМЕНУ	140
15. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ 143	
16. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	143

1. Цель государственной итоговой аттестации

Определение соответствия результатов освоения выпускниками образовательной программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело требованиям ФГОС ВО – специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденного приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988.

2. Задачи ГИА

- установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач по видам профессиональной деятельности: медицинской, организационно-управленческой, определённых ФГОС ВО;
- принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

3. Область профессиональной деятельности

Область профессиональной деятельности выпускника, освоившего программу специалитета – 02 здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению).

4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу 31.05.01 Лечебное дело, являются:

- физические лица (пациенты);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

5. Типы задач профессиональной деятельности

Выпускники готовятся к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

- медицинская;
- организационно-управленческая.

6. Перечень компетенций освоивших образовательную программу

Выпускник, освоивший образовательную программу специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело, должен обладать следующими компетенциями:

универсальные компетенции

Категория (группа) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	УК-1.1. Анализирует и оценивает проблемную ситуацию; формулирует задачу, находит варианты решения задачи, оценивает последствия решения задачи
		УК-1.2. Ставит себе образовательные цели под возникающие жизненные задачи, подбирает способы решения и средства развития (в том числе с использованием цифровых средств) других необходимых компетенций
		УК-1.3. Находит, критически оценивает информацию, ее достоверность, строит логические умозаключения на основании поступающих информации и данных
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	УК-2.1. Формулирует на основе поставленной проблемы проектную задачу и способ ее решения через реализацию проектного управления
		УК-2.2. Разрабатывает концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы: формулирует цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели	УК-3.1. Определяет свою роль в команде на основе использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, эффективно взаимодействует с другими подразделениями и членами команды, в том числе участвует в обмене информацией, делится знаниями и опытом, осуществляет презентацию результатов работы команды
		УК-3.2. Различает особенности поведения разных групп людей, с которыми работает или взаимодействует, учитывает их в своей деятельности, устанавливая разные виды коммуникации (учебную, деловую, неформальную и др.)
		УК-3.3. Планирует последовательность шагов для

Категория (группа) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
		достижения командного результата и понимает результаты личных действий в решении командных задач
Коммуникация	УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия	<p>УК-4.1. Демонстрирует знание основных норм, функциональных стилей, аспектов взаимодействия в деловой среде на языке коммуникации</p> <p>УК-4.2. Правильно, и непротиворечиво и аргументированно строит устную и письменную речь</p> <p>УК-4.3. Применяет медицинскую и фармацевтическую терминологию на латинском языке</p>
Межкультурное взаимодействие	УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия	<p>УК-5.1. Воспринимает социокультурные особенности различных социальных групп, опираясь на знания и умения философского характера</p> <p>УК-5.2. Владеет навыками построения конструктивного взаимодействия с людьми с учетом их социокультурных особенностей, опираясь на знания и умения этического характера</p> <p>УК-5.3. Воспринимает межкультурное разнообразие общества, опираясь на знания и умения социально-исторического характера</p> <p>УК-5.4. Демонстрирует толерантное восприятие социальных и культурных различий, уважительное и бережное отношение к историческому наследию и культурным традициям</p> <p>УК-5.5. Находит и использует необходимую для саморазвития и взаимодействия с другими людьми информацию о культурных особенностях и традициях различных социальных групп</p> <p>УК-5.6. Проявляет в своём поведении уважительное отношение к историческому наследию и социокультурным традициям различных социальных групп, опирающееся на знание этапов</p>

Категория (группа) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
		<p>исторического развития России в контексте мировой истории и культурных традиций мира</p> <p>УК-5.7. Сознательно выбирает ценностные ориентиры и гражданскую позицию; аргументировано обсуждает и решает проблемы мировоззренческого, общественного и личностного характера</p>
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-6. Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни	<p>УК-6.1. Анализирует индивидуальные ресурсы с целью построения траектории профессионального развития и реализует технологию самопродвижения на рынке труда</p> <p>УК-6.2. Планирует и реализует траектории саморазвития на основе принципа образования в течение всей жизни с учетом тенденций рынка</p>
	УК-7. Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности	<p>УК-7.1. Выбирает здоровьесберегающие технологии для поддержания здорового образа жизни с учетом физиологических особенностей организма и условий реализации профессиональной деятельности</p> <p>УК-7.2. Планирует свое рабочее и свободное время для оптимального сочетания физической и умственной нагрузки и обеспечения работоспособности</p> <p>УК-7.3. Соблюдает и пропагандирует нормы здорового образа жизни в различных жизненных ситуациях и в профессиональной деятельности</p>
Безопасность жизнедеятельности	УК-8. Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе	<p>УК-8.1. Анализирует, идентифицирует и устраняет факторы вредного влияния элементов среды обитания, в т.ч. в рамках осуществляемой деятельности.</p> <p>УК-8.2. Формирует общую культуру безопасного и ответственного поведения; выявляет и устраняет проблемы, связанные с нарушениями техники безопасности на рабочем месте.</p>

Категория (группа) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
	при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов	УК-8.3. Осуществляет действия по предотвращению и возникновению чрезвычайных ситуаций (природного и техногенного происхождения) на рабочем месте; в случае возникновения чрезвычайной ситуации применяет средства защиты, оказывает первую помощь, принимает участие в восстановительных мероприятиях.
Инклюзивная компетентность	УК-9. Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	<p>УК-9.1. Раскрывает понятие инклюзивной компетентности, ее компоненты и структуру</p> <p>УК-9.2. Демонстрирует позитивное отношение к людям с ограниченными возможностями здоровья и готовность к конструктивному сотрудничеству с ними в социальной и профессиональной сферах</p> <p>УК-9.3. Подбирает и использует адекватные способы организации совместной профессиональной деятельности при участии в ней лиц с ограниченными возможностями здоровья</p>
Экономическая культура, в том числе финансовая грамотность	УК-10. Способен принимать обоснованные экономические решения в различных областях жизнедеятельности	<p>УК-10.1. Понимает базовые принципы функционирования экономики и экономического развития, цели формы участия государства в экономике</p> <p>УК-10.2. Применяет методы личного экономического и финансового планирования для достижения текущих и долгосрочных финансовых целей, использует финансовые инструменты для управления личными финансами (личным бюджетом), контролирует собственные экономические и финансовые риски</p> <p>УК-10.3. Использует методики анализа, расчета и оценки экономической целесообразности планируемой деятельности.</p>
Гражданская позиция	УК-11. Способен формировать нетерпимое отношение к проявлениям экстремизма, терроризма,	<p>УК-11.1. Использует нормативно-правовую базу антикоррупционного законодательства Российской Федерации</p> <p>УК-11.2. Анализирует и применяет</p>

Категория (группа) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
	коррупционному поведению и противодействовать им в профессиональной деятельности	<p>нормы права в различных сферах социальной деятельности, а также в сфере противодействия коррупции</p> <p>УК-11.3. Применяет практический опыт решения конфликтной ситуации в рамках правового поля</p> <p>УК-11.4. Формирует представление о сущности, формах и методах борьбы с социально опасным явлением-экстремизмом в рамках безопасности жизнедеятельности.</p> <p>УК-11.5 Осуществляет действия по предотвращению возникновения крайней формы экстремизма-терроризма; принимает меры по их предотвращению и снижению отрицательных эффектов в случае возникновения такого события.</p>

общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Этические и правовые основы профессиональной деятельности	ОПК-1. Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ОПК-1.1. – Соблюдает моральные и правовые нормы в профессиональной деятельности ориентируется в нормативно-правовой базе, касающейся взаимоотношений, врач - пациент и врач - родственники пациента
		ОПК-1.2. – Использует принципы врачебной этики и деонтологии при осуществлении коммуникаций врач - пациент, врач - медицинские работники и врач - родственники пациента
Здоровый образ жизни	ОПК-2. Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-	ОПК-2.1. – Планирует и реализует мероприятия, направленные на повышение информированности населения о здоровом образе жизни, его грамотности в вопросах профилактики болезней
		ОПК-2.2. – Способен

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
	гигиеническому просвещению населения	подготовить информационные материалы, пропагандирующие здоровый образ жизни и повышающие грамотность населения в вопросах профилактики заболеваний
	ОПК-3. Способен к противодействию применения допинга в спорте и борьбе с ним	ОПК-3.1. – Демонстрирует знания о фармакологических свойствах препаратов, используемых в качестве допинга и их влияния на организм человека.
		ОПК-3.2. - Проводит мероприятия по профилактике применения допинга в спорте
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.1. –. Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи при решении профессиональных задач
		ОПК-4.2. – Демонстрирует умение проводить обследование пациента с целью установления диагноза
		ОПК-4.3. – Применяет знания об особенностях использования лабораторных и инструментальных исследований, необходимых для оценки состояния пациента
Этиология и патогенез	ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.1. – Знает принципы функционирования систем органов
		ОПК-5.2. – Определяет и оценивает морфофункциональные и физиологические состояния и патологические процессы организма пациента
		ОПК-5.3. – Оценивает результаты клинко-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач
Первичная медико-	ОПК-6. Способен	ОПК-6.1. – Способен

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
санитарная помощь	организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	организовать уход за больными
		ОПК-6.2. – Оказывает первичную медико-санитарную помощь при внезапных, опасных для жизни острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях
		ОПК-6.3. – Обладает способностью к принятию профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения
Лечение заболеваний и состояний	ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.1. – Применяет современные схемы медикаментозного и комбинированного лечения в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи
		ОПК-7.2. – Распознает признаки типичных осложнений при проведении фармакотерапии с целью ее своевременной коррекции
		ОПК-7.3. – Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
Медицинская реабилитация	ОПК-8. Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	ОПК-8.1. – Проводит лечебно-восстановительные мероприятия с учетом указаний в карте индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов
		ОПК-8.2. – Способен осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида в рамках первичной медико-санитарной помощи

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
		ОПК-8.3. – Проводит оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность в зависимости от степени функциональных нарушений
Менеджмент качества	ОПК-9. Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности	<p>ОПК-9.1. - Умеет организовать работу и осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала.</p> <p>ОПК-9.2. – Использует данные медико-статистической отчетности для оценки эффективности оказания медицинской помощи</p> <p>ОПК-9.3. – Разрабатывает план организационно-методических мероприятий по достижению надлежащего уровня качества профессиональной деятельности</p>
Информационная грамотность	ОПК-10.Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности	<p>ОПК-10.1. – Применяет информационные ресурсы, методы обработки текстовой и графической информации для решения задач профессиональной деятельности</p> <p>ОПК-10.2. – Понимает возможности электронных медицинских информационных систем, правовых справочных систем для решения профессиональных задач.</p>
Научная и организационная деятельность	ОПК-11. Способен подготавливать и применять научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в системе	<p>ОПК-11.1. - Готовит научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в соответствии с направлением профессиональной деятельности</p> <p>ОПК-11.2. – Способен применять научную, научно-производственную,</p>

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
	здравоохранения	проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию, в т.ч. для публичного представления результатов научной и клинической работы (доклад, отчет, статья)

профессиональные компетенции

Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Индикаторы достижения компетенций
ПК-1 Способен к оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1.1. – Распознает, оценивает состояние пациента и оказывает неотложную медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явной угрозы жизни пациента в условиях первичной медико-санитарной помощи
	ПК-1.2. – Распознает, оценивает состояние пациента и оказывает экстренную медицинскую помощь при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти
	ПК-1.3. – Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах
ПК-2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК-2.1. Проводит опрос (сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания) и полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
	ПК-2.2. – Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных и иных исследований пациента
	ПК-2.3 - Направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование и консультацию к врачам-специалистам и/или для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими

Код и наименование общефессиональной компетенции выпускника	Индикаторы достижения компетенций
	<p>рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи, использует результаты обследования с целью установления диагноза.</p> <p>ПК-2.4 - Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными</p> <p>ПК-2.5 – Устанавливает диагноз с учетом клинических классификаций и действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>
<p>ПК-3 Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>ПК-3.1. – Разрабатывает план лечения заболевания или состояния и назначает медикаментозное и немедикаментозное лечение пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.2. – Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p> <p>ПК-3.3. – Умеет назначать персонализированное лечение пациента, в том числе беременным женщинам, пациентам пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях</p>
<p>ПК-4 Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, к реализации и контролю эффективности медицинской реабилитации пациента</p>	<p>ПК-4.1. – Проводит экспертизу временной нетрудоспособности и работу в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности</p> <p>ПК-4.2. – Готовит необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>ПК-4.3. – Выполняет мероприятия медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, и/или санаторно-курортного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами</p>

Код и наименование общефессиональной компетенции выпускника	Индикаторы достижения компетенций
	<p>лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает их эффективность и безопасность</p> <p>ПК.4.4. - Направляет пациента, нуждающегося в медицинской реабилитации, к врачу-специалисту для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации и/или санаторно-курортного лечения в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК.4.5. - Направляет пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, на медикосоциальную экспертизу</p>
<p>ПК-5 Готовность к проведению мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения, диспансеризации, диспансерного наблюдения</p>	<p>ПК-5.1. – Организует и проводит медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения в условиях первичной медико-санитарной помощи в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами</p> <p>ПК-5.2. – Организует и проводит диспансерное наблюдение за пациентами, имеющими хронические заболевания, в условиях первичной медико-санитарной помощи</p> <p>ПК-5.3 - Назначает профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи и осуществляет контроль соблюдения профилактических мероприятий и оценку эффективности профилактической работы с пациентами</p> <p>ПК-5.4 - Определяет медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту, проводит санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p>

Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Индикаторы достижения компетенций
ПК-6. Способен к ведению медицинской документации, проведению медико-статистического анализа информации о показателях здоровья и организации деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	ПК-6.1. – Ведет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде
	ПК-6.2 – Проводит медико-статистический анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного населения
	ПК 6.3. – Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала и иных медицинских работников в условиях первичной медико-санитарной помощи

7. Вид государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 Лечебное дело:

Вид государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 Лечебное дело: *подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.*

8. Программа государственного экзамена

Государственный экзамен проводится в форме междисциплинарного экзамена, предусматривающего оценку теоретической и практической профессиональной подготовленности на основе государственных требований к минимуму содержания и уровню подготовки обучающегося по специальности.

9. Сроки и трудоемкость государственной итоговой аттестации

Продолжительность государственной итоговой аттестации составляет:

- Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена - 2 недели (3 з.е – 108 ак.ч., в т.ч. контактная работа – 4 ак. часа, самостоятельная работа – 68 ак. часов, контроль – 36 ак. часов);

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план, если иное не установлено порядком проведения государственной итоговой аттестации по соответствующим образовательным программам.

10. Вопросы для подготовки к государственному экзамену по специальности 31.05.01. Лечебное дело

Раздел – Внутренние болезни

1. ИБС: определение, этиология, патогенез, классификация с указанием основных критериев каждой из форм ИБС. Основные принципы лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

2. Дифференциальная диагностика больного при болях в сердце с учетом принципа наивысшей опасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

3. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, клинико-лабораторно-инструментальная диагностика, основные принципы лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

4. Стенокардия: определение, этиология, патогенез, клиника, классификация. Алгоритм обследования больного с подозрением на стенокардию. Фармакологическое лечение стабильной стенокардии в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

5. Артериальная гипертензия. Диагностическое обследование: измерение артериального давления, медицинский анамнез, физикальное обследование, лабораторное и инструментальное обследование. Выявление вторичной гипертензии в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

6. Сердечная недостаточность: определение, этиология, патогенез, классификация, клинико-инструментальная диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

7. Недостаточность митрального клапана: физикальное обследование пациента, необходимые дополнительные исследования, дифференциальная диагностика в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

8. Недостаточность аортального клапана: физикальное обследование пациента, необходимые дополнительные исследования, дифференциальная диагностика в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

9. Дифференциальная диагностика поражений легких по ведущему синдрому «легочной инфильтрат» с учетом принципа наивысшей опасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

10. Дифференциальная диагностика больного с заболеванием легких по ведущему синдрому «жидкость в плевральной полости» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской

помощи/ клиническими рекомендациями.

11. ХОБЛ: определение, классификация, клиника, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

12. Легочное сердце: классификация, клиника, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

13. Дифференциальная диагностика больного по синдрому удушья в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

14. Хронический гастрит: классификация, клиника, диагностика, основные принципы лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

15. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: клиника, диагностика, основные принципы лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

16. Хронический гепатит: этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика, лечение, профилактика в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

17. Панкреатиты. этиология. патогенез, классификация. Клиника. Диагностика. Лечение, профилактика в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

18. Дифференциальный диагноз больного по ведущему синдрому «анемия» с учетом принципа наивысшей опасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

19. Дифференциальный диагноз больного по ведущему синдрому «лимфоаденопатия» с учетом принципа наивысшей опасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

20. Дифференциальный диагноз больного по ведущему нефротическому синдрому с учетом принципа наивысшей опасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

21. Дифференциальный диагноз больного по ведущему мочевому синдрому с учетом принципа наивысшей опасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

22. Дифференциальная диагностика больного по ведущему суставному синдрому с учетом принципа наивысшей опасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

помощи/ клиническими рекомендациями.

23. Системная красная волчанка. Классификация, клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

24. Гемобластозы: диагностика, дифференциальная диагностика, тактика лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

25. Геморрагические гемостазиопатии: диагностика, дифференциальная диагностика, тактика лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

26. Острый коронарный синдром: определение, клиническая симптоматика, классификация, диагностика, методы лечения, примерная последовательность действий участкового врача при первом контакте с больным ОКС в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

27. Артериальная гипертензия: целевые показатели артериального давления. Подходы к лечению: изменение образа жизни, медикаментозная терапия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

28. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия: физикальное обследование пациента, необходимые дополнительные исследования, дифференциальная диагностика в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

29. Стеноз аортального клапана: физикальное обследование пациента, необходимые дополнительные исследования, дифференциальная диагностика в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

30. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

31. Пневмония: классификация, клиника, диагностика, основные принципы лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

32. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: осложнения, тактика участкового терапевта при выявлении осложнений в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

33. Цирроз печени Этиология, Патогенез, Классификация, Клиника. Диагностика. Лечение, профилактика в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

34. Дифференциальная диагностика желтух в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

35. Дифференциальная диагностика больного по болевому синдрому в эпигастральной области с учетом принципа наивысшей опасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

36. Дифференциальная диагностика при нарушениях функции кишечника (запоры и поносы) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

37. Ревматоидный артрит: классификация, клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

38. Склеродермия: классификация, клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

39. Сахарный диабет: классификация, клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

40. Подагра: классификация, клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

41. Системные васкулиты: классификация, клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

42. Хронический лимфолейкоз: клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

43. Хронический миелолейкоз: клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

44. Гипотиреоз: клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

45. Дифференциальный диагноз при цитопеническом синдроме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

46. Гипертиреоз: клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

47. Гиперкортицизм: клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

48. Железодефицитные анемии: клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

49. B12-дефицитные анемии: клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

50. Гемолитические анемии: клиника, диагностика, лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи/ клиническими рекомендациями.

Раздел - Акушерство и гинекология

1. Причины наступления родов. Регуляция родовой деятельности. Понятие о готовности организма к родам. Зрелость шейки матки.

2. Периоды родов. Продолжительность родов. Современные методы регистрации родовой деятельности. Биомеханизм родов при головном предлежании.

3. Ведение родов. Методы обезболивания родов. Влияние обезболивающих средств на плод. Акушерское пособие при прорезывании головки.

4. Ведение последового периода. Признаки отделения плаценты. Способы выделения отделившегося последа.

5. Понятие о физиологической и патологической кровопотере. Определение целостности промежности, влагалища и шейки матки. Родовой травматизм.

6. Физиологическое течение послеродового периода. Физиологические изменения в половых органах после родов. Ведение послеродового периода. Контрацепция. Послеродовой отпуск: правила оформления.

7. Быстрые и стремительные роды.

8. Многоплодная беременность. Классификация. Диагностика. Особенности течения беременности и родов. Выдача листка нетрудоспособности. Ведение родов.

9. Тазовые предлежания. Классификация. Причины возникновения, диагностика. Особенности течения беременности и родов.

10. Биомеханизм родов при тазовом предлежании. Ведение первого и второго периода родов.

11. Ручные пособия при ягодичном предлежании (классическое, по Цовьянову). Ведение родов по Цовьянову при ножном предлежании плода.

12. Преэклампсия. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, диагностика и лечение.

13. Внебольничные роды. Особенности оказания акушерского пособия.

14. Эклампсия во время беременности, в родах, послеродовом периоде. Клиника, диагностика и лечение.

15. Острая хирургическая патология у беременных: острый аппендицит, острый перитонит, кишечная непроходимость, острый холецистит, острый панкреатит. Клиника, диагностика и лечение.

16. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода: резус – конфликт, несовместимость по системе АВО и другим факторам.

17. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, терапия.

18. Перинатальный (анте-, интра-, постнатальный период), перинатальная заболеваемость и смертность. Группы беременных «высокого риска» по перинатальной патологии.

19. Внутриутробная задержка развития плода, методы ее профилактики и терапии. Влияние повреждающих факторов на плод и плаценту.

20. Аномалии внезародышевых элементов плодного яйца (плаценты, плодных оболочек и пуповины).

21. Пузырный занос, деструктурирующий пузырный занос, хорионэпителиома. Клиника. Методы диагностики и лечения (химиотерапия, хирургическое).

22. Многоводие и маловодие. Этиология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

23. Преждевременные роды. Факторы риска. Классификация. Критерии живорожденности. Клиника, диагностика, ведение родов.

24. Привычное невынашивание беременности, причины, методы обследования, методы коррекции, профилактика.

25. Переносная беременность. Этиология. Клиника, диагностика, ведение родов. Осложнения.

26. Нарушение сократительной способности матки. Слабость родовых сил (первичная, вторичная). Этиология, клиника, диагностика и терапия слабости родовой деятельности.

27. Дискоординированная родовая деятельность. Клиника, диагностика, лечение.

28. Узкий таз. Классификация. Диагностика. Осложнения в родах для матери и плода.

29. Диагностика анатомически и клинически узкого таза. Особенности механизма родов при различных формах узкого таза.

30. Разгибательные вставления головки. Этиология. Классификация, диагностика, прогноз. Течение и ведение родов.

31. Крупный плод. Этиология, клиническая картина и диагностика. Особенности течения родов при крупном плоде. Выдача листка нетрудоспособности.

32. Неправильные положения плода. Классификация. Этиология. Клиника и диагностика. Течение и ведение беременности и родов.

33. Предлежание плаценты, этиология, патогенез, классификация, диагностика. Течение беременности и родов. Тактика врача при различных формах предлежания плаценты.

34. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.

35. Высокое прямое и низкое поперечное стояние головки. Этиология, диагностика. Течение и ведение родов.

36. Разрыв матки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, тактика врача. Реанимационные мероприятия.

37. Послеродовые заболевания матки. Частота, этиология, патогенез послеродовых воспалительных заболеваний матки. Осложнения, клиника и лечение.

38. Внематочная беременность. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.

39. Апоплексия яичника. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.

40. Планирование семьи, классификация и характеристика методов контрацепции. Механизм действия гормональных контрацептивов.

41. Аменорея, причины, диагностика, лечение.

42. Современные теории патогенеза миомы матки. Клиника, диагностика. Консервативные и хирургические методы лечения. Реабилитационные мероприятия.

43. Эндометриоз. Экстрагенитальный эндометриоз. Клиника, диагностика. Консервативные и хирургические методы лечения. Реабилитационные мероприятия

44. Женское бесплодие, причины, диагностика, методы лечения, профилактика.

45. Сальпингоофорит. Причины развития. Клиника, диагностика и лечение. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Роль вируса папилломы человека. Методы исследования в программе скрининга заболеваний шейки матки.

46. Классификация, клиника, диагностика и лечение рака шейки матки.

47. Гиперпластические процессы эндометрия. Классификация, клиника, диагностика и методы лечения в возрастном аспекте.

48. Рак эндометрия, классификация, клиника, диагностика, методы лечения.

49. Рак яичников. Этиология. Классификации, клиника, диагностика, лечение.

50. Мужское бесплодие, основные причины. Характеристика спермограммы, организация и методика обследования бесплодной супружеской пары.

Раздел – Хирургические болезни.

1. Острый аппендицит. Клиника. Диагностика. Особенности течения и лечения острого аппендицита у стариков, беременных. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

2. Вторичный геморрой как симптом цирроза печени, опухолей малого таза и других заболеваний. Патогенез. Диагностика.

3. Наружные грыжи живота. Осложнения грыж. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга при различных осложнениях грыж. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

4. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

5. Кишечная непроходимость. Классификация. Методы обследования больных. Диагностика формы и уровня кишечной непроходимости. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

6. Общие принципы лечения больных с острой кишечной непроходимостью. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

7. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Показания и противопоказания к операции. Основные методы операции и их обоснование. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

8. Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК. Причины. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

9. Желудочно-кишечные кровотечения. Причины. Диагностика. Классификация клиническая и эндоскопическая. Консервативные и оперативные методы лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

10. Рак желудка. Классификация. Методы диагностики. Предраковые заболевания желудка. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

11. Желчнокаменная болезнь. Причины и патогенез камнеобразования. Клиника в зависимости от локализации камня. Диагностика. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

12. Механическая желтуха. Этиология. Патогенез. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы хирургического лечения. Методы организации ухода за больными и

оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

13. Портальная гипертензия. Сущность и причины заболевания. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Лечебная тактика при кровотечении из расширенных вен пищевода. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

14. Острый холецистит. Дифференциальный диагноз. Тактика хирурга. Консервативное и оперативное лечение. Виды операций. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

15. Острый панкреатит. Этиология и патогенез. Формы заболевания. Осложнения. Показания к хирургическому вмешательству. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

16. Доброкачественные заболевания кишечника. Морфология. Диагностика. Принципы лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

17. Острый распространенный гнойный перитонит. Клиника. Дифференциальный Диагноз. Современные принципы комплексного лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

18. Рак ободочной кишки. Классификация. Диагностика. Раннее Распознавание. Профилактика. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

19. Рак прямой кишки. Клиника. Диагностика. Методы обследования проктологического больного. Клинический минимум обследования. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

20. Острый мастит. Этиология и патогенез. Клиника различных форм. Методы консервативного и оперативного лечения. Профилактика маститов. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

21. Дисгормональные заболевания молочной железы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативные и хирургические методы лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

22. Рак молочной железы. Клинические формы. Классификация. Принципы комбинированного лечения по стадиям. Профилактика рака молочной железы. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

23. Варикозная болезнь нижних конечностей. Этиология. Патогенез.

Классификация. Осложнения варикозной болезни. Консервативное и хирургическое лечение. Причины рецидива варикозной болезни. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

24. Острые тромбозы глубоких вен нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиническая картина в зависимости от локализации распространенности тромбоза. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

25. Синдром Золлингера-Эллисона: патогенез, диагностика, лечение. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

26. Тромбоэмболия легочной артерии. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика тромбоэмболических осложнений. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

27. Посттромбофлебитический синдром вен нижних конечностей. Этиология. патогенез. Диагностика. Принципы лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

28. Эмболия и тромбоз мезентериальных сосудов. Этиология. Классификация. Клиническая картина и диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Виды методы оперативных вмешательств. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

29. Острый медиастинит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Оперативные доступы. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

30. Закрытые и открытые травмы груди. Классификация. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи. Травматический пневмоторакс: классификация, клиника, диагностика, принципы оказания первой помощи и медицинской эвакуации.

31. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Клиническая и рентгенологическая картины. Лечение. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

32. Бронхоэктатическая болезнь. Причины заболевания. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению. Виды операций. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

33. Эхинококкоз печени. Классификация. Клиника по стадиям заболевания. Осложнения. Диагностика. Оперативное лечение. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

34. Рак легкого. Формы роста. Гистологическое строение. Закономерности метастазирования. Раннее выявление рака легкого. Профилактика. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

35. Клиническая картина центрального и периферического рака легких в зависимости от характера роста и локализации опухоли. Диагностика. Лечение. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

36. Эмпиема плевры. Понятие. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

37. Симптоматическая гипертензия при заболеваниях надпочечников: морфология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

38. Рубцовые сужения пищевода. Причины. Клиника и диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

39. Рак пищевода. Клиническая картина в зависимости от уровня поражения и стадии опухолевого процесса. Дифференциальная диагностика. Комбинированные методы лечения. Радикальные и паллиативные операции. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

40. Оклюзионные поражения сосудов конечностей. Этиология и патогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.

41. Атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Виды операций. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

42. Оклюзионные поражения сосудов брахиоцефальной зоны. Патогенез. Клиника. Методы диагностики. Показания к операции к операции. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

43. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

44. Острая артериальная непроходимость. Этиология.

Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения в зависимости от вида и стадии заболевания. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

45. Синдром длительного сдавления: этиология, патогенез, оказание первой медицинской помощи, медицинская эвакуация.

46. Артериальные тромбозы. Клиника. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Принципы антикоагулянтной и фибринолитической терапии. Артериальные эмболии. Причины возникновения. Диагностика. Хирургическое лечение. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

47. Первичный рак печени. Формы роста и гистологического строения. Этиопатогенез. Методы диагностики. Принципы лечения. Меры профилактики. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

48. Дивертикулез толстой кишки. Этиология, патогенез. Клиника. Осложнения дивертикулов кишечника. Диагностика. Лечение. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

49. Острый парапроктит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Методы лечения. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

50. Абсцессы брюшной полости и малого таза. Клиническая картина и диагностика. Лечение. Методы оперативных доступов для дренирования абсцесса. Переломы таза: механизмы травмы, клиника и диагностика, оказание первой помощи, особенности транспортировки пострадавших. Методы организации ухода за больными и оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

Раздел - Инфекционные и паразитарные болезни

1. Кишечные инфекции и инвазии: брюшной тиф, паратифы, дизентерия, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, холера, ботулизм, вирусные гепатиты, иерсиниоз, амебиаз, лямблиоз, гельминтозы.

2. Воздушно-капельные инфекции: ОРВИ, синдром крупа ОРВИ, грипп, аденовирусная инфекция, герпетическая инфекция, краснуха, корь, ветряная оспа, коклюш, дифтерия, скарлатина, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, инфекционный мононуклеоз, микоплазменная инфекция, полиомиелит, туберкулез.

3. Трансмиссивные инфекции: сыпной тиф, малярия.

4. Антропозоозные инфекции: бруцеллез, чума, туляремия, сибирская язва, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, бешенство.

5. Инфекции наружных покровов: рожа, столбняк.
6. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем: гонорея, сифилис, СПИД (ВИЧ-инфекция), хламидиоз, трихомониаз.
7. Грибковые поражения.

Раздел - Общемедицинские проблемы

Общественное здоровье и здравоохранение

1. Критерии (показатели) общественного здоровья и их определение.
2. Основные факторы, определяющие здоровье населения.
3. Виды профилактики, основные задачи и показатели ее эффективности.
4. Методы изучения здоровья населения. Роль медицинской статистики в изучении состояния здоровья различных возрастно-половых групп населения и деятельности основных лечебно-профилактических учреждений здравоохранения.
5. Правовые основы деятельности органов и учреждений здравоохранения.
6. Системы здравоохранения, особенности здравоохранения в России.
7. Основные принципы организации учреждений здравоохранения, структура и показатели деятельности
8. Особенности работы врача в амбулаторных и стационарных учреждениях.

Философия (раздел «Биоэтика»).

1. Морально-этические нормативы взаимоотношений врач – пациент, врач – врач, врач – средний и младший медперсонал, врач – родственники пациента.
2. Врачебная тайна. Ответственность врача за профессиональные нарушения.

Возрастно-половые особенности функционирования организма.

1. Санитарно-эпидемиологические закономерности возникновения, развития и распространения болезней. Роль гигиены в профилактике заболеваний.
2. Роль иммунных нарушений в патогенезе разных заболеваний, гуморальный и клеточный иммунитет.
3. Вопросы медицинской реабилитации.

Основы безопасности жизнедеятельности

1. Методологические и правовые основы безопасности жизнедеятельности человека.
2. Национальная безопасность России
3. Чрезвычайные ситуации. Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.
4. Организация и оказание первой помощи пострадавшим в

условиях чрезвычайной ситуации.

5. Защита населения и спасателей в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

6. Основы организации медико-психологического обеспечения населения и спасателей в чрезвычайных ситуациях.

7. Безопасность жизнедеятельности в медицинских организациях.

Кроме того, выпускник должен знать:

- общие вопросы организации медицинской помощи населению;
- основы законодательства РФ о здравоохранении и нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций;
- вопросы организации и проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, а также определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению;
- правила оформления документации, необходимой для проведения медико-социальной экспертизы;
- вопросы организации неспецифической и специфической профилактики основных инфекционных и неинфекционных заболеваний;
- критерии оценки качества оказания медицинской помощи;
- организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения.

Перечень практических навыков

1. Уметь на основании данных анамнеза, общего и наружного акушерского исследования распознавать признаки беременности: вероятные, достоверные.

2. Уметь на основании данных анамнеза, общего и наружного акушерского исследования распознавать узкие тазы.

3. Уметь на основании данных анамнеза, общего и наружного акушерского исследования распознавать признаки родов.

4. Проводить наружное акушерское исследование в родильном доме и в женской консультации (пальпация по Леопольду-Левицкому, аускультация, тазоизмерение).

5. Определять массу плода, предполагаемый срок родов.

6. Оценивать клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови с учётом «нормы беременности».

7. Проводить профилактику кровотечения в 3-м периоде родов и знать основные этапы борьбы с кровотечением.

8. Наблюдать за признаками отделения плаценты и осматривать послед.

9. Оценивать состояние новорождённого по шкале Апгар.

10. Проводить первичный туалет новорождённого.

11. Участвовать в мероприятиях по реанимации новорождённого.
12. Проводить туалет родильницы. Обрабатывать швы на промежности, делать перевязки.
13. Уметь проводить объективное исследование гинекологических больных: наружное, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное, ректовагинальное исследование и интерпретировать полученные данные.
14. Уметь составлять план ведения гинекологической больной.
15. Уметь взять мазки для бактериоскопического, цитологического ПЦР исследования, отделяемого из уретры и половых путей.
16. Уметь читать и оценивать результаты рентгенологического исследования гинекологических больных.
17. Уметь проводить тесты функциональной диагностики и уметь их оценивать.
18. Уметь правильно собрать, описать и проанализировать жалобы больного.
19. . Правильно собрать историю заболевания при остром и обострении хронического процесса.
20. Правильно оценить историю жизни хирургического больного.
21. Оценить и обосновать общее состояние больного.
22. Провести исследование дыхательной системы.
23. Провести исследование сердечно-сосудистой системы.
24. Исследовать состояние мочевыделительной системы.
25. Выполнить и оценить поверхностную пальпацию живота.
26. Выполнить и оценить глубокую пальпацию живота
27. Провести пальпацию и перкуссию печени.
28. Правильно интерпретировать лабораторные исследования при различных хирургических заболеваниях.
29. Составить схему лечения больного при различных хирургических заболеваниях.
30. Пальпация щитовидной железы
31. Пальпация периферических лимфатических узлов
32. Сравнительная перкуссия легких
33. Топографическая перкуссия легких
34. Аускультация легких
35. Определение верхушечного толчка
36. Перкуссия границ сердца
37. Аускультация сердца
38. Измерение артериального давления методом Короткова
39. Пальпация желчного пузыря и определение симптомов (ортнера, мерфи, френикус)
40. Пальпация селезенки
41. Перкуссия селезенки
42. Определение скопления жидкости в брюшной полости

- 43. Пальпация почек
- 44. Определение дна мочевого пузыря
- 45. Определение подвижности нижнего легочного края

11. Перечень комплексных ситуационных задач:

№1. Больная Т. 56 лет, поступила в отделение с жалобами на приступообразный удушливый кашель со слизистой вязкой мокротой по утрам в большом кол-ве, периодически хрипы в груди, одышку при минимальной физической нагрузке, заложенность носа, чередующуюся со слизистыми выделениями.

Считает себя больной в течении 3-х лет, когда после ОРВИ впервые появился приступообразный кашель. Длительное время лечилась по поводу хр. бронхита. Два года назад перенесла пневмонию. Лекарственная аллергия на НПВС. Пищевая аллергия на цитрусовые и перец. Общее состояние больной относительно удовлетворительно, физическая активности снижена значительно. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Варикозно расширенных вен нижних конечностей нет.

При осмотре грудная клетка правильной формы симметрично участвует в акте дыхания.

Дыхание шумное на выдохе. При перкуссии легочной звук, голосовое дрожание без особенностей.

При аускультации в легких дыхание ослаблено с множественными сухими свистящими хрипами высокого и среднего тембра высокой интенсивности.

ЧДД = 24 в минуту.

Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены ЧСС = 88 в мин.

АД на левой руке 130/80 мм.рт.ст. на правой руке 130/ 75 мм.рт.ст. Данные лабораторно-инструментального обследования.

Анализ крови общий

Нв	Эр	Лей	ЦП	СОЭ	Б	Э	Ми	Ю	П	С	Л	М	Рет	Тром
151	5.3	6.2	0.7	40	-	1	-	-	1	72	19	7	2 %	356

Основные биохимические показатели крови:

о.билирубин = 21.0, прямой = 3.0, непрямой = 18.0 мкмоль/л, АЛТ = 20,5 МЕ/мл, АСТ = 24,8 МЕ/мл, о.белок = 80.4 г/л, мочевины = 5.5 ммоль/л, К = 4.1, Na = 136 ммоль/л, глюкоза = 3.93 ммоль/л.

Ig E	133.5 МЕ/мл
------	-------------

Анализ мокроты общий

цвет	характ.	консист	лейкоц	эритр.	эпит.пл	эозин.	Вк	Ак
------	---------	---------	--------	--------	---------	--------	----	----

сер.	сл	вязкая	50	нет	1-2	4-5	не обн	не обн.
------	----	--------	----	-----	-----	-----	--------	---------

ФВД Вентиляционная функция легких значительно снижена по обструктивному типу, при умеренном снижении ЖЕЛ. После приема беротека, коэффициент бронходилатации равен 25%

Рентгенограмма ОГК Легочные поля прозрачные. Легочно-сосудистый рисунок усилен в нижних отделах. Латеральные синусы свободные. Тень сердца расширена влево. Аорта удлинена, уплотнена, уплотнена.

Задание/вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Обоснуйте проведение медико-социальной экспертизы (МСЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

№ 2. Больной 45 лет в течение 20 лет страдает хроническим бронхитом, в течение 10 лет приступы бронхиальной астмы. Час назад внезапно при кашле почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки и удушье. Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное - больной сидит, тело покрыто холодным потом, кожные покровы цианотичны. Правая половина грудной клетки в дыхании не участвует, перкуторно справа тимпанит, голосовое дрожание ослаблено. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева жесткое, рассеянные базовые сухие хрипы. ЧД - 36 в минуту. Левая граница сердца определяется по средней подмышечной линии, тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс - 100 в минуту. АД - 85/60 мм рт. ст. Печеночная тупость не определяется.

Задание/вопросы:

- 1) Какое осложнение произошло?
- 2) Метод исследования, подтверждающий данное осложнение?
- 3) Как объяснить развитие дыхательной недостаточности, падение АД?
- 4) Показания и тактика неотложной помощи.

№3. Больной, 56 лет, пониженного питания. Поступил в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38°C, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита. На рентгенограммах вся средняя доля правого легкого затемнена. Органы средостения без видимой патологии. Правый купол диафрагмы несколько отстает в движении. Синусы свободны. В анализах крови умеренный лейкоцитоз.

СОЭ - 22 мм/час. По поводу среднедолевой пневмонии на протяжении 3-х недель проводилось лечение антибиотиками, сульфаниламидными препаратами, а также симптоматическое и общеукрепляющее лечение.

Отмечено улучшение общего состояния больного и нормализация температуры тела. При повторном анализе крови: количество лейкоцитов в норме, СОЭ - 35 мм/час. При контрольном рентгенологическом исследовании затемнение всей средней доли сохраняется, однако, интенсивность тени значительно уменьшилась.

Задание/вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Какие методы исследования необходимы для уточнения характера патологии?

№4. Больной К, 48 лет, на приеме у терапевта жалуется на приступы удушья до 8 раз в сутки, купирующиеся бронхолитиками, хрипы в груди, одышку при ходьбе и разговоре, общую слабость, быструю утомляемость.

Болеет хроническим бронхитом много лет, курит более 25 лет. Приступы удушья в течение полугода. Базисную терапию не получал. Считает себя больным в течение полугода, когда впервые стали появляться приступы удушья. Лекарственной и пищевой аллергии нет. Растительная сенсibilизация.

Общее состояние больного относительно удовлетворительно, физическая активность снижена значительно. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Варикозно расширенные вены нижних конечностей.

При осмотре грудная клетка правильной формы симметрично участвует в акте дыхания. Дыхание шумное на выдохе и выдохе. При перкуссии легочной звук, голосовое дрожание без особенностей. При аускультации в легких дыхание жесткое с множественными сухими свистящими хрипами высокого тембра высокой интенсивности. ЧДД = 26 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены ЧСС = 88 в мин. АД на левой руке 150/80 мм.рт.ст. на правой руке 155/ 75 мм.рт.ст.

Данные лабораторно-инструментального обследования.

Анализ крови общий

Нв	Эр	Лей	ЦП	СОЭ	Б	Э	Ми	Ю	П	С	Л	М	Рег	Тром
143	6,07	8,4		4	-	8	-	-	3	62	22	5	13%	310

Основные биохимические показатели крови: о.билирубин = 18,5, прямой = 2,80 мкмоль/л, о.белок = 71,5 г/л, креатинин = 86,0 мкмоль/л, К

= 4,2, Na = 139 ммоль/л, фибриноген = 2,6 г/л, глюкоза = 4,99 ммоль/л.

Р-лёгких Легочные поля прозрачные. Синусы свободные. Тень сердца обычной формы и размеров. Небольшие плевральные наложения в апикальных зонах с 2-х сторон

ФВД Вентиляционная функция легких умеренно снижена по обструктивному типу (при нормальном значении ЖЕЛ). После ингаляции препарата коэффициент бронходилатации по FEV1 = 44%.

Задание/вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Обоснуйте проведение медико-социальной экспертизы (МСЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

№5. Больная П. 40 лет, бухгалтер. После летнего отпуска, проведенного на берегу моря, стала отмечать повышенную утомляемость, потливость, повышение температуры до 37.3°C.

При обследовании терапевтом установлено: кожа цвета загара, подкожно-жировой слой развит хорошо, левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Над левой надключичной областью укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание, хрипов нет.

В анализе крови: СОЭ - 20 мм/час, лейкоц. - 6.0×10^9 /л, п/я - 10%, с/я - 57%, лимф. - 20%, мон. - 8%.

При посеве мокроты обнаружены микобактерии туберкулеза, чувствительные ко всем туберкулостатическим препаратам.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в 1-11 сегментах левого легкого группа теней средней и малой интенсивности, округлой формы с расплывчатыми контурами, кальцинаты в правом корне.

Задание/вопросы:

- 1) Сформулируйте клинический диагноз и дайте его обоснование.
- 2) К какому периоду туберкулеза относится процесс у данной больной? Первичный? Вторичный?
- 3) Какие условия способствовали развитию активного туберкулеза?
- 4) Назначьте лечение.

№6. При поступлении в стационар, больной 60 лет жаловался на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 38°C, одышку, сухой кашель, кровохарканье, общую слабость. Заболел около 2.5 месяцев назад. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз хронического обструктивного бронхита в стадии обострения, назначено лечение: антибиотики, бронхолитики, антигистаминные препараты. Однако состояние больного не улучшилось. При

бронхоскопии, выполненной в стационаре, выявлена ригидность стенки левого главного бронха, слизистая его легко кровоточит, в просвете определяется бугристое опухолевидное образование до 1.5 см в диаметре.

Задание/вопросы:

- 1) Какое заболевание может быть установлено?
- 2) Что следует выполнить для верификации процесса?
- 3) Лечебная тактика?

№7. Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до 38.5°C, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит по 10 сигарет в день. Аллергия к пенициллину.

При обследовании врач обнаружил признаки очаговой пневмонии слева в нижней доле. Пульс - 82 в минуту. АД - 120/75 мм рт. ст. Температура - 37.8°C.

Задание/вопросы:

- 1) Степень тяжести пневмонии?
- 2) Какие признаки пневмонии мог обнаружить врач?
- 3) Обязательна ли госпитализация?
- 4) Какое антибактериальное лечение показано?
- 5) Какие могут быть побочные явления от лечения и что делать?

№8. Больной 40 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением гнойно-кровянистой мокроты, одышкой, повышением температуры до 39°C. Заболел остро 5 дней назад.

Объективно: состояние тяжелое. ЧД - 32 в минуту. В легких справа в задненижних отделах укорочение перкуторного звука, звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы.

На рентгенограмме затемненные справа соответственно нижней доле несколько полостей с уровнем. Лейкоциты крови – $18 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом влево.

Задание/вопросы:

- 1) Диагноз заболевания легких и его обоснование?
- 2) Вероятный возбудитель? Как его выявить?
- 3) Какое антибактериальное лечение показано?
- 4) Что следует контролировать в процессе лечения?
- 5) Какой метод лечения следует обсудить помимо антибиотиков?

№9. Больной 41 года, поступил с жалобами на кашель с выделением небольшого количества мокроты, повышение температуры, общую слабость, боли в левом боку. Заболел остро 3 дня назад.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37.6°C. Ниже угла слева укорочение перкуторного звука, жесткое

дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Диагностирована левосторонняя очаговая пневмония. Проводилось лечение пенициллином по 500 000 ЕД 4 раза в день. Состояние больного улучшилось. На 10-й день болезни у больного вновь повысилась температура до 38.5°C, усилилась одышка, боли в левом боку. При перкуссии слева над нижней половиной легкого, выраженное притупление, ослабленное дыхание и бронхофония.

При рентгеноскопии гомогенное затемнение с косой внутренней границей.

Задание/вопросы:

- 1) Какое осложнение развилось на 10-й день болезни?
- 2) Необходимое исследование для прямого подтверждения данного осложнения?
- 3) Оцените тактику проводимого лечения.
- 4) Назначьте дополнительное лечение.
- 5) Оцените прогноз для пациента.

№10. Мужчина 29 лет заболел остро: повысилась температура до 38°C, появились сильные боли в левом боку при кашле и дыхании. Состояние средней тяжести, ЧД - 24 в минуту, легкий цианоз губ, предпочитает лежать на левом боку. При перкуссии звук несколько укорочен слева в нижних отделах, в подмышечной области шум трения плевры.

В анализе крови: лейкоц. - $12.5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 29 мм/час.

При рентгеноскопии - ограничение подвижности левого купола диафрагмы, обызвествленные внутригрудные лимфоузлы в области правого корня.

Задание/вопросы:

- 1) Ваш клинический диагноз его обоснование.
- 2) Наиболее вероятная этиология заболевания?
- 3) Какое лечение показано больному?
- 4) Что следует контролировать в процессе лечения?
- 5) Какой метод лечения следует обсудить помимо антибиотиков?

№11. Больной 28 лет госпитализирован в терапевтическое отделение с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры. Болен 2 недели, участковым терапевтом поставлен диагноз ОРЗ, лечение эффекта не дало, и больной был направлен в больницу с диагнозом "пневмония". Начато лечение пенициллином, сульфаниламидами. В течение 10 дней состояние не улучшалось.

При рентгенологическом исследовании в правой плевральной полости определена жидкость.

При плевральной пункции удалено 350 мл серозного экссудата,

содержащего лимфоциты до 80%; белка - 4.2%. Проба Ривальта (+). К лечению добавлен преднизолон, кефзол, жаропонижающие средства. При повторном обследовании экссудата меньше, другой патологии не обнаружено.

Задание/вопросы:

- 1) Какая, по Вашему мнению, этиология заболевания и почему?
- 2) На каких этапах наблюдения и лечения совершены врачебные ошибки?
- 3) Какое лечение должно было быть назначено больному?

№12. Больной 20 лет перенес тяжелую левостороннюю нижнедолевую пневмонию. После выписки возобновился кашель, по вечерам стала повышаться температура, постепенно нарастала слабость, появились боли в груди, одышка. В последующем стала выделяться (до 70 мл) слизистогнойная мокрота с примесью крови. Через 6 месяцев появилась одутловатость лица, отечность, пальцы кистей в виде "барабанных палочек".

На рентгенограммах определяется сетчатый и ячеистый характер легочного рисунка, сегментарные ателектазы в области нижней доли левого легкого.

Задание/вопросы:

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
- 3) Наиболее вероятная этиология заболевания?
- 4) Какое лечение показано больному?
- 5) Что следует контролировать в процессе лечения?

№13. Больной 52 лет предъявляет жалобы на одышку даже в покое, кашель - с выделением небольшого количества слизистой мокроты, слабость, утомляемость. Много лет курит и кашляет с периодическими обострениями в связи с простудой. Последние 3 года отмечает постепенно усиливающуюся одышку, последние месяцы появились отеки на голенях.

Объективно: пониженное питание. Цианоз губ, акроцианоз. Небольшие отеки на голенях. Грудная клетка бочкообразной формы, малоподвижна. При перкуссии звук с коробочным оттенком, границы легких опущены на одно ребро. Дыхание жесткое, с удлинненным выдохом, сухие хрипы при выдохе. Шейные вены в лежащем положении набухают. Имеется пульсация в эпигастральной области. Пульс - 92 в минуту. Печень на 5 см ниже края реберной дуги.

На основании приведенных данных поставлен диагноз: хронический обст-руктивный бронхит, эмфизема легких, легочное сердце. Легочно-сердечная недостаточность II стадии.

Задание/вопросы:

- 1) Какие признаки бронхиальной обструкции, какие дополнительные исследования для уточнения ее наличия и степени выраженности?
- 2) Как подтвердить наличие легочного сердца?
- 3) Какие особенности в анализе крови можно ожидать?
- 4) Какие методы уменьшения гемодинамической нагрузки на правый желудочек?
- 5) Какова причина цианоза?

№14. Больной 55 лет, поступил по поводу одышки инспираторного характера даже при небольшой физической нагрузке, небольшой кашель. Болен около двух лет, в течение которых отмечалось постепенное увеличение одышки, иногда субфебрильная температура. Похудел на 8 кг.

Объективно: цианоз, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек". В легких ослабленное везикулярное дыхание с укорочением вдоха и выдоха. Крепитирующие хрипы с обеих сторон под лопатками, усиливаются при глубоком дыхании. ЧД - 28 в минуту. Пульс - 88 в минуту. Печень у края реберной дуги.

Рентгенография грудной клетки: диффузная сетчатая деформация легочного рисунка, распространенные двухсторонние инфильтративные тени и понижение прозрачности в области нижних легочных полей.

Задание/вопросы:

- 1) Определите тип и степень дыхательной недостаточности.
- 2) Дифференциальный диагноз проводится между хроническим бронхитом, туберкулезом легких, фиброзирующим альвеолитом. Приведите аргументы "за" и "против" этих заболеваний.
- 3) Методы подтверждения диагноза?
- 4) Возможное заключение ВТЭ?
- 5) Методы лечения?

№15. Больной 52 лет, поступил по поводу лихорадки с ознобами до 38.5°C, слабости, одышки при ходьбе. Болен в течение 1 месяца после ангины. В возрасте 12 лет перенес острый полиартрит. С 36 лет находили компенсированный порок сердца.

Объективно: бледность кожных покровов и слизистых. В легких в задненижних отделах влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Выраженная пульсация сонных артерий. Верхушечный толчок в V-VI межреберьях, разлитой, усиленный. Во II межреберье справа диастолический шум убывающего характера, распространяющийся вниз по левому краю грудины, а также грубый систолический шум с иррадиацией на шею. Пульс - 86 в минуту, ритмичный, высокий, быстрый. АД - 150/40 мм рт. ст. Селезенка прощупывается у края

реберной дуги.

Осмотр ЛОР: декомпенсированный хронический тонзиллит. Поставлен диагноз подострого инфекционного эндокардита.

Задание/вопросы:

- 1) Приведите аргументы в пользу диагноза эндокардита.
- 2) Вероятный возбудитель.
- 3) Исследования для прямого подтверждения диагноза инфекционного эндокардита?
- 4) Посев крови дал рост зеленеющего стрептококка. Ваша тактика лечения?
- 5) Критерии эффективности лечения? Продолжительность лечения?

№16. Больной 28 лет, поступил с жалобами на боли в суставах рук и ног, головокружение, повышение температуры до 37.5°C .

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Резко выраженная пульсация сонных, подключичных артерий. Верхушечный толчок в VI межреберье на 1 см влево от среднеключичной линии, разлитой, усилен. Аускультативно: протодиастолический шум в точке Боткина - Эрба, ослабление II тона на аорте. Пульс - 90 в минуту, ритмичный, быстрый, высокий. АД - 180/40 мм рт. ст. Печень не увеличена, отеков нет.

Задание/вопросы:

ЭКГ: левограмма, гипертрофия левого желудочка.

- 1) Диагноз и его обоснование?
- 2) Прямые и косвенные признаки порока сердца?
- 3) Дополнительные методы исследования?
- 4) Тактика лечения?
- 5) Возможно ли оперативное вмешательство?

№17. В отделение, 12 ч. назад, поступил больной с жалобами на боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Больной при поступлении возбужден, кожные покровы влажные, бледные, ЧСС - 96 уд\мин., АД - 100\70 мм.рт.ст.



Задание/вопросы:

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Дайте интерпретацию ЭКГ.
3. Дополнительные методы обследования пациента?
4. Тактика ведения пациента на догоспитальном и стационарном этапах.
5. Определите прогноз и дайте рекомендации по реабилитации пациента.

№18. Больной 42 лет, вызвал СМП в связи с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес ОРВИ. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приемом анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1.5 л мочи. Состояние ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать - кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада СМП.

При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании. Лежит низко, голени пастозны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 22 в минуту. Шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, ритмичный. АД - 110/90 мм рт. ст. На вдохе систолическое АД снижается на 20 мм рт. ст. Печень + 4 см, чувствительная при пальпации. На ЭКГ - синусовая тахикардия. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена, зубец Т во всех грудных отведениях сглажен.

Задание/вопросы:

- 1) Как оценить состояние кровообращения?
- 2) Как оценить снижение АД на вдохе?
- 3) Какова причина этих нарушений?
- 4) Имеется ли связь между приемом фуросемида и клиническим ухудшением? Обоснуйте ответ.
- 5) Какой срочный метод лечения показан?

№19. Больной 55 лет, жалобы на периодические приступы стенокардии при физической нагрузке, иногда головокружение с кратковременной потерей сознания. Нитроглицерин боли не купирует, усиливает головокружение. В молодом возрасте находили порок сердца. Указанные симптомы около года.

Объективно: сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца явные, на верхушке и у левого края

грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на шею не проводится. АД - 130/90 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту.

На ЭКГ. признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка.

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

Задание/вопросы:

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

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

3) Какое исследование для уточнения диагноза? Что ожидается?

4) Почему нитроглицерин неэффективен и плохо переносится?

5) Какие методы лечения рекомендуются данному больному? Обосновать.

№20. У больного 60 лет в течение 10 лет отмечаются загрудинные боли утром при ходьбе, быстро проходящие при остановке или приеме нитроглицерина. Регулярно не лечился. Курит по 10 сигарет в день. Несколько часов назад развились интенсивные боли за грудиной, не полностью купировавшиеся нитроглицерином. Госпитализирован в БИТ.

Объективно рост - 170 см, масса тела - 80 кг, АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту, ритмичный. Во время осмотра появились повторные загрудинные боли, потребовавшие применения морфия.

На ЭКГ: левограмма, отрицательный Т в I, aVL, V₅, V₆. АЛТ, АсАТ повторно - 0,4 - 0,5 ммоль/л/ч.

Задание/вопросы:

1) Основное заболевание?

2) Оцените происхождение болевых приступов, аргументы "за" и "против" инфаркта миокарда.

3) Методы контроля за больным?

4) Тактика лечения?

№21. Больной 57 лет, инженер, доставлен СМП по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, загрудинные, иррадиирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение 10 лет отмечает повышение АД до 190/110 мм рт. ст.

Объективно: ЧД - 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс - 80 в минуту, ритмичный АД - 150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

Задание/вопросы:

1) Какой диагноз наиболее вероятен?

2) Диагноз инфаркта миокарда подтвержден ЭКГ. В БИТе начато лечение: дроперидол, фентанил, 1% нитроглицерин в/в, строфантин, гепарин, клофелин. Укажите неправильное (избыточное) лечение.

3) Проведено обследование: ЭКГ, АЛТ, анализ крови, газы и электролиты крови, КЩС, мочевины, билирубин крови, центральное венозное давление. Какие исследования не нужны, какие обязательные не назначены?

4) Со 2-го дня самочувствие удовлетворительное, болей, одышки нет. АД - 160/95 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту, экстрасистолы 4-6 минут. Какое лечение наиболее показано?

5) На 20-й день появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура - 37.8°C, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать? Какое требуется дополнительное лечение?

№22. Больной 54 лет вызвал СМП в связи с жалобами на интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в межлопаточную область, головную боль, тошноту. В течение 6 лет страдает гипертонической болезнью, систематически гипотензивных препаратов не принимает. Рабочее АД 140/80 мм рт. ст. Ухудшение в течение 6 часов: нарастала головная боль, тошнота. Около 40 минут назад появился приступ "раздирающих" болей за грудиной, позже - с иррадиацией в межлопаточную область. На прием нитроглицерина - усиление головных болей.

При осмотре врачом СМП состояние средней тяжести. Сознание ясное. Гиперемия кожи лица. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие рассеянные хрипы. Систолический шум над аортой. АД - 230/120 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту. Пульсация на левой лучевой артерии ослаблена. Печень у края реберной дуги. ЭКГ - ритм синусовый, гипертрофия и перегрузка левого желудочка.

Задание/вопросы:

1) В пользу какого осложнения гипертонического криза свидетельствует систолический шум над аортой и асимметрия пульсации лучевых артерий?

2) До какого уровня следует снижать АД?

3) Куда в оптимальном варианте должен быть госпитализирован больной?

№23. Больная 21 года, поступила для обследования по поводу постоянной тахикардии. Повышенную частоту пульса находили с детства. Росла и развивалась нормально, от физкультуры освобождалась. Перенесла детские инфекции, были повторные ангины. Физически

активна. Эмоционально лабильна, быстро устает.

Объективно: температура по вечерам - 37.1-37.3°C. Повышенная потливость, стойкий красный дермографизм. Сердце не расширено, тоны громкие, на верхушке короткий дующий систолический шум. Пульс - 112 в минуту. АД 150/70 мм рт. ст. При эргометрии выполнила нагрузку 750 кг в минуту с частотой пульса 170 в минуту и АД 190/70 мм рт. ст.

ЭКГ: синусовая тахикардия.

Задание/вопросы:

- 1) Оцените состояние гемодинамики.
- 2) Оцените реакцию на физическую нагрузку.
- 3) Проведена проба с обзиданом.

Через 1 час после приема 60 мг препарата пульс - 80 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Как оценить результаты пробы?

- 4) Поглощение ¹³¹I щитовидной железой в пределах нормы; уровни тиреоидных гормонов Т₃ и Т₄ в крови - норма. Диагноз?
- 5) Какое требуется лечение?

№24. Больной 60 лет, преподаватель. Обратился по поводу одышки при обычной ходьбе. 6 лет назад перенес переднеперегородочный инфаркт миокарда. Одышка появилась 2 месяца назад. Не лечился. Курит одну пачку в день.

Объективно: рост - 165 см, масса тела - 91 кг. Небольшая отечность голеней, цианоз губ. В легких под лопатками немного влажных незвонких хрипов. ЧД - 24 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, тоны приглушены, систолический шум на аорте. Пульс - 92 в минуту, ритмичный. Дефицит - 18 в минуту. АД - 140/90 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. *На ЭКГ:* мерцательная аритмия, тахисистолическая форма.

Задание/вопросы:

- 1) Оцените состояние гемодинамики.
- 2) Что ожидается на ЭКГ?
- 3) Факторы риска заболевания?
- 4) Медикаментозные назначения?
- 5) Контроль лечения?

№25. Больной 32 лет, вызвал на дом СМП по поводу усиления одышки, сердцебиения, отеков ног, нарастающих в течение последних 2 недель. 10 лет - сочетанный митральный порок сердца. Последний год регулярно принимает дигоксин 0.25 мг 2 раза в день, фуросемид 0.04 ежедневно.

При осмотре - акроцианоз, массивные отеки голеней, стоп, шейные вены вздуты. В базальных отделах легких - незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 26 в минуту в покое. Тоны сердца различной звучности,

систолический шум на верхушке. Ритм неправильный. ЧСС - 84-96 в минуту, пульс - 76-82 в минуту. АД - 100/70 мм рт. ст. Печень + 6 см.

На ЭКГ: гипертрофия правого желудочка, мерцательная аритмия, частая политопная, ранняя желудочковая экстрасистолия, временами - пробежки желудочковой тахикардии.

Задание/вопросы:

- 1) Оцените состояние кровообращения.
- 2) Причина ухудшения состояния и нарушения ритма?
- 3) Имеются ли данные за митральный стеноз?
- 4) Неотложная терапия?
- 5) Тактика ведения больного?

№26. В клинику доставлена женщина 27 лет спустя 2 часа после внезапного возникновения сильных болей в левой ноге. С детства страдает митральным пороком сердца. В последние годы отмечается одышка. Несколько раз кровохарканье, дважды были приступы мерцательной аритмии. При поступлении больная стонет, беспокойна. Левая стопа и голень мраморной окраски. Вены на стопе пустые ("симптом канавки"). Движения в пальцах и голеностопном суставе ограничены. Наступать на ногу не может.

Пальпаторно: стопа и голень холодные. Пульс на дорзальной, заднеберцовой и подколенной артериях не определяется, на бедренной усилен. Тактильная и болевая чувствительность снижены, глубокая - сомнительна. Левая икроножная мышца мягкая, нормальной* плотности, слегка болезненная при сдавлении. Пульс 98 в минуту, ритмичный, частые экстрасистолы.

На верхушке сердца хлопающий I тон, слабый систолический и грубый диастолический шум с пресистолическим усилением, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии. В легких влажные хрипы в задненижних отделах.

Задание/вопросы:

- 1) Чем обусловлено внезапное ухудшение состояния больной?
- 2) Укажите наиболее вероятную причину развития осложнения.
- 3) Какие специальные дополнительные методы исследования показаны?
- 4) Какие исходы могут быть?
- 5) Какой метод лечения показан?

№27. Больной 24 лет, жалобы на одышку при ходьбе. В детстве - частые ангины, в возрасте 15 лет - малая хорея, с 20 лет находили шумы в сердце. Одышка в течение года, получал амбулаторно дигоксин, периодически диуретики. Ухудшение в течение месяца.

Объективно: масса тела - 73 кг, рост - 170 см. Отеков нет. Усиленная пульсация сонных артерий. Верхушечный толчок усилен,

разлитой, в VI межреберье. При аускультации дующий протомезодиастолический шум в III-IV межреберьях слева от грудины и грубый систолический шум во II межреберье справа. Пульс - 80 в минуту, ритмичный, полный. АД- 150/30 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги, пульсирует.

При рентгеноскопии сердце аортальной конфигурации, верхушка закруглена, пульсация снижена.

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, PQ=0.24 сек.

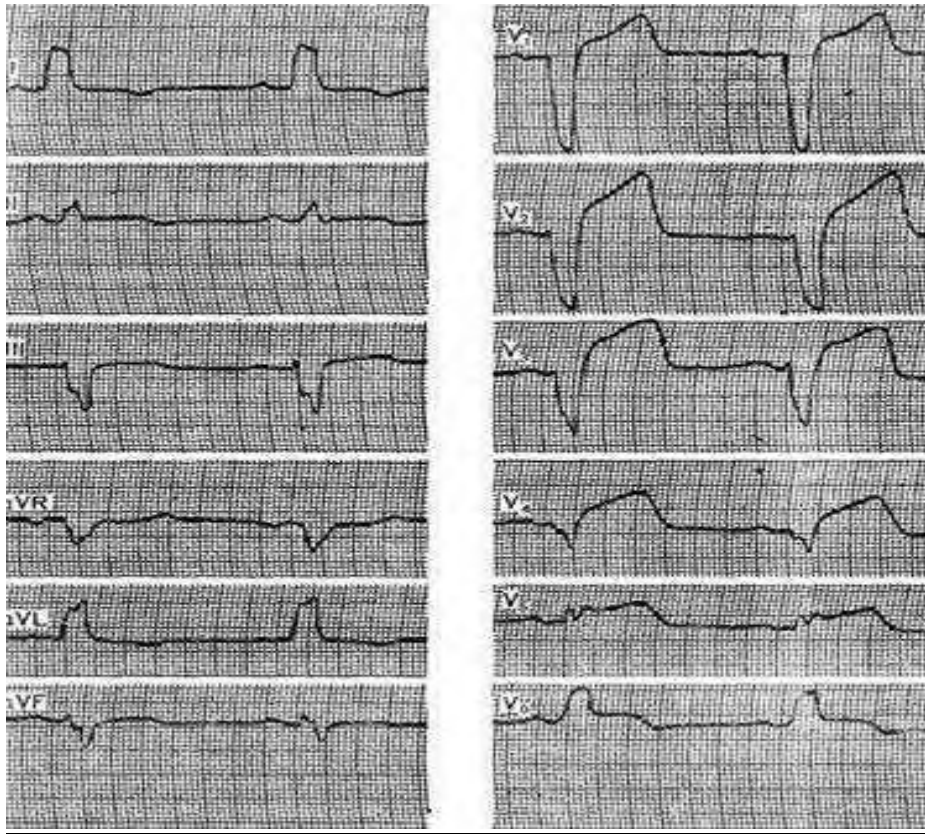
Анализ крови: НЬ - 102 г/л, лейкоц. - 9.0×10^9 /л, СОЭ - 39 мм/час.

Задание/вопросы:

- 1) Диагноз порока сердца, обоснование.
- 2) Этиология, фаза течения процесса, состояние кровообращения.
- 3) Дополнительные тесты на активность процесса.
- 4) Укажите три противоречия диагнозу, допущенные в тексте.
- 5) Лечение основного заболевания.

№28 Вызов на дом к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадиирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура $36,8^{\circ}\text{C}$. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.



Вопросы:

- 1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
- 2) Назовите необходимые дополнительные исследования
- 3) Перечислите возможные осложнения
- 4) Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания
- 5) Дайте интерпретацию ЭКГ.

№29 Вызов на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,4°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

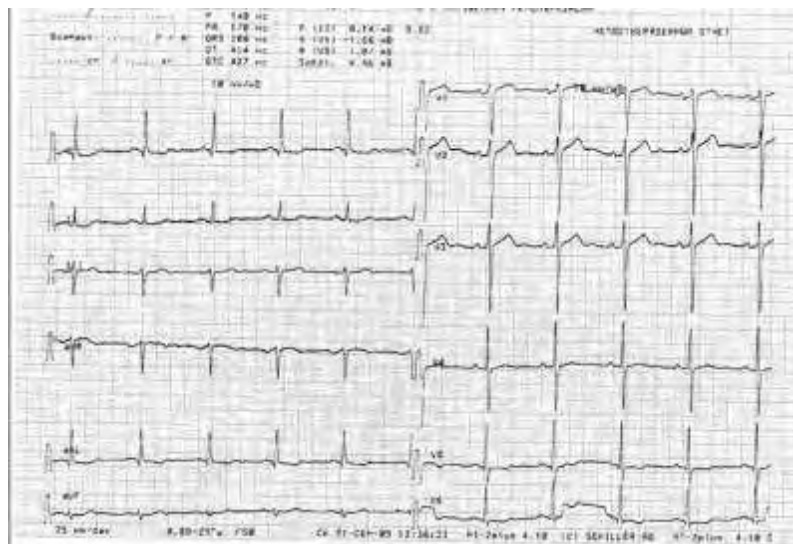


Задание/вопросы:

- 1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
- 2) Дайте интерпретацию рентгенографического исследования легких
- 3) Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 4) Перечислите возможные осложнения.
- 5) Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№ 30 Больной О., 42 лет с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения, онемение пальцев рук, плохой сон. При ходьбе возникают сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода.

Объективно: температура 36,5°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 74 в мин., ритмичный, напряженный, на артериях тыла стопы пульсация резко снижена. АД 180/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

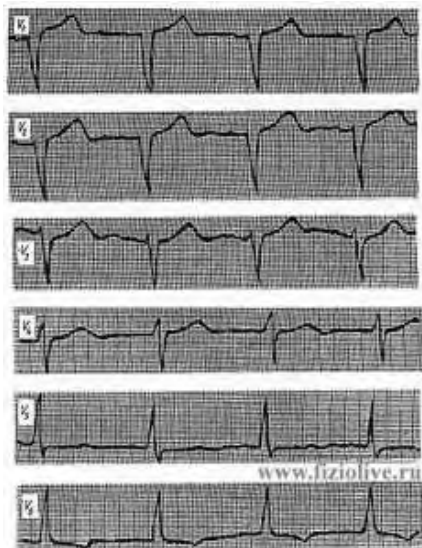


Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию ЭКГ
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№31 СМП вызвали родственники больной О., 42 лет. Жалобы на частые головные боли, периодические головокружения, мелькание мушек перед глазами, тошноту, рвоту, кратковременную потерю сознания. Раньше возникали головокружения, но за мед. Помощью не обращалась. Больна около 4 лет.

Объективно: температура 36,6°C. Общее состояние средней степени тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца резко приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 77 в мин., АД 200/100 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.



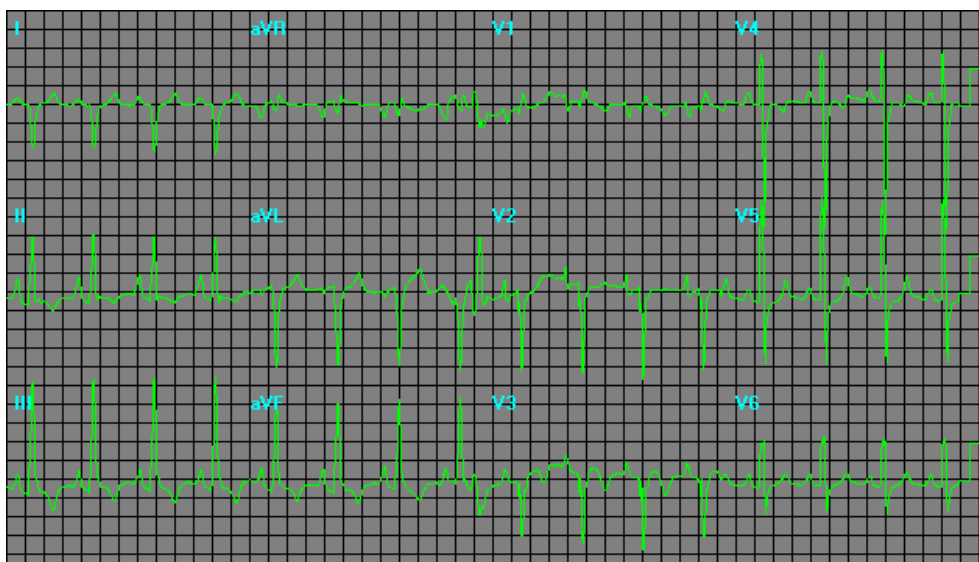
Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию ЭКГ
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№32 Больная, 38 лет, доставлена в приемное отделение машиной СМП с жалобами на резкую головную боль в височных областях, тошноту, ощущение дрожи в теле, озноб, сердцебиение, чувство страха.

Больной себя считает в течение 5 лет, когда в первой половине беременности было отмечено повышение АД до 180/100 мм.рт.ст. В последующем периодически ощущала головные боли, повышенную возбудимость, однако к врачу не обращалась. В последние 2 года появились приступы с выше писанными жалобами. Приступы провоцировались нервным напряжением и изменениями погодных условий.

Объективно: Больная возбуждена, кожа бледная, влажная. Пульс 122 в мин., АД 200/105 мм.рт.ст., границы сердца расширены влево на 1 см, ритм правильный, тоны ясные, акцент 2 тона на аорте.



Задание/вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План необходимого обследования для уточнения диагноза и ожидаемые результаты.
3. Дайте интерпретацию ЭКГ
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе.

№33 Больная К., 68 лет, обратилась с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4°C. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 2 см, слабоболезненная.

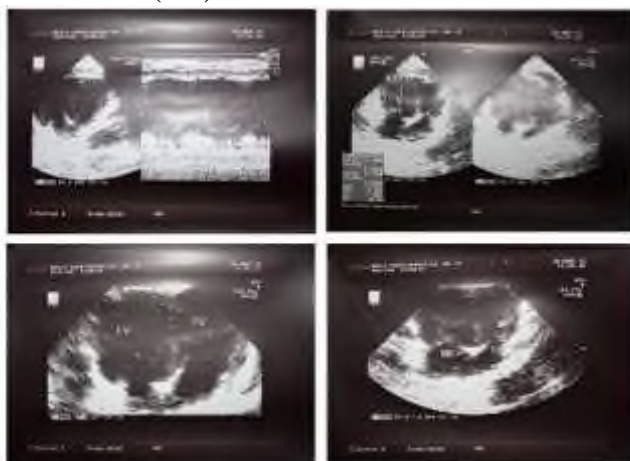


Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию ЭКГ
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№34 Больная Е, 47 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца, одышку при физической нагрузке (100 метров обычным шагом), слабость, быструю утомляемость, отечность нижних конечностей в вечернее время.

Объективно; Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 130/80 мм.рт.ст. Границы сердца расширены на +1-1,5 см влево. живот мягкий б/болезненный. Стул и диурез без особенностей. Отеки нижних конечностей (++)



Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию результатов ЭХО КГ
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№35 Больной И., 62 лет, обратился в поликлинику с жалобами на постоянную одышку, сердцебиение, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца. Перенес 2 ИМ.

Объективно: температура 36,6°C. Кожа влажная, отеки на стопах и голенях. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. Одышка. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 86 в мин. АД 140\90 мм.рт.ст. Живот мягкий, б\болезненный.



Задание/вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Дайте интерпретацию результатов ЭХО КГ
4. Тактика ведения больного?

№36 Обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, отеки на ногах. Была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ

Объективно: температура 36,7°C. Кожа чистая, бледная. В нижних отделах легких влажные хрипы. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6 -м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

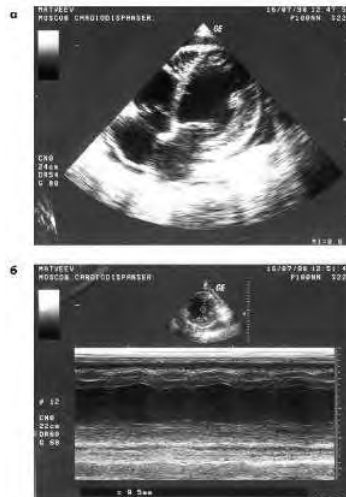


Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию результатов рентгенограммы.
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№37 В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза в день (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время, появилась одышка при незначительной нагрузке, кашель с мокротой.

Объективно: Кожные покровы бледной окраски, в легких влажные хрипы, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 72 в мин., АД 130\80 мм.рт.ст. Границы сердца расширены влево +1,5 см. Живот мягкий, б\болезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см.



Задание/вопросы:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Дайте интерпретацию результатов ЭХО КГ
4. Какова правильная врачебная тактика?

№38 Обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

Объективно: температура 36,8°C. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.



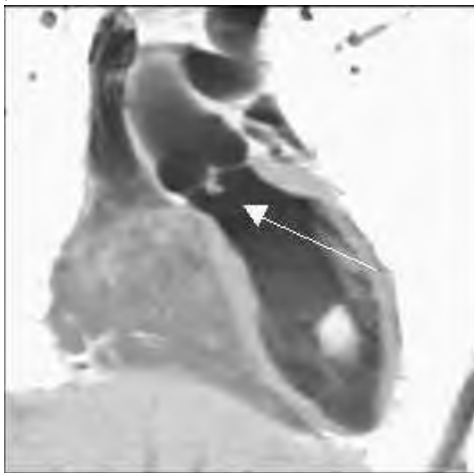
Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию результатов ЭХО КГ
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и - профилактике заболевания.

№40 В поликлинику обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,4°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от

среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.



Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Дайте интерпретацию результатов ЭХО КГ
5. Перечислите возможные осложнения.
6. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№41 Обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца.

Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.



Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию результатов ЭХО КГ
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№42. Вызов на дом к больной Г., 18 лет, которая жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 50 в мин. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет. Больной была проведено оперативное лечение.

Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№43 Обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, нерезкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,4°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5

см кнаружи от

среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.



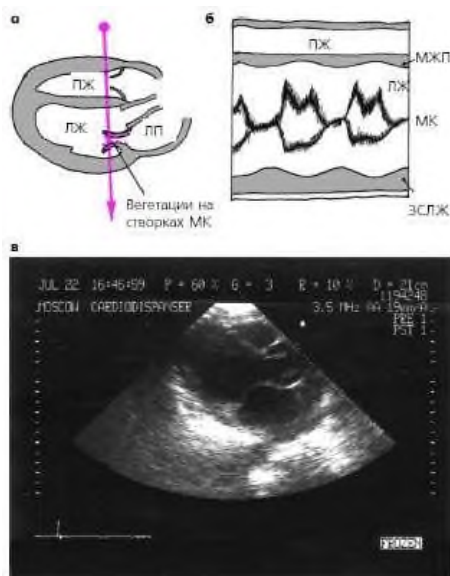
Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию результатов ЭХО КГ
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№44. Обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье.

Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

Объективно: температура 37,2°C. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

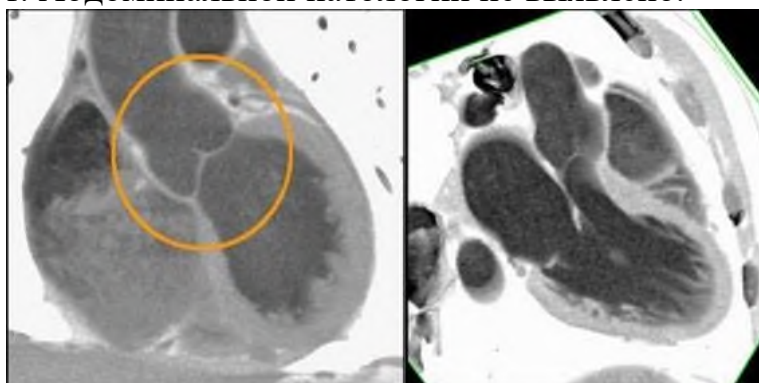


Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию результатов ЭХО КГ
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№45. Обратился мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

Объективно: температура 38,8°C. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.



Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и - профилактике заболевания.

№46. Мужчина 37 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин. АД = 110\70 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.



Задание/вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дайте интерпретацию результатов ЭХО КГ
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациентки, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

№47. Больной 43 лет, водитель такси. Жалобы на боли в эпигастральной области справа, чаще натощак, уменьшаются после приема пищи, изжоги, кислые отрыжки. Болен в течение 3 месяцев. Курит 20 лет по 1-1.5 пачки сигарет в день. В течение 10 лет - хронический бронхит. 5 лет - ревматоидный артрит, по поводу которого часто принимал нестероидные противовоспалительные средства.

Объективно: лучезапястные суставы утолщены, без признаков

воспаления. Язык обложен. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы на вдохе. Пульс - 92 в минуту.

При ЭДГС обнаружен дуоденит, язва луковицы двенадцатиперстной кишки 3x4 см, антрум-гастрит.

Задание/вопросы:

1) Какие дополнительные исследования еще действительно необходимы?

2) Какие указания по режиму и диете?

3) Назначено лечение: альмагель по 1 ст. л. 3 раза в день после еды, викалин по 1 т. 3 раза, атропин 0.1% - 0.5 п/к 2 раза, но-шпа 0.04 x 3 раза, солкосерил в/м, тазепам 1 т. на ночь. Оцените рациональность назначений? Ваши предложения по коррекции лечения?

4) Через 5 недель болей и болезненности нет. Нужна ли повторная ЭГДСи поддерживающее лечение?

№48. Больной 51 год. Поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Животмягкий, "шум плеска", натощак ниже уровня пупка АД - 90/75 мм рт. ст. Положительный синдром Хвостека.

Задание/вопросы:

1) О каком осложнении можно думать?

2) Что ожидается при рентгеноскопии желудка?

3) Оцените состояние водно-электролитного обмена.

4) Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи?

5) Тактика лечения?

№49. Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды был жидкий стул типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета. Пульс - 120 в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. НЬ - 65 г/л, гематокрит - 23%. Группа крови АВ(IV)+. При срочной гастродуоденоскопии обнаружено, что в желудке большое количество жидкости цвета "кофейной гущи" с примесью алой крови. На передней стенке луковицы 12-перстной кишки определяется глубокий язвенный дефект до 1.5 см в диаметре, из которого активно поступает кровь. Эндоскопически остановить кровотечение не удалось.

Задание/вопросы:

1) Какие эндоскопические методы остановки кровотечения могут

быть применены?

2) Как в этой ситуации следует поступить: продолжать консервативную терапию или экстренно оперировать больного?

3) Если принято решение оперировать больного, какие операции могут быть проведены в данном случае?

4) Что будет включать в себя консервативная терапия?

№50. Женщина 32 лет. Вторая беременность - 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастральной области. Была однократная рвота. Спустя 1.5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации. Температура тела - 37.2°C. Лейкоциты - $11.6 \times 10^9/\text{л}$. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен во всех отделах, болезненный в области правого подреберья в латеральных отделах. Симптом Щеткина не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный.

Задание/вопросы:

1) Ваш предварительный диагноз?

2) Какое заболевание следует исключить и как?

3) Ваша тактика лечения?

№51. Больная 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией, осматривается врачом СМП через 4 ч от начала ухудшения состояния. Жалобы на внезапно возникшую резкую боль в животе, постоянного характера, без четкой локализации. Больная громко стонет, мечется, принимает коленно-локтевое положение. В момент осмотра наблюдается многократная рвота с каловым запахом. Полчаса назад был водянистый стул с небольшой примесью крови. Состояние тяжелое, лицо бледное, покрыто холодным потом. Пульс - 112 в минуту, аритмичный. АД - 160/90 мм рт. ст. Температура тела нормальная. Язык сухой. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, мягкий. Боль при пальпации не усиливается. При перкуссии участки тимпанита чередуются с участками притупления, перистальтические шумы не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии нет.

Задание/вопросы:

1) Как оценить рвоту с каловым запахом?

2) Вероятная причина болей в животе?

3) Как объяснить отсутствие шумов перистальтики?

4) Тактика на догоспитальном этапе?

52. Больной П. 30-ти лет жалуется на резкие боли в правой подвздошной области, возникшие остро в предшествовавший день после обильного приема пищи за праздничным столом. Также беспокоит

тошнота, урчание в животе, неустойчивый стул, повышение температуры тела до 37,3С. При пальпации живота выявляется умеренная локальная болезненность, а также плотное опухолевидное образование в этой области. При ФКС обнаружены множественные афтоидные язвы диффузно расположенные на гиперемированной слизистой оболочке подвздошной кишки, в ее терминальном отделе.



Задание/вопросы:

- 1) Каков предположительный диагноз и с какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
- 2) Какие дополнительные исследования необходимо провести?
- 3) Определите вашу лечебную тактику в отношении пациента?
- 4) Обоснуйте проведение медико-социальной экспертизы (МСЭ), противопоказанные виды труда.

№53. Женщина 48 лет. Ранее часто принимала антидепрессанты. В течение 2 лет отмечает непереносимость жирной пищи, тупые боли в правом подреберье, периодически диффузный зуд, боли в костях, боли и опухание лучезапястных, коленных, межфаланговых суставов, выпадение зубов. Последние 3 месяца нарастающая желтуха, темная моча. Печень на 5 см, плотная, край закруглен. Селезенка – 16 x 12 см.

Анализ крови: связанный билирубин - 144, свободный - 57 мкмоль/л, АсАТ - 216 нмоль/л, АлАТ - 283 нмоль/л, ЩФ - 222 мкмоль/л, холестерин - 9.1 ммоль/л, протромбин - 65%. γ -глобулины - 22%.

Задание/вопросы:

- 1) Какой ведущий синдром у данной больной?
- 2) Вероятный уровень холестаза (внутри- или внепеченочный)?
- 3) Какое исследование проводится для уточнения проходимости желчных путей?
- 4) Диагноз заболевания печени?
- 5) Что может способствовать развитию заболевания?

№54. Больной 28 лет, переведен из инфекционной больницы. Жалобы на слабость, плохой аппетит, желтушность кожи и склер. 5 дней назад появились головные боли, тошнота, ноющие боли в эпигастральной области, повышение температуры до 38°C. Через 2 дня желтуха с темной мочой и светлым калом. 3.5 месяца назад имел

контакт с больным вирусным гепатитом. Направлен в инфекционную больницу, где при осмотре в приемном отделении диагноз вирусного гепатита был отвергнут, и больной был направлен в терапевтическое отделение. Анамнез жизни без особенностей.

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

Билирубин - 54.3 мкмоль/л. Тимоловая проба - 12 ЕД, сулемовая проба - 1.4 мл, АсАТ - 2.10 мкмоль/л, АлАТ - 2.95 мкмоль/л. Щелочная фосфатаза - 4.1 ЕД.

Назначено лечение: стол N5, преднизолон 30 мг/сут, сирепар 1 мл в/м, аллохол 1 табл. х 3 раза, глюкоза 40% - 40.0 в/в, пенициллин 500 тыс. ед х 6 раз в/м.

Задание/вопросы:

- 1) На каком основании в инфекционной больнице был отвергнут диагноз вирусного гепатита?
- 2) Вероятный диагноз?
- 3) Какие биохимические синдромы были выявлены?
- 4) Каков характер желтухи?
- 5) Оцените назначенное лечение.

№55. Больной 48 лет. Жалобы на увеличение и тяжесть в животе. В прошлом злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет отмечалось увеличение печени. Увеличение живота заметил 1 месяц назад.

Объективно: телеангиэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней, живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется тупость ниже пупка и флюктуация. Печень, селезенка не пальпируются. Диурез - 700 мл. Билирубин крови - 30 мкмоль/л, АсАТ - 0.8 ммоль/мл/ч., АлАТ - 1.2 ммоль/мл/ч, протромбиновое время - 50%. Натрий крови - 135 ммоль/л, калий - 3.9 ммоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л, белок - 52 г/л.

Задание/вопросы:

- 1) Ваш полный диагноз?
- 2) Какова причина асцита? Определите биохимические синдромы.
- 3) Сделайте назначения на первую неделю.
- 4) Какие показатели следует наблюдать?
- 5) Какие показания для пункции асцита и введения заменителей плазмы?

№56. У больного 23 лет около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета.

- 1) Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение?
- 2) Что нужно сделать для установления источника кровотечения?

- 3) Какие критерии степени тяжести кровотечения?
- 4) Что вы можете сделать для остановки кровотечения?
- 5) Какие показания для экстренной операции?

№57. Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был жидкий стул - мелена. Пульс - 120 в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. НЬ - 64 г/л, гематокрит - 23%.

Задание/вопросы:

- 1) Какие препараты Вы используете в качестве гемостатической терапии?
- 2) Какие препараты Вы используете в качестве первых для восполнения объема циркулирующей крови?
- 3) Каков объем и состав (конкретно) трансфузионной терапии?
- 4) Какую кровь предпочтительней использовать для гемотрансфузии?

№58. Больная 30 лет, обратилась по поводу постоянных запоров в течение многих лет. Оправляется с трудом 1 раз в 3-4 дня, каловые массы твердые, без примеси слизи и крови. В течение 2 месяцев принимает слабительные (пурген).

Объективно: без особенностей, за исключением снижения тонуса брюшных мышц. Пальцевое исследование прямой кишки, ирригография без патологических изменений.

Задание/вопросы:

- 1) Вероятная причина запоров?
- 2) Ваше мнение о приеме слабительных?
- 3) Ваши рекомендации по медикаментозному лечению и их обоснование?
- 4) Ваши советы по диете?
- 5) Какие другие рекомендации?

№59. Больной К., 46 лет, поступил с жалобами на боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникающие после приема пищи и усиливающиеся к вечеру, тошноту, жидкий стул до 3 раз в день, обильный, зловонный с остатками непереваренной пищи, чувство распираания в животе. Из анамнеза: употреблял спиртные напитки. *Объективно:* кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, на коже груди, спины и живота видны ярко-красные пятна, не исчезающие при надавливании. Язык обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье и эпигастриальной области. Печень у края реберной дуги. ЧСС- 74 в мин, АД 120/80 мм.рт.ст., ЧДД 19 в мин.

Копрограмма:

Показатели	Результаты
Форма	неоформленный
Цвет	сероватый
Запах	зловонный
Мышечные волокна: – непереваренные – переваренные	единицы в поле зрения значительное количество
Нейтральный жир	значительное количество
Жирные кислоты	не обнаружены
Клетчатка: перевариваемая	небольшое кол-во
неперевариваемая	значительное количество
Крахмал	большое количество
Иодофильная флора	значительное количество
Непереваренная пища	значительное количество
Слизь	+
Р-ции: с уксусной кислотой	слабо положительная
с трихлоруксусной кислотой	отрицательная
Эритроциты	-
Лейкоциты	-
Яйца глист	-

Задание/вопросы:

- 1) Сформулируйте предположительный диагноз?
- 2) Назовите необходимые дополнительные исследования?
- 3) Оцените копрограмму?
- 4) Определите вашу лечебную тактику в отношении пациента?

№60. Больной 20 лет, поступил в тяжелом состоянии. Сонлив, отеки лица, ног, поясницы, подкожной клетчатки живота. В легких дыхание жесткое, в задненижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс - 84 в минуту. АД - 170/130 мм рт. ст. Печень у реберной дуги. Суточный диурез - 50 мл.

Анализ мочи: относительная плотность - 1030, белок - 3.3 г/л, эритроц. - 100-150 в п/зр., лейкоц. - 5-6 в п/зр., гиалиновые и зернистые цилиндры в большом количестве.

Анализ крови: НЬ - 100 г/л, эр. - $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $9.5 \times 10^9/л$, СОЭ - 34 мм/час. Мочевина крови - 24.2 ммоль/л, креатинин - 520 мкмоль/л, калий сыворотки - 7.0 ммоль/л, натрий - 126 ммоль/л, хлор - 88 ммоль/л, КЩС - pH - 7.34.

На ЭКГ: ритм синусовый, PQ 0.26 с, нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса, зубцы Т высокие остроконечные, с узким основанием.

Задание/вопросы:

- 1) Какое заболевание почек и его форма?
- 2) Какая форма почечной недостаточности?
- 3) Как объяснить изменения на ЭКГ?
- 4) Какие неотложные мероприятия должны быть проведены?
- 5) Что делать при отсутствии эффекта?

№61. Больная 60 лет, поступила с жалобами на головные боли, одышку, отеки, снижения зрения. В течение 20 лет страдает тяжелой формой сахарного диабета, постоянно получает большие дозы инсулина. Последние 5 лет обнаружены изменения в моче, подъем АД, отеки на лице и ногах.

Объективно: состояние средней тяжести. Цианоз губ, отечность голеней. Сердце расширено влево на 2 см, тоны приглушены, дующий систолический шум на аорте, акцент II тона. Пульс - 88 в минуту. АД - 200/100 мм рт. ст. Пульс на правой стопе прощупывается с трудом. Анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - 6%, сахар - 0.5%, лейкоц. - до 30 в п/зр., эр. - 2-3 в п/зр., креатинин - 92 мкмоль/л. Глазное дно - ретинопатия.

ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка.

Задание/вопросы:

- 1) Как трактовать изменения в анализах мочи, отеки и повышение АД?
- 2) Оцените состояние выделительной функции почек.
- 3) Как оценить данные пальпации пульса на ногах?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Сформулируйте план лечения пациентаю

№62. У больного 35 лет, через 2 недели после лихорадочного заболевания невыясненного происхождения, появились отеки на лице, артериальная гипертензия до 170/100 мм рт. ст., изменения в моче. Поставлен диагноз острого гломерулонефрита.

- 1) Какая инфекция может привести к острому гломерулонефриту?
- 2) Какие изменения в моче могут ожидаться?
- 3) Каков патогенез артериальной гипертензии?
- 4) Как определить функцию почек?
- 5) Какое лечение Вы назначите?

№63. Больной 40 лет. Жалобы на головные боли, слабость, плохой аппетит, тошноту, похудание. 10 лет назад перенес острый гломерулонефрит, в после дующем отмечалась артериальная гипертензия. Ухудшение состояния 3 месяца. В анамнезе бронхиальная астма (с 10-летнего возраста), периодически депрессивные состояния.

Объективно: масса тела - 60 кг, рост - 180 см. Кожа сухая, тургор снижен. Отеков нет. Пульс - 80 в минуту. АД - 185/100 мм рт. ст.

Печень не 3 см ниже края реберной дуги. Диурез - 2.2 л.

На ЭКГ: гипертрофия левого желудочка.

Мочевина крови - 55 ммоль/л, креатинин - 600 мкмоль/л, натрий - 140 ммоль/л, калий - 4.2 ммоль/л, HCO_3^- - 16 ммоль/л, белок - 74 г/л, кальций - 2 ммоль/л, фосфор - 2.3 ммоль/л.

Задание/вопросы:

- 1) Диагноз основного заболевания? Функция почек?
- 2) Диета (белки, жиры, углеводы, калории, соль, вода, прочее)?
- 3) Какое гипотензивное лечение?
- 4) Какие другие мероприятия?
- 5) Что делать при развитии терминальной почечной недостаточности?

№64. У больного 49 лет, страдающего хроническим гломерулонефритом, появилась нарастающая общая слабость, головные боли, анорексия, похудание.

При обследовании: кожа сухая, тургор снижен. АД - 90/70 мм рт. ст.

Пульс

- 100 в минуту. Натрий в крови - 128 ммоль/л, калий - 4.4 ммоль/л, креатинин 350 мкмоль/л, рН - 7.35. Диурез - 600 мл/сут.

Анализ крови: НЬ - 78 г/л, гематокрит - 27%, лейкоц. - 5.1×10^9 /л, СОЭ - 45 мм/час.

Задание/вопросы:

- 1) Какая стадия почечной недостаточности?
- 2) Оцените состояние водно-солевого обмена и КЩС.
- 3) Какое лечение показано?
- 4) Какие причины анемии у данного больного?
- 5) Показания к гемодиализу?

№65. Больной 25 лет, заболел 1.5 месяца назад, вначале перенес острое респираторное заболевание (боли в горле, насморк, субфебрилитет). Через неделю после этого заметил появление отеков на лице. При обращении к врачу выявлена умеренная артериальная гипертензия (АД - 150/100 мм рт. ст.).

При осмотре: пастозность лица, передней брюшной стенки, ног. В легких без изменений. Сердце - слабый систолический шум на верхушке, пульс ритмичный, 92 в минуту. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. АД - 150/100 мм рт. ст.

Анализ крови: НЬ - 100 г/л, эр. - 3.2×10^{12} /л, лейкоц. - 9.8×10^9 /л, СОЭ - 42 мм/час.

Анализ мочи: относительная плотность - 1013. Белок - 3.3%. В осадке эритроциты - 20-30 в п/зр., лейкоц. - 10-12 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-4 в п/зр.

Задание/вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Как определить выделительную функцию почек?
- 3) Вероятная причина анемии.
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Тактика лечения?

№66. Женщина 26 лет часто страдает простудными заболеваниями. 9 лет назад при диспансеризации обнаружена протеинурия (1-1.5 г/сут), в дальнейшем периодически исчезающая или достигающая 3-3.5 г/сут при простудных заболеваниях. 4 года назад в период увеличения протеинурии появились отеки лица, ног, прошедшие после диуретической и глюкокортикоидной терапии. Месяц назад вновь появились отеки. Настоящее состояние: кожа бледная, сухая, тестоватые отеки лица, рук, передней брюшной стенки, поясницы, ног. Притупление и ослабление дыхания с обеих сторон от уровня 5-6-го ребра.

Анализ мочи: уд.вес - 1028, белок - 10.6 г/л, лейкоц. - 6-8 в п/зр., эритроц. - 2-3 в п/зр., гиалиновые цилиндры - 3-5 в п/зр., кристаллы холестерина. Белок крови - 46 г/л, альбумины - 22 г/л. Холестерин - 10.9 ммоль/л, мочевины - 5.8 ммоль/л, креатинин - 92 мкмоль/л.

Задание/вопросы:

- 1) Какое заболевание имеется у больной?
- 2) Какая форма заболевания у больной?
- 3) Какой основной механизм развития отеков?
- 4) Вероятная причина изменений в легких?
- 5) Назовите лабораторные признаки данного синдрома у больной.

№67. Больная 31 года, поступила с жалобами на отеки, боли в поясничной области, слабость. Заболела 2 года назад, когда после охлаждения появились отеки на лице и ногах, боли в пояснице. Дважды находилась на стационарном лечении, длительно получает преднизолон по 15 мг/сут.

Объективно: рост - 162 см, масса тела - 88 кг. "Лунообразное" лицо, выраженные отеки ног, стрии на животе. Бледность кожи и слизистых. Пульс - 80 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст.

Анализ крови: НГ - 102 г/л, лейкоц. - 5.6×10^9 /л, СОЭ - 58 мм/час.

В анализе мочи: белок - 6.6 г/л, эритроц. - 10-15 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 5-6 в п/зр. Глюкоза крови - 8.9 ммоль/л.

Задание/вопросы:

- 1) Вероятный диагноз заболевания почек?
- 2) Какие ожидаются изменения белков и липидов крови?
- 3) Какие проявления лечения преднизолоном?

- 4) Какая диета должна быть рекомендована?
- 5) Медикаментозное лечение?

№68. У больного 45 лет, страдающего хроническим остеомиелитом правой голени, обнаружили изменение в моче: белок - 3 г/л (4.5 г/сут), лейкоц. - 5-10 в п/зр., эр. - единичные в п/зр., цилиндры гиалиновые - 5-10 в препарате.

Задание/вопросы:

- 1) О каком заболевании почек можно думать?
- 2) Какие методы подтверждения диагноза?
- 3) Учитывая суточную протеинурию, какой синдром можно предположить?
- 4) Какие изменения могут быть обнаружены при биохимическом исследовании крови?
- 5) Какое лечение требуется при появлении выраженных отеков?

№69. Больной 42 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением обильной мокроты гнойного характера, иногда полным ртом. Более 5 лет, с периодическими обострениями.

Объективно: пониженного питания, бледность кожных покровов и слизистых. Одутловатость лица, отеки голеней. Пальцы рук в виде "барабанных палочек". Пульс - 80 в минуту. АД - 95/70 мм рт. ст. В легких коробочный звук, рассеянные хрипы, уменьшающиеся при откашливании.

Анализ крови: НГ - 88 г/л, эр. - 3.1×10^{12} /л, лейкоц. - 10.0×10^9 /л, СОЭ - 46 мм/час.

Анализ мочи: уд. вес - 1016, белок - 3.5 г/л, лейкоц. - 2-3 в п/зр, эр. - единичные в п/зр., креатинин - 80 мкмоль/л.

Задание/вопросы:

- 1) Диагноз заболевания легких?
- 2) Как объяснить поражение почек?
- 3) Как доказать природу заболевания почек?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Тактика лечения?

№70. Больной 40 лет - Жалобы на головные боли, слабость, плохой аппетит, тошноту, похудание. 10 лет - периодические приступы почечной колики, рези и боли при мочеиспускании. 5 лет - артериальная гипертензия. Ухудшение 2 месяца. С детского возраста - бронхиальная астма, периодически мигрень, депрессивные состояния.

Объективно: масса тела - 60 кг, рост - 180 см. Кожа сухая, бледная, тургор снижен. АД - 140/100 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту. В легких рассеянные сухие хрипы на выдохе.

Мочевина крови - 95 ммоль/л, креатинин - 420 мкмоль/л, белок

- 78 г/л, натрий - 145 ммоль/л, калий - 4.73 ммоль/л, кальций - 2 мкмоль/л. Диурез - 1200 мл.

Задание/вопросы:

1) Какая стадия и возможная причина хронической почечной недостаточности?

2) Оцените состояние водно-Электролитного обмена.

3) Назначить и обосновать диету данному больному.

4) В анализе мочи - лейкоциты покрывают поля зрения, повторно: при посеве – рост кишечной палочки. Какое антибактериальное лечение показано?

5) Нужно ли и какое именно гипотензивное лечение?

№71. Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на боли в правой поясничной области, слабость, головную боль, ознобы. Больная заторможена, при пальпации - правая почка резко болезненна. При хромоцистоскопии индигокармин из левого устья выделяется на 4-й минуте, а справа - не выделяется. На обзорной рентгенограмме в проекции правого мочеточника определяется тень, подозрительная на конкремент, 0.6-0.8 см.

Задание/вопросы:

1) Диагноз заболевания?

2) Какие необходимо провести дополнительные исследования?

3) Лечебная тактика?

№72. Больная 45 лет. Жалобы на боли и тугоподвижность в суставах, утреннюю скованность. Больна 2 года. Принимала бруфен без видимого эффекта. Лечение далагиллом было прервано из-за появления головокружения и ухудшения зрения.

Объективно: небольшая припухлость, болезненность и ограничение движений в суставах кистей рук, лучезапястных и коленных. В остальном без особенностей.

При рентгенографии суставов: уменьшение межсуставных щелей, сращения и единичные узурсы, остеопороз суставных концов костей. СОЭ - 45 мм/час, реакция Ваалера - Роуза - 1/64, латекс-тест - 1/160.

Задание/вопросы:

1) Сформулируйте полный диагноз.

2) Учитывая неэффективность предшествующего лечения, длительность заболевания без ремиссий, активность процесса, имеются показания для базисной терапии препаратами золота. Какие заболевания следует исключить до их назначения?

3) Какова методика лечения?

4) Какие методы контроля переносимости лечения?

5) Когда можно ожидать положительного эффекта? Что следует назначить до его полного появления?

№73. Больной 30 лет. Поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в позвоночнике, преимущественно в поясничном отделе, ограничение движения, "одеревенелость" позвоночника. Впервые боли появились 5 лет назад, сопровождались субфебрилитетом, позже температура, как правило, была нормальной. Лечился тепловыми процедурами. Через год к болям присоединилось ограничение подвижности в позвоночнике, распространявшееся снизу вверх.

При осмотре: бледен, питание пониженное. Движения в позвоночнике резко ограничены, выраженная атрофия мышц спины, бедер. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 66 в минуту. АД - 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Задание/вопросы:

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) Какие изменения могут быть обнаружены на рентгенограмме позвоночника?
- 3) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 4) Тактика лечения?

№74. Больная 63 года Жалобы на боли в суставах кистей рук, одышку при ходьбе, слабость, тошноту, плохой аппетит, запоры. В течение 15 лет - ревматоидный артрит без инвалидизации. Получает ибупрофен по 0.2x3 раза, препараты железа внутрь. Ухудшение самочувствия 3 месяца.

Объективно: бледность кожи и слизистых. Ульнарная девиация кистей и припухлость пястно-запястных и проксимальных межфаланговых суставов, подкожные узелки над локтевыми суставами. Пульс - 80 в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. Селезенка на 4 см края реберной дуги.

Анализ мочи: следы белка.

Анализ крови: НЬ - 78 г/л, лейкоц. - 11×10^9 /л, эоз. - 1%, баз. - 1%, нейтр. - 19%, лимф. - 77%, мон. - 2%, ретикул. - 7%, тромб. - 120×10^9 /л, анизопойкилоцитоз, СОЭ - 80 мм/час.

- 1) Какая форма, стадия и активность заболевания?
- 2) Как объяснить изменения в периферической крови?
- 3) Как объяснить симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта?
- 4) Как объяснить анемию? Какие исследования нужно сделать?

№75 Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу,

отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев - миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 70 уд. в мин., АД - 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* - положительный.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

№76. Больной 16 лет поступил по поводу болей в левом коленном суставе, лихорадку до 39°C, общую слабость, потливость. 3 недели назад перенес ангину. Неделю назад были боли в локтевых суставах.

Объективно: левый коленный сустав увеличен в объеме, гиперемирован, горячий на ощупь, болезненный при пальпации и движениях. Другие суставы и внутренние органы без особенностей. Миндалины не изменены. *Анализ крови:* НЬ - 140 г/л, лейкоц. - 16.5×10^9 /л, нейтроф. - 78%, СОЭ - 60 мм/час.

Задание/вопросы:

- 1) Дайте характеристику заболевания сустава.
- 2) Вероятный диагноз? Какие показатели могут его подтверждать?
- 3) Роль перенесенной ангины?
- 4) Какие изменения могут быть на ЭКГ?
- 5) Какое лечение назначите?

№77. Больная 32 лет, госпитализирована по поводу эритематозной сыпи на голенях. Заболела остро, 2 дня назад, когда одновременно появилась лихорадка до 38°C без озноба и боли в коленных и голеностопных суставах. В детстве перенесла тонзиллэктомию и аппендэктомию. 3 недели назад был понос в течение суток.

Объективно: на передней поверхности голени красные, горячие и болезненные при пальпации пятная с плотным основанием, до 3 см в диаметре, всего 10. Суставы не изменены. Лимфоузлы не увеличены. Температура -38.2°C. Пульс - 90 в минуту. АД - 130/70 мм рт. ст. В остальном без особенностей. Анализ крови: НЬ - 140 г/л, лейкоц. - 11×10^9 /л, тромб. - 350×10^9 /л, СОЭ - 47 мм/час.

Задание/вопросы:

- 1) Вероятный диагноз?
- 2) Какие наиболее частые причины данного синдрома?
- 3) Какой минимум дополнительных исследований необходим при уточнении диагноза?
- 4) Какая этиология наиболее вероятная?
- 5) Какое лечение требуется?

№78. Мужчина 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познабливание.

Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом.

Семейный анамнез: мать - страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец - страдает подагрой, подагрическим полиартритом.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 172 см, масса тела - 105 кг. ИМТ - 35,59 кг/м². Окружность талии - 115 см, окружность бедер - 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС - 82 уд. в мин., АД - 130/84 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре I плюснефалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 7 баллов.

В анализах: общий анализ крови: эритроциты - $5,1 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты - $11,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты - $280 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин - 6,0 ммоль/л, ТГ - 2,0 ммоль/л, ХС - ЛПВП - 0,86 ммоль/л; глюкоза - 5,7 ммоль/л; мочевиная кислота - 576 мкмоль/л, СРБ - 18 мг/л, ревматоидный фактор - отрицательный, серомукоид - 0,15 ед, креатинин - 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-ЕРІ) - 92 мл/мин 1,73м². Альбуминурия - 10 мг/сутки.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте алгоритм ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 7 дней на фоне назначенной терапии отмечается положительная динамика: боль, отёчность I плюснефалангового сустава правой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№79. Больная Ш. 45 лет обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на слабость, головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи.

Анамнез: считает себя больной в течение 3-х месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, головокружение. К врачу не обращалась. В дальнейшем симптомы стали нарастать, стали выпадать волосы, появилась ломкость ногтей, сухость кожи. Сопутствующие заболевания: страдает меноррагией - месячные обильные, затяжные, по 7-10 дней каждые 28 дней.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет. Ногти с выраженной продольной исчерченностью, «ложкообразные». Диффузная алопеция. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД - 21 в мин. Тоны сердца ритмичные, ослабление I и II тона сердца во всех точках аускультации. ЧСС=90 уд в минуту. АД=100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Через 2 дня пациентка пришла на повторный прием с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - $1,12 \times 10^{12}$ /л. MCV 75 фл, MCH 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты - 226×10^9 /л, лейкоциты - $4,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты - $0,10 \times 10^9$ /л, лимфоциты - $1,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 36 мм/ч. Сывороточное железо 4,2 мкмоль/л, ОЖСС 82 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина 23,5%, АЧТВ 26 с, ПТВ 14 с, фибриноген 3,1 г/л. Консультация гинеколога назначена на следующий день. Назначьте лечение.

5. Через 2 месяца регулярной терапии железосодержащим препаратом пациентка сдала повторный анализ крови: клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л. MCV 82 фл, MCH 28 пг, ретикулоциты - 1,2%, тромбоциты - 260×10^9 /л, лейкоциты - $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 6%, сегментоядерные- 55%, моноциты - $0,10 \times 10^9$ /л, лимфоциты - $1,4 \times 10^9$ /л, СОЭ - 17 мм/ч. Пациентка также наблюдается у гинеколога, принимает терапию по поводу меноррагий, отмечает нормализацию месячных. Охарактеризуйте изменения в анализах. Ваши дальнейшие действия?

№80. Женщина 65 лет поступила с жалобами на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота, приступообразные, длящиеся до 2-3 часов, средней силы, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приёма спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (анальгин, кеторол) и в покое. Болям сопутствуют головная боль, сухость во рту.

Считает себя больной около 4-5 дней, когда впервые появились острые приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота по ходу мочеточника, средней силы. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости. Боли усиливались при движении, физической нагрузке. Болям сопутствовали головная боль, сухость во рту. Для купирования болевого синдрома принимала но-шпу, анальгин с улучшением. В течение последующих трёх дней интенсивность болевых ощущений и длительность приступов возросли, в связи с чем обратилась к врачу.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности, отёков нет. В лёгких хрипов нет. АД - 130/85 мм.рт.ст. ЧСС - 79 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание не затруднено.

Симптом поколачивания слабopоложительный справа. Пальпация мочеточников болезненная справа.

В анализах: лейкоциты $10,8 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 120 г/л, СОЭ 17 мм/ч, креатинин 105 мкмоль/л, в моче присутствуют оксалаты. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза: в просвете малого таза справа однородная тень, - конкремент верхней трети мочеточника.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Ваша дальнейшая тактика ведения больной.

№81. Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до $39,2^\circ\text{C}$, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение.

В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°C , сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, 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. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты $8,9 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 36 мм/час, мочеви́на 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м².

Общий анализ мочи: удельный вес - 1009, белок - 0,5, лейкоциты - вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография - почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация

чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения.

№82. На приеме женщина 27 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание ее коллеги. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 4 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном обследовании рост 172 см, масса тела 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9°C. Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту, АД - 138/84 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза?
4. Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза?
5. Каковы принципы лечения данной пациентки?

№83. На повторном приеме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к Вам и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм.рт.ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он неосведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний.

При осмотре: рост 177 см, масса тела 84 кг, окружность талии 103 см, температура тела 36,7°C. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева - на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа - по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 78 в минуту. АД - на левой руке 156/96 мм.рт.ст., на правой руке - 152/98 мм.рт.ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту. Обоснуйте свой выбор.

№84. Женщина 36 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает постоянные белесые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в

возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода - при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен.

При физикальном обследовании рост 155 см, масса тела 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД - 138/88 мм.рт.ст., ЧСС - 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования.

Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу, белок и глюкозу. Глюкоза периферической капиллярной крови при исследовании портативным глюкометром - 12,5 ммоль/л.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?
4. Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?
5. Дайте диетические рекомендации пациентке.

№85. Больная Н. 41 года обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании.

Анамнез: заболела остро, около недели назад - повысилась температура до 38°C, стала беспокоить боль в горле при глотании. Принимала жаропонижающие с положительным эффектом - температура снизилась до 37°C, однако боль в горле продолжала беспокоить.

Сопутствующие заболевания: наблюдается у ревматолога с диагнозом «первичный остеоартрит, локальная форма с поражением правого коленного сустава». Принимает диклофенак 75 мг 2 раза в день per os.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Температура тела 38°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет, при осмотре правого коленного сустава

видимых внешних изменений не выявляется, определяется умеренное ограничение объёма активных и пассивных движений в суставе. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отёчность глоточных миндалин (больше справа), множественные гнойные фолликулы, налётов нет. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Дыхание в лёгких везикулярное, проводится во все отделы, ЧД -20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=90 ударов в минуту. АД=100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

Задание/вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение.
4. Назначьте обследование, обоснуйте.

5. На фоне проводимой терапии улучшения не наблюдалось, пациентка пришла на повторный амбулаторный прием к терапевту. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,93, ретикулоциты - 0,8%, тромбоциты - 190×10^9 /л, лейкоциты - $1,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 10%, эозинофилы - 0%, базофилы - 0%, моноциты - 3%, лимфоциты - 86%, СОЭ - 23 мм/ч. Поставьте диагноз. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

№86. Женщина 24 лет жалуется на боли в поясничной области и повышение температуры тела в течение последних двух дней. В течение последней недели отмечались боли при мочеиспускании, а выраженная боль и лихорадка появились вчера. Сегодня присоединилась тошнота, но рвоты не было. Боль преимущественно локализуется в правой части поясницы, она постоянная, тупая, без иррадиации. Вчера вечером пациентка приняла 400 мг ибупрофена, чтобы заснуть, но боль сохраняется, и утром она решила обратиться к врачу. Пациентка замужем, менструации регулярные, последние - 1 неделю назад. В качестве контрацепции использует внутриматочную спираль. Выделения из половых путей отрицает. Мочеиспускание 5 -7 раз в сутки, моча выделяется в обычном количестве, в последние два дня мутная, пенная.

Объективно: температура тела 38,3°C, ЧСС - 112 в минуту, АД - 120/70 мм рт.ст., частота дыхания 15 в минуту. При пальпации правого рёберно-позвоночного угла имеется выраженная болезненность, поколачивание в области почек резко болезненно справа. Отёков нет.

Физикальное обследование других отклонений от нормы не выявляет.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?
3. Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза болей в поясничной области у молодой женщины?
4. Сформулируйте план лечения.
5. Сформулируйте прогноз.

№87. Женщина 59 лет обратилась на приём с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах (больше справа), которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП.

Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Ранее за медицинской помощью пациентка не обращалась, по совету знакомых использовала эластичный наколенник при ходьбе, обезболивающие препараты - 1-2 раза в неделю. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приема обезболивающих средств. В настоящее время, находясь на пенсии, продолжает работать продавцом в магазине. Пять лет назад была диагностирована язвенная болезнь ДПК. Больная получила соответствующее лечение и в настоящее время жалобы характерные для этой патологии отсутствуют.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 35 кг/м². Окружность талии - 104 см, окружность бедер - 110 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 70 уд. в мин., АД - 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп -вальгусная деформация 1 плюснефаланговых

суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в I плюснефаланговых суставах с обеих сторон.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования Вы бы назначили данному пациенту?
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов и профилактических мероприятий.
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 5 лет. За это время отмечает прогрессирование суставного синдрома, ежедневную потребность в приёме НПВ, недостаточный эффект от приёма обезболивающих. На рентгенограмме коленных суставов - значительное сужение суставной щели, справа - до контакта костных поверхностей, крупные остеофиты. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№88. Женщина 75 лет обратилась на приём с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд.

Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин - с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост 160 см., вес 52 кг, ИМТ 20,3 кг/м². При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 64 в минуту, АД 125/80 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9(0)х8х7 см. Селезёнка не увеличена.

Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $7,8 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, эозинофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 18%, моноциты - 8%, тромбоциты - $267 \times 10^9/л$, СОЭ - 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН - 6,8, удельный вес - 1018, белок и сахар - отрицат, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, щелочная фосфатаза - 140 МЕ/л, АСТ - 16 МЕ/л, АЛТ - 22 МЕ/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л, креатинин - 75 мкмоль/л.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника - передняя клиновидная деформация L3 и L4.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор.

№89. Женщина 42 лет, менеджер, обратилась на приём с жалобами на боль и припухание в области II-IV проксимальных межфаланговых суставов, II-III пястно-фаланговых суставов, лучезапястных, коленных суставах; утреннюю скованность в указанных суставах до середины дня; снижение веса на 4 кг за последние 2 месяца, слабость. При дополнительном расспросе отмечает, что стала хуже переносить физическую нагрузку: при подъёме на 3-4 этаж появляется одышка, сердцебиение. Указывает, что из-за болей и скованности в суставах стала хуже справляться с профессиональными обязанностями.

Больной себя считает в течение полугода, когда впервые появились и постепенно прогрессировали указанные симптомы. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин, без существенного эффекта. Ухудшение состояния отмечает в последние два месяца, когда значительно усилились боли в суставах, появилась скованность, похудание, затем - слабость и сердцебиение. По совету соседки принимала аспирин, диклофенак (в последние 1,5 месяца - ежедневно), с незначительным положительным эффектом.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, температура -36,4°C. Кожные покровы бледные, сухие. Рост - 168 см., вес - 54 кг, ИМТ - 19,1 кг/м. При осмотре костно-мышечной системы II-IV проксимальные межфаланговые, II-III пястно-фаланговые суставы,

лучезапястные, коленные суставы отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Определяется баллотирование надколенников, западение межкостных промежутков на обеих кистях. Число болезненных суставов (ЧБС) - 12, число припухших суставов (ЧПС) - 10. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 104 в минуту. АД - 120/80 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот обычных размеров и формы, участвует в дыхании, безболезненный при пальпации. Печень - 9(0)х8х7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, дизурии нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 95 г/л, МСН - 24 пг, MCV - 75 фл, лейкоциты - $7,9 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, эозинофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты - 18%, моноциты - 11%, тромбоциты - $392 \times 10^9/л$, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок и сахар - отсутствуют, эпителий плоский - 4-6 в поле зрения, лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эритроциты, бактерии - отсутствуют.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,8 ммоль/л, креатинин - 85 мкмоль /л, СКФ - 68 мл/мин, билирубин - 14,5 мкмоль/л, АСТ - 24 МЕ/л, АЛТ - 30 МЕ/л, мочевая кислота - 224 мкмоль/л, СРП - 30,5 мг/л. РФ - 120 МЕ/л, антинуклеарный фактор — отрицательный. Общая самооценка здоровья пациентом - 56 мм по шкале ВАШ.

Рентгенография кистей и стоп: околосуставной остеопороз, преимущественно в II-IV проксимальных межфаланговых, II-III пястно-фаланговых суставах.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Какие препараты симптоматического действия Вы бы назначили пациентке в течение 5-7 дней до получения результатов дообследования (с указанием дозы и кратности приёма)? Обоснуйте свой выбор.

5. Пациентка дообследована: железо сыворотки - 6 мкмоль/л, ОЖСС - 58 мкмоль/л, ферритин - 115 нг/мл, витамин В12 - 450 нг/мл, фолиевая кислота - 45 нг/мл, проба Зимницкого - без патологии, суточная протеинурия - отрицательная, на ФГДС - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I степени, хронический гастрит; на флюорографии лёгких без патологии; осмотр гинеколога - без патологии. Определите дальнейшую тактику ведения данной пациентки. Обоснуйте свой выбор.

№90. Больная 72 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на бессонницу, снижение памяти, повышение АД до 160-170/65-70 мм рт.ст.

Из анамнеза известно о повышении АД до макс. 180/80 мм рт.ст. в течение 20 лет, когда впервые был установлен диагноз ГБ. Назначенную врачом-терапевтом терапию проводила нерегулярно. Ситуационно при повышении АД свыше 180 мм.рт.ст. принимает каптоприл. Менопауза более 20 лет. Гиподинамия после прекращения работы 6 лет назад. Вредных привычек нет. Из семейного анамнеза установлено, что наследственность по ССЗ неотягощена.

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 46 кг, ИМТ 17,7 кг/м²; ОТ 98 см. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, тургор снижен. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. АД - 162/62 ммрт.ст. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
4. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (препараты из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранные в прошлом вопросе) + розувастатин 10 мг/сутки + соблюдение диеты - АД находится в пределах 140-150/65 мм рт.ст., ОХС 5,6; ХС ЛПВП 1,14; ТГ 1,9ммоль/л, ЛПНП 3,6 ммоль/л, СКФ 63 мл/мин, сахар натощак 5,2 ммоль/л. АЛТ 50 Ед/л, АСТ 38 Ед/л, КФК 121 Ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
5. Определите план диспансерного наблюдения.

№91. Мужчина 56 лет, пенсионер, обратился на приём к участковому терапевту с жалобами на незначительную одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отеки в области стоп.

Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда по задней стенке левого желудочка. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отёков в области стоп к вечеру.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 180

см, вес 71 кг, ИМТ 21,9 кг/м². Кожные покровы умеренной влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД -20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС - 62 в мин. АД - 132/80 ммрт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; БАК: глюкоза натощак - 4,9 ммоль/л, креатинин - 82 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 92 мл/мин, общий холестерин -4,5 ммоль/л, ТГ - 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий - 4,1 ммоль/л.; ЭКГ: ритм синусовый 65 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Нуждается ли пациент в диуретической терапии? Если да, то диуретики каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие дополнительные рекомендации, касающиеся немедикаментозных методов лечения и реабилитации, необходимо дать пациенту?

№92. Больная 64 лет жалуется на ограничение подвижности в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которое возникло около 12 лет назад и постепенно прогрессирует.

При осмотре обращают на себя внимание узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей, пальцы деформированы, подвижность в этих суставах ограничена. Со стороны внутренних органов патологии нет. Анализы крови и мочи в пределах нормы.

Задание/вопросы:

- 1) Название узловатых утолщений в области пораженных суставов?
- 2) Предполагаемый диагноз?
- 3) Характерные изменения на рентгенограмме суставов?
- 4) Тактика лечения?

№93. Больная 29 лет жалуется на постоянные боли в суставах рук и ног в покое и при дыхании, на значительное ограничение объема движений в конечностях, особенно до полудня. Больна 11 лет. С тех пор

постепенно нарастают боли в суставах, ограничение движения в них. Неоднократно лечилась в стационарах и санаториях. Настоящее ухудшение за неделю до поступления. Состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов: без патологии. Выраженная деформация и дефигурация суставов. Анкилоз локтевых суставов. Кисти в виде "плавников моржа", атрофия межкостных мышц. Объем движений в суставах резко снижен, скованность сохраняется в течение всего дня.

Анализ крови: НЬ- 90 г/л, СОЭ - 41 мм/час. Реакция Ваалера-Роуза - 1:32.

Рентгенография - остеопороз, сужение суставных щелей, анкилоз локтевых суставов, подвывихи суставов кистей.

Задание/вопросы:

- 1) Установите форму, стадию и фазу заболевания?
- 2) Что ожидается на рентгенограмме суставов?
- 3) Что означает реакция Ваалера-Роуза?
- 4) Какое лечение показано?

№94. Больная 45 лет. Жалобы: резкая общая слабость, одышка в покое, отеки в области сердца, зябкость и онемение пальцев рук. Больна 16 лет. Заболевание началось с онемения и побледнения пальцев рук ("мертвый палец") особенно на холоде. Спустя 2 года появились боли в мышцах и постепенно стала развиваться их атрофия. В последние 2 года стала нарастать одышка, цианоз, отеки на ногах.

При поступлении: состояние тяжелое, ортопноэ, цианоз. Лицо амимично. Кожа на пальцах рук и ног атрофична, местами незначительно уплотнена. Отек ног и поясничной области. Мышцы атрофичны и плотны. Одышка, ЧД - 36 в минуту. Справа ниже IV ребра притупление, ослабленное дыхание. Сердце значительно увеличено во все стороны. При аускультации I тон ослаблен, систолический шум на верхушке, акцент и расщепление II тона на легочной артерии. Пульс - 89-92 в минуту, аритмичный. Живот увеличен за счет асцита. Печень плотная, болезненна, выступает на 4 см. Олигурия.

ЭКГ: PQ=0.23 сек, зубцы Т в грудных отведениях уплощены.

Задание/вопросы:

- 1) Как объяснить симптомы со стороны пальцев рук?
- 2) Как объяснить одышку и отеки?
- 3) Как объяснить изменения сердца?
- 4) Как объединить все симптомы?
- 5) Тактика лечения?

№95. Больная 24 лет. Жалобы: головная боль, тошнота, резчайшая слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и

конечностях и макрогематурии. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфатических узлов. Больная находилась на стационарном лечении по поводу выраженных болей в области сердца, где был распознан перикардит. Последнее ухудшение в течение двух месяцев.

Объективно: состояние средней тяжести. Питание пониженное. Кожные покровы сухие. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы размерами до 1 см в диаметре. Суставы не изменены. При пальпации мышц бедер отмечается болезненность. Дыхание везикулярное. Сердце расширено в поперечнике, тоны глухие, систолический шум на верхушке. Пульс - 108 в минуту, ритмичный. АД - 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1.5 см. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Но - 72 г/л, лейкоц. - 4.1×10^9 /л, СОЭ - 56 мм/час.

Анализ мочи: уд. вес - 1015, белок - 1.2%, эр. - 40 в п/зр, гиалиновые цилиндры.

Задание/вопросы:

- 1) Возможные причины изменений сердца?
- 2) Как объяснить изменения мочи?
- 3) Как подтвердить диагноз?
- 4) Тактика лечения?

№96. Больной 35 лет поступил с жалобами на острые боли в левом коленном суставе, голеностопных, пястно-фаланговых суставах, слабость, потливость, лихорадку (до 40°C), резь при мочеиспускании, боль и резь в глазах, гнойное отделяемое из глаз. Состояние больного средней тяжести. Бледен. Пальпируются единичные подчелюстные лимфоузлы. Припухлость, покраснение и болезненность указанных суставов. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 92 в минуту, дыхание везикулярное, ЧД - 24 в минуту.

Анализ крови: лейкоц. - 11×10^9 /л, СОЭ - 47 мм/час. Кровь стерильна. Анализ мочи: лейкоц. - 25-30 в п/зр.

Посев отделяемого уретры: грамположительные палочки и диплококки. Реакция Борде-Жангу отрицательная.

Задание/вопросы:

- 1) Выделите три патологических синдрома.
- 2) Ваш диагноз?
- 3) Какое дополнительное исследование мочи показано?
- 4) О чем говорит отрицательная реакция Борде - Жангу?
- 5) Лечебная тактика?

№97. Больной 61 год. Жалобы на резкие боли в правой стопе, остро возникшие ночью. В прошлом перенес два приступа почечной колики. Злоупотреблял алкоголем. В течение 5 лет - боли в эпигастральной

области. 3 года - одышка при физической нагрузке.

Объективно: масса тела - 98 кг, рост - 170 см. В области первого плюсно-фалангового сустава - краснота, припухлость, резкие боли при движении. Тофус на мочке правого уха. АД - 190/105 мм рт. ст.

На ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. При гастроскопии - язва желудка на малой кривизне.

Натрий крови - 145 ммоль/л, калий - 4.8 ммоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л, мочевая кислота - 595 мкмоль/л.

Задание/вопросы:

- 1) Патофизиология подагрического криза?
- 2) Ваши назначения по поводу подагрического криза?
- 3) Какое лечение после купирования криза?
- 4) Ваши назначения по поводу артериальной гипертензии?
- 5) Вероятная причина почечной колики?

№98. Больная 29 лет, поступила с жалобами на боли в суставах, лихорадку с ознобами, слабость. 3 года назад после родов появилась слабость и аллергии. В течение года - усиление болей в суставах, частая лихорадка, эритематозная сыпь на коже, похудание.

Объективно: на груди, в области локтевых суставов и предплечий бледно-розовая пятнистая сыпь. Припухлость и болезненность локтевых, лучезапястных и коленных суставов с уменьшением их подвижности. Прощупываются шейные и подмышечные лимфоузлы размером до 1 см. Справа в легких шум трения плевры. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

Анализ крови: НЬ - 95 г/л, СОЭ - 54 мм/час.

Анализ мочи: отн. плотность - 1012, белок- 2.6 г/л, эритроц. - 20-30 в п/зр. цилиндры гиалиновые и зернистые.

Сделано предположение о системной красной волчанке (СКВ).

Задание/вопросы:

- 1) Перечислите синдромы заболевания.
- 2) Какие исследования нужны для подтверждения диагноза?
- 3) Оцените анализ мочи. Имеются ли показания к терапийкортикостероидами?
- 4) Какая схема лечения?
- 5) Есть ли показания для назначения иммунодепрессантов?

№99. Больная 55 лет, страдает ожирением и гипертонической болезнью. За последние годы особенно резко стала прибавлять в весе, появилась сонливость, зябкость, запоры. В настоящее время, кроме этого, беспокоит одышка, отеки, головные боли.

При осмотре: сухость и бледность кожных покровов. Отеки на ногах плотные. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Пульс - 50 в

минуту. АД

-90/40 мм рт. ст. Щитовидная железа не увеличена, пальпируется.

Задание/вопросы:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие изменения T_3 , T_4 и ТТГ в крови ожидаются?
- 3) Какие еще дополнительные методы обследования необходимы?
- 4) Назначьте лечение.

№100. Больная П. 30 лет. Внезапно потеряла сознание на рабочем месте. Врач скорой помощи выяснил, что больная страдает сахарным диабетом, вводит себе инсулин. Он расценил состояние больной как кетоацидотическую кому, был введен инсулин короткого действия 40 ЕД под кожу, после этого больная была доставлена в клинику в глубокой коме.

Объективно: без сознания. Кожа нормальной влажности. АД - 125/80 ммрт. ст. Пульс - 96 в минуту, удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Гликемия - 1.1 ммоль/л, в моче сахар - 2%.

Задание/вопросы:

- 1) О какой коме идет речь?
- 2) Какова должна была быть тактика врача скорой помощи?
- 3) Почему при уровне глюкозы в крови 1.1 ммоль/л в моче определяется сахар?
- 4) Назначьте лечение.

№101. Больная З., 67 лет. Жалуется на сердцебиение, перебои, иногда боль в области сердца, одышку, отеки на ногах. В течение 2 лет наблюдалась и лечилась в поликлинике по поводу ИБС. За последнее время резко похудела.

Объективно: общее состояние тяжелое, больная пониженного питания, суетлива, кожа влажная. Крупный тремор рук. Щитовидная железы II степени увеличения, пальпируется при глотании, плотная. Глазных симптомов нет. Тоны сердца громкие. Мерцательная аритмия. Пульс - 120 в минуту. АД - 160/60 мм рт. ст. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 3см, пастозность голеней.

Задание/вопросы:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие показатели T_3 , T_4 , ТТГ ожидаются?
- 3) Какие еще дополнительные методы обследования необходимы?
- 4) Назначьте лечение.

№102. Больная С., 35 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, зябкость, головные боли, выпадение волос, сухость кожных покровов. Считает себя больной в течение года. Было сильное

маточное кровотечение, после родов менструации не возобновились, ребенка не кормила из-за отсутствия молока.

Объективно: равномерное ожирение, кожа сухая, бледная, щитовидная железа не пальпируется. Пульс - 55 в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены.

Задание/вопросы:

- 1) Как оценить большинство симптомов?
- 2) Какой диагноз можно поставить, учитывая анамнез после родов?
- 3) Вероятная причина?
- 4) Какие еще дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Назначьте лечение.

№103. Больная 30 лет, заметила в области шеи образование округлой формы. За 3 месяца оно несколько увеличилось. Других жалоб нет предъявляет. При исследовании со стороны внутренних органов изменений не выявлено.

Объективно: удовлетворительного питания, тремора рук нет. В области щитовидной железы (в левой доле) пальпируется узел 2х2 см, плотный, подвижный, безболезненный. Лимфоузлы не увеличены. Антитела к тиреоглобулину в крови не определяются. Содержание в крови Т₃, Т₄, ТТГ в пределах нормы.

Задание/вопросы:

- 1) Каков предварительный диагноз?
- 2) Оцените функциональное состояние щитовидной железы по данным клиники.
- 3) Определите объем дополнительных исследований, необходимых для установления окончательного диагноза. Оцените их диагностическую ценность.
- 4) Возможные данные патогистологии?

№104. Больная 40 лет, поступила с жалобами похудения за год около 10 кг, субфебрилитет, сердцебиения.

При осмотре: температура - 37.1°C, пониженного питания. Симптомы Штельвага, Грефе, Мебиуса - положительные. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия, систолический шум на верхушке. Пульс - 120 в минуту. АД - 160/95 мм рт. ст.

Задание/вопросы:

- 1) Предположительный диагноз и его обоснование?
- 2) Чем обусловлены тахикардия и подъем АД?
- 3) Методы исследований необходимые для подтверждения диагноза?
- 4) Какое лечение показано?
- 5) Чего не хватает в описании объективных данных?

№105. Больная 47 лет, в течение 5 лет страдает тиреотоксическим диффузным зобом III степени. Основной обмен +50%. Раздражительна, плаксива. Отмечает потерю веса на 7 кг за последние 8-9 месяцев. В последний год отмечает появление приступов сердцебиения, удушья (особенно по ночам). Пульс - 120 в минуту.

Задание/вопросы:

- 1) Определите степень тяжести заболевания.
- 2) Какая терапия показана?
- 3) Что включает в себя подготовка больной к операции?
- 4) Что является критерием готовности больной к операции?
- 5) Какую из операций Вы предполагаете выполнить данной больной?

№106. Больная, оперированная по поводу диффузного тиреотоксического зоба, через 3-4 часа после операции стала жаловаться на чувство "ползания мурашек" по телу, на неприятные ощущения в области скул, на невозможность выпрямить пальцы рук из-за болей и возникающих при попытке сделать судорог.

Задание/вопросы:

- 1) Чем можно объяснить указанное состояние больной?
- 2) Какими исследованиями можно подтвердить Ваше предположение?
- 3) Чем можно помочь больной?

№107. Больной накануне была выполнена субтотальная субфасциальная резекция левой доли щитовидной железы по поводу левостороннего узлового эутиреоидного зоба III степени. Жалобы на слабость, недомогание, боли в области левой половине шеи и затрудненное глотание. При осмотре: отековой половины шеи от левой ключицы вверх до нижней челюсти, с переходом на переднюю поверхность шеи. Отмечается напряжение тканей в этой области. При пальпации в области послеоперационной раны в зоне стояния выпускника стала выделяться темного цвета кровь. Пульс - 94 в минуту. АД - 100/65 мм рт. ст.

Задание/вопросы:

- 1) Какое осложнение раннего послеоперационного периода возникло?
- 2) Что следует предпринять?
- 3) Укажите возможные последствия этого осложнения раннего послеоперационного периода.

№108. Год назад у больной 42 лет была выявлена тиреотоксическая аденома правой доли щитовидной железы. Диагноз Подтвержден

инструментальными методами исследования. В поликлинике пациентке был назначен прием йодсодержащих препаратов, однако, состояние больной не улучшилось.

Задание/вопросы:

- 1) Какими инструментальными и лабораторными методами был подтвержден диагноз тиреотоксической аденомы правой доли щитовидной железы?
- 2) Как бы Вы поступили на месте врача поликлиники при первичном обращении больной?
- 3) Ваша дальнейшая тактика?

№109. У больной при обследовании выявлена висцеропатическая стадия диффузного тиреотоксического зоба III степени. Консервативная терапия, проводимая амбулаторно, не дала положительного результата, и больной была предложена операция.

Задание/вопросы:

- 1) Какие клинические проявления заболевания позволили диагностировать висцеропатическую стадию тиреотоксикоза?
- 2) Что должна включать в себя подготовка больной к операции?
- 3) Какую операцию Вы предполагаете выполнить у данной больной?

№110. Больной Г., 46 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. Ухудшение началось 2 недели назад.

Из анамнеза: 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит В.

Объективно: температура 37,3°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/80 мм. рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, неровная. Селезенка не пальпируется.

На УЗИ органов брюшной полости выявлено: гепатомегалия, эхоструктура паренхимы печени неравномерная, «тяжистая» за счет участков фиброза, общая эхогенность повышена, звукопоглощение не изменено.



Задание/вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз?
- 2) Назовите необходимые дополнительные исследования для верификации диагноза?
- 3) Дайте интерпретацию ЭХО КГ.
- 4) Какова тактика в отношении пациента?

№111. Больной Б., 58 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения.

Из анамнеза выявлено употребление спиртных напитков в большом количестве в течение многих лет.

Объективно: температура 36,9°C. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Язык гладкий, влажный, не обложен. На коже груди есть стойкие локальные расширения мелких сосудов кожи, состоящее из центральной части и лучеобразных разветвлений сосудов. Грудные железы увеличены.

Дыхание ослаблено в нижнебоковых отделах легких, ЧДД 23 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм. рт. ст.

Живот увеличен в размерах, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, умеренно болезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.



Задание/вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз?
- 2) Проведите дифференциальный диагноз?
- 3) Дайте интерпретацию изменений, представленных на фотографии.
- 4) Составьте план обследования и лечения?

№112. Больной А., 34 лет, обратился к врачу с жалобами на тянущие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи

(особенно жирной и острой), физической нагрузки; жидкий стул до 3х раз в день, без патологических примесей, снижение аппетита, потерю массы тела на 15 кг в течение 3х месяцев. Из анамнеза: употребление спиртных напитков в течение 2х лет. Объективно: телосложение астеническое, рост 173 см, вес 52 кг. Слизистая оболочка полости рта и губ ярко красного цвета. Кожные покровы желтушно-бледные, сухие, атрофия мышц верхнего плечевого пояса. Живот несколько увеличен в размере, при пальпации болезненность в правом подреберье. Признаков раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, плотная, край острый. Селезенка не пальпируется.



Задание/вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный диагноз.
- 3) Дайте интерпретацию изменений, представленных на фотографии.
- 4) Составьте план обследования.
- 5) Назначьте терапию

№113. Больной Г., 59 лет, госпитализирован с жалобами на увеличение и чувство распирания в животе, затрудненное дыхание, снижение массы тела более чем на 10 кг за 1 месяц, частые носовые кровотечения. Из анамнеза: систематическое употребление алкоголя отрицает, работает в сельском хозяйстве. Объективно: сознание ясное, имеются ангиомы у края носа, атрофия мышц верхнего плечевого пояса, расширение вен передней брюшной стенки, наличие пупочной грыжи. Живот увеличен в размере за счет асцитической жидкости, отмечается положительный симптом флюктуации. Дыхание поверхностное, ЧДД 25 в мин, тоны сердца ритмичные, приглушены ЧСС-94 уд/м, АД 110/70 мм.рт.ст. Больному было выполнено ЭФГДС, выявившее варикозное расширение вен пищевода 3 степени.



1) *Задание/вопросы:*

- Сформулируйте клинический диагноз?
- 2) Какие дополнительные исследования необходимы?
- 3) Дайте интерпретацию изменений, представленных на фотографии.
- 4) Перечислите возможные осложнения и методы их лечения?

№114. Больной К., 29 лет, обратился к врачу с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, общую слабость, снижение аппетита, похудание, подъем температуры до 37°. При осмотре – увеличение околоушных слюнных желез, отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, атрофия яичек. На коже груди определяются «сосудистые звездочки». Губы ярко красного цвета, изменение пальцев рук по типу «барабанных палочек». Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень + 2 см, болезненная, поверхность неровная.



Задание/вопросы:

- 1) Сформулируйте клинический диагноз?
- 2) Какие дополнительные исследования необходимы?
- 3) Дайте интерпретацию изменений, представленных на фотографии.

4) Перечислите возможные осложнения и методы их лечения?

№115. Больная Н., 46 лет, обратилась к терапевту с жалобами на кожный зуд, локализованный на ладонях и подошвах, усиливающийся в ночное время, по поводу которого неоднократно лечилась у дерматолога без положительного эффекта. В течение последнего месяца присоединилась ночная диарея, объемный пенистый стул, потерю массы тела при повышенном аппетите. Объективно: кожные покровы гиперпигментированы, напоминают выдубленную кожу, склеры чистые. Рост 166 см, вес 48 кг. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотная, безболезненная. Легкие и сердце без изменений.



Задание/вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз?
- 2) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
- 3) Дайте интерпретацию изменений, представленных на фотографии.
- 4) Какое исследование необходимо для верификации диагноза?
- 5) Каковы лечебные мероприятия и прогноз заболевания?

№116. Пациент, 58 лет, обратился к терапевту с жалобами на головокружения, головные боли, повышение артериального давления до 160/100 мм.рт.ст., кожный зуд, нарушение памяти, внимания.

Из анамнеза: со слов пациента отмечает появление и нарастание вышеуказанных жалоб в течение года, однако за специализированной помощью не обращался.

Объективное обследование: состояние пациента средней степени тяжести, кожные покровы, зев гиперемированы. Слеры инъецированы. Плеторический синдром. Лимфатические узлы, доступные пальпации, мелкие безболезненные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 78 уд. в минуту. АД 140/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный. Печень + 2 см, поверхность гладкая, безболезненная при пальпации. Селезенка + 2 см., плотноэластической консистенции,

безболезненная. Дистальные отделы нижних конечностей гиперемированы. Стул, диурез без особенностей. Пастозность стоп, голеней.

Лабораторные показатели:

Общий анализ крови:

Нвг/л	Эр *10 ¹² / л	Лц *10 ⁹ / л	Нт%	Б%	Э%	Мц %	Ю%	П/я %	С/я %	Лф %	Мн %	Тр*10 ⁹ / л	Рет ик %	СОЭ мм/ч
211	7,3	16,5	58	-	-	-	-	12	78	9	1	830	1	1

Задание/вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Обоснование диагноза.
- 3) Какие исследования необходимо провести?
- 4) Тактика лечения?

№117. Пациент, 68 лет, обратился к терапевту с жалобами на головокружения, головные боли, повышение артериального давления до 160/100 мм.рт.ст., кожный зуд, нарушение памяти, внимания.

Из анамнеза: со слов пациента отмечает появление и нарастание вышеуказанных жалоб в течение полугода, однако за специализированной помощью не обращался.

Объективное обследование: состояние пациента средней степени тяжести, кожные покровы, зев гиперемированы. Слеры инъецированы. Плеторический синдром. Лимфатические узлы, доступные пальпации, мелкие безболезненные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 78 уд. в минуту. АД 140/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный. Печень + 2 см, поверхность гладкая, безболезненная при пальпации. Селезенка + 2 см., плотноэластической консистенции, безболезненная. Дистальные отделы нижних конечностей гиперемированы. Стул, диурез без особенностей. Пастозность стоп, голеней.

Лабораторные показатели:

Общий анализ крови:

Нв г/л	Эр *10 ¹² / л	Лц *10 ⁹ / л	Нт %	Б %	Э %	Мц %	Ю %	П/я %	С/я %	Лф %	Мн %	Тр *10 ⁹ / л	Рет ик %	СОЭ мм/ч
211	7,3	16,5	58	-	-	-	-	12	78	9	1	830	1	1

Задание/вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Обоснование диагноза.

- 3) Какие исследования необходимо провести?
- 4) Тактика лечения?

№118. Пациентка, 48 лет, обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, увеличение всех групп лимфатических узлов, тяжесть в левом подреберье, потливость.

Из анамнеза: со слов пациентки отмечает появление и нарастание вышеуказанных жалоб в течение 3 месяцев, однако за специализированной помощью не обращалась.

Объективное обследование: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледной окраски. Все группы лимфатических узлов увеличены до 3,0 см. в диаметре, пальпаторно безболезненные, плотные, малоподвижные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 81 уд. в минуту. АД 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный. Печень + 2 см, поверхность гладкая, безболезненная при пальпации. Селезенка + 3 см., плотноэластической консистенции, безболезненная. Стул, диурез без особенностей. Периферических отеков нет.

Лабораторные показатели:

Общий анализ крови:

Нв г/л	Эр *10 12/л	Лц *10 9/л	Нт %	Б %	Э %	Мц %	Ю %	П/я %	С/я %	Лф %	Мн %	Тр *10 9/л	Рет ик ‰	СОЭ мм/ч
100	3,1	11	38	-	-	-	-	1	9	86	4	187	1	9

Задание/вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Обоснование диагноза.
- 3) Какие исследования необходимо провести?
- 4) Тактика лечения?

№ 119. Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография -выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС - 140 уд. в мин., пульс - 110 уд. в мин. АД - 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены.

Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин - 4,8 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП - 3,2 ммоль/л.

Задание/вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациентки.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№120. Мужчина 68 лет 18.04.2016 обратился к врачу с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография - выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, (ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%), в связи с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием.

Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 70 уд. в мин., АД - 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин - 5,4 ммоль/л, ТГ - 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП - 3,6 ммоль/л.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов и сроки их применения, которые должны быть рекомендованы на постоянный прием пациенту.

Обоснуйте их применение

5. Через 2 месяца у пациента появились жалобы на сердцебиение, к врачам не обращался. В течение 5 дней данные жалобы сохранялись, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№121. Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у невролога с диагнозом межреберная невралгия». Принимал анальгин, диклофенак, физиотерапевтические процедуры - без эффекта.

Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт.ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает.

Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет.

Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 98 кг. ИМТ - 33,91 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью лёгких ясный лёгочный звук. ЧДД - 17 в мин. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 170/100 мм рт.ст. ЧСС - 88 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин - 5,6 ммоль/л, ТГ - 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин - 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС - 88 уд/мин. Гипертрофиямиокарда левого желудочка.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

№122. Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост - 162 см, вес - 95 кг. ИМТ - 36,2 кг/м. Гипертеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД -130/80 мм рт.ст. ЧСС - 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин - 6,2 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС - 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

№123. 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/м², окружность талии 98 см.

Задание/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?

4. По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?

5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

№124. Мужчина 55 лет обратился по поводу хронического кашля. Также он отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента, в последнее время отмечается усиление кашля. (Во время беседы Вы отмечаете запах табачного дыма от пациента). При опросе он признает, что курит ежедневно 1 пачку сигарет в течение 35 лет и пробовал самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно. При обследовании ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 125/82 мм рт.ст., частота дыхания 16 в минуту. Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жёстким оттенком, по всем лёгочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ 0,89, ОФВ₁ 81% от нормы.

Задание/вопросы:

1. Какие основные рекомендации следует дать пациенту?
2. Опишите роль медицинских работников в стимулировании отказа от курения.
3. Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения возможно использовать?
4. Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту?
5. Возможно ли диагностировать хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) у данного пациента?

№125. Женщина в возрасте 51 года проходит диспансеризацию. Со слов женщины, она совершенно здорова, обычно хорошо себя чувствует и не имеет никаких жалоб. В анамнезе в возрасте 38 лет выполнено удаление матки по поводу фибромиомы, придатки не удалялись.

После 40 лет она проходила маммографию с интервалом 2 года, все результаты без отклонений от нормы. Наличие хронических заболеваний отрицает, гемотрансфузий не выполнялось. Она ежедневно самостоятельно принимает поливитамины, постоянный приём других препаратов отрицает. Семейный анамнез отягощён по раку молочной железы, который был диагностирован у бабушки по материнской линии в возрасте 72 лет. Пациентка замужем, работает учителем средней школы, курение и употребление алкоголя отрицает. В диете избегает молочных продуктов, так как считает, что имеет «непереносимость лактозы». Физическими упражнениями специально не занимается, нерегулярно осуществляет прогулки «для поддержания здоровья». При физикальном обследовании ЧСС - 72 ударов в минуту, АД - 118/78 мм.рт.ст., частота дыхания 16 в минуту, отклонений от нормы по органам и системам не выявляется.

Задание/вопросы:

1. Какой скрининг злокачественных новообразований шейки матки показан данной пациентке?
2. Какие дополнительные (к выполненному ранее опросу на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития и измерению АД) исследования показаны на первом этапе диспансеризации?
3. С каким интервалом рекомендуется проводить маммографию для скрининга рака молочной железы у данной пациентки?
4. Что следует порекомендовать пациентке для снижения риска развития остеопороза?
5. Каким образом результаты диспансеризации отражаются в медицинской документации?

126. При осмотре на дому мужчина 56 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли за грудиной, сохраняющиеся в течение 90 минут. В

предыдущие 2 недели он несколько раз испытывал сходные по характеру боли в грудной клетке, преимущественно во время физической нагрузки, но они купировались самостоятельно в покое в течение нескольких минут. Сегодня болевой синдром возник на улице, в то время как он выгуливал свою собаку, боль несколько уменьшилась в покое, но, в отличие от предшествующих эпизодов, полностью не прекратилась. Пациент описывает боль как «сжимающую» и жгучую («как будто кипятка плеснули в грудь»), при этом есть чувство нехватки воздуха и потливость. В настоящее время иррадиации не отмечает, но при ранее возникавших эпизодах боли в груди имела иррадиация в левую руку. Пациент отрицает наличие хронических заболеваний, но его жена говорит о том, что он не обращался к врачу в течение многих лет. Жена настояла на вызове врача, так как его младший брат перенес инфаркт миокарда 6 месяцев назад. Пациент работает начальником отдела в коммерческом банке, курит 1,5 пачки сигарет в день в течение 30 лет и эпизодически употребляет алкогольные напитки в компании друзей или коллег. При физикальном обследовании рост 182 см, масса тела 112 кг, температура тела 37,1°C. Кожные покровы бледные, лицо покрыто мелкими капельками пота. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, шумов нет. ЧСС - 60 в минуту, АД - 190/95 мм.рт.ст., частота дыхания 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Голени пастозны, пульсация на артериях стоп удовлетворительная.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план начального обследования пациента.
4. Какую терапию на догоспитальном этапе следует провести пациенту?
5. Показана ли фибринолитическая (тромболитическая) терапия на догоспитальном этапе? Обоснуйте ответ.

№127. На повторном приеме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к Вам и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм.рт.ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он неосведомлен о наличии

у них каких-либо хронических заболеваний.

При осмотре: рост 177 см, масса тела 84 кг, окружность талии 103 см, температура тела 36,7°C. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева - на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа - по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 78 в минуту. АД - на левой руке 156/96 мм.рт.ст., на правой руке - 152/98 мм.рт.ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту. Обоснуйте свой выбор.

№128. Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°C, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м. Температура тела - 38,9°C. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка - систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2-го тона на а. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - $15,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42

мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м², СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. аигеш*, чувствительный к оксациллину, цефтриаксону.

Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11x0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III-IV степени.

Задание/вопросы:

1. Предложите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения больного, немедикаментозная и медикаментозная терапия. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№129. Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°C. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС - 110 ударов в

минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9x8x7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9$ /л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.

- Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура $37,9^{\circ}\text{C}$), ЧДД - 22 в мин., имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - 11×10^9 /л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№130. Больной С., 21 год. Жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, сильную потливость, сердцебиение перебои в работе сердца, постоянные ноющие боли в области сердца без иррадации, не связанные с физической нагрузкой, лихорадку субфебрильного характера, познабливание, снижение аппетита.

Отмечает плохое самочувствие в течение 2 месяцев. Последние 2-3 недели состояние усугубилось появлением одышки при незначительной физической нагрузке. За последний месяц больной потерял в весе 7 кг.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение тела активное, сознание ясное, кожные покровы бледные, имеют светло-кофейный оттенок, акроцианоз, кожа влажная.

На внутренних сторонах предплечий, бедер, голеней симметричные петехиальные высыпания. На ладонях узелки Ослера. Ногти в форме часовых стекол.

Над легкими перкуторно легочный звук, границы в пределах нормы, дыхание везикулярное. Отмечается пульсация сонных и подключичных артерий, прекардиальная область не изменена. Верхушечный толчок в пятом межреберье на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии, ограниченный. Границы относительной сердечной тупости: левая – на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя – край 3 ребра, правая – правый край грудины. I тон на

верхушке сердца, второй тон на аорте ослаблены. На уровне 3-4 ребра у левого края грудины и во второе межреберье справа выслушивается убывающий протодиастолический шум. Сердечный ритм неправильный, единичные экстрасистолы, ЧСС – 140/мин., пульс – 120/мин., АД – 160/50 мм рт.ст.

Живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ровный, гладкий, закругленный, умеренно болезненный, размеры по Курлову – 14-11-9 см. Селезенка выступает по Курлову – 8x10 см. Голени отечны.

Задание/вопросы:

1. Укажите ваш предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования с указанием основных параклинических исследований.
3. Составьте план лечения с указанием диеты, режима основных групп лекарственных препаратов

№131. Больной С., 56 лет. Жалобы на внезапные приступы потери сознания, которые начинаются с головокружения, «темных» кругов перед глазами. Со слов жены: потеря сознания длится около 20-30 секунд, сопровождается судорожными подергиваниями конечностей, иногда непроизвольным мочеиспусканием. Приступ внезапно прекращается, и больной не помнит, что с ним было.

9 месяцев назад перенес острый крупноочаговый инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка. Приступы потери сознания появились 2 дня назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости умеренно расширены влево. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс – 42 в мин. АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки не определяются. На ЭКГ, снятой в приемном отделении - синусовая брадикардия, ЧСС – 40 в мин. Рубцовые изменения на задней стенке левого желудочка.

Задание/вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (группы препаратов без указания конкретного лекарственного средства), физиолечение и др. методы лечения.

№132. Пациент Д. 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на жажду, сухость во рту, учащённое мочеиспускание, ночью до 3 раз, частые боли в затылке, утомляемость при физической нагрузке. Данные жалобы беспокоят в течение года. Из анамнеза выяснено, что много лет

избыточный вес, ведёт малоподвижный образ жизни, работает бухгалтером. Головные боли возникают после стрессов на работе. Сухость во рту возникает после съеденной сладкой пищи, которой пациент злоупотребляет. Ранее больной к врачам не обращался. У матери гипертоническая болезнь. Не курит. Аллергический анамнез не отягощён.

При осмотре повышенного питания. ИМТ 31 кг/м², объем талии (ОТ) 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких - перкуторно звук лёгочный, аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС - 64 уд. в мин., АД - 180/100 мм рт.ст. Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову 11*10*6 см, выступает на 2 см из-под рёберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

В общем анализе крови: эритроциты - $4.4 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин - 142 г/л, ЦП - 0.85, лейкоциты $5.6 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 9 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес - 1018, белка нет, глюкозурия ++, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

В биохимическом анализе крови: общий холестерин 6.9 ммоль/л, триглицериды 3.,6 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л, глюкоза крови 9,2 ммоль/л, НвА1с 7.6%. АЛТ 65 МЕ/л, АСТ 35 МЕ/л, билирубин общий 17 мкмоль/л, прямой 5 мкмоль/л, непрямой - 12 мкмоль/л. Амилаза 60 ЕД.

Рентгенография лёгких - без патологии.

ЭКГ - синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС 64 уд/мин.

УЗИ брюшной полости - печень увеличена (12*10*7см), неравномерно уплотнена, «блестит», желчный пузырь не увеличен стенка 4 мм, взвесь, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно уплотнена, не увеличена.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии - АД колеблется в пределах 150- 160/90-95 мм рт.ст., глюкоза натощак - 5,4 ммоль/л, Нв А1с 6.5%, общий холестерин -4, 5 ммоль/л, ТГ - 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,2 ммоль/л, креатинин - 88 мкмоль/л, альбуминурия -10 мг/сутки. Какова

Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№133. Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел -40 сек. Рост - 178 см, вес - 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС -78 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову -15 x 15 x13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15x12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л; Нв- 122 г/л; цветовой показатель -0,9%; тромбоциты - 98×10^9 /л, лейкоциты - $3,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 29%, моноциты -3%, СОЭ - 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин - 130 мкмоль/л, прямой билирубин -100 мкмоль/л, АЛТ - 120 Ед/л, АСТ - 164 Ед/л. МНО - 2, альбумин - 28 г/л.

Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени - 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены - 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое - желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка

расположена обычно, структура однородная, паренхима средней экзогенности. Площадь селезёнки - 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Задание/вопросы:

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

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.

5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

№134. Больная У. 24 лет была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 86 г/л, тромбоциты - 100×10^9 /л, лейкоциты - $1,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%,

лимфоциты - 25%, моноциты - 4%, СОЭ - 22 мм/ч.

Общий анализ мочи - мутная, цвет - желтый, плотность - 1,022, реакция - кислая, белок - 0,560 г/л, глюкоза - отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин - 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок - 67 г/л, альбумины - 45%, а1 - 4%, а2 - 15%, Р - 9%, у - 27%, фибриноген - 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор - более 200 Ед/мл.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 119 г/л, тромбоциты - $210 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, глюкоза натощак - 4,9 ммоль/л, общий холестерин - 4,9 ммоль/л, креатинин - 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка - 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№135. Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до $39,2^{\circ}C$ с ознобами, кровоточивость десен, 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 $37,5^{\circ}C$. 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 реберной дуги, размеры по Курлову - 16x10x9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10x8 см.

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

Задание/вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании.

№136. 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 легких 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 - $3,6 \times 10^{12}$, Нв - 129 г/л, тромбоциты - 200×10^9 /л, лейкоциты - 39×10^9 , палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 2%, лимфоциты - 92%, моноциты - 4%, СОЭ - 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта - 1-2 в поле зрения.

Задание/вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

№137. 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: a1 - 6%, a2 - 14%, P - 12%, y - 17%, СРБ - 17,2 мг, фибриноген - 5,8 г/л, мочевиная 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 счет эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин - 134 г/л, СОЭ - 38 мм/час, СРБ - 10,2 мг/л, РФ - 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо - 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№138. Пациент Е. 23 лет, автомеханик. Заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом 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 отёков 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 x 9x8 см. Диурез - 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин - 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 мкмоль/л, креатинин - 110 мкмоль/л, СКФ - 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О - 1:1000.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоев паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система бездеформаций и эктазий.

Задание/вопросы:

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

3. Назовите план обследования пациента.
4. Назначьте необходимую терапию.
5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

№139. Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год.

Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отёков и синовитов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин - 110 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 5×10^9 /л, СОЭ - 36 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 55%, лимфоциты - 34%, моноциты - 4%, эозинофилы - 2%, базофилы - 0%. СРБ - 15 мг/дл.

Задание/вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

№140. Пациент 3. 43 лет предъявляет жалобы на утомляемость, слабость, головные боли, одышку при ходьбе, боли в области коленных суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объёма движений.

Анамнез болезни: болеет около 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимал настои трав, периодически (1-2 раза в год)

- массаж суставов и туловища. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год - ухудшение самочувствия:

усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости.

Анамнез жизни. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась значительная прибавка веса, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работал бухгалтером, последние 6 лет - заместителем главного бухгалтера предприятия. Наследственный анамнез:

мать страдает сахарным диабетом, отец умер в 52-летнем возрасте от инфаркта миокарда, имел какое-то заболевание суставов. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост - 180 см, вес - 107 кг, окружность талии - 115 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отёков нет. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Дыхательная система: частота дыханий - 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание умеренно ослаблено над всей поверхностью легких. Перкуторно - лёгочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС - 84 удара в минуту, ритм правильный. АД - 165/95 мм рт. ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову - 9x8x7 см. Размеры селезенки - 8x5 см.

Лабораторные и инструментальные данные.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 147 г/л, лейкоциты - $8,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты - 25%, моноциты - 4%.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок - 0,033 г/л, эпителий - единичный в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины - 55%, глобулины 45%, билирубин общий - 18 мкмоль/л, прямой - 13 мкмоль/л, непрямой - 5 мкмоль/л, глюкоза - 6,4 ммоль/л, общий холестерин - 7,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности - 0,78 ммоль/л, триглицериды - 2,6 ммоль/л, содержание фибриногена 5,3 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 80 в мин. Горизонтальное пол. эл.

оси.

Гипертрофия левого желудочка.

Задание/вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

№141. Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД -150/95 мм рт. ст., ЧСС - 92 удара в минуту, ЧДД - 22 в мин.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ - 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови - 35,6 г/л, альбумины -33%, холестерин крови - 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные - 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры - 9-10 в поле зрения.

Задание/вопросы:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

№142. Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащенное 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. Отеков 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.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.
5. Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии.

№143. Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отёки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм. рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза.

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м, кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной

тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отёков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, эозинофилы - 3%, моноциты - 5%, лимфоциты - 23%, СОЭ - 12 мм/ч.

Биохимические исследования крови: общий холестерин - 7 ммоль/л, креатинин крови - 170 мкмоль/л, мочевины крови - 11 ммоль/л.

В анализах мочи: удельный вес - 1009, белок - 1,1%, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные - 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 55 мл/мин.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

№144. Больной 18 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры.

Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.

Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°C , обложенный сухой язык. Патологии со стороны лёгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс - 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 136 г/л, тромбоциты - 200×10^9 /л, лейкоциты - $21,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 12%, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты - 6%, моноциты - 4%, СОЭ - 42 мм/час.

Биохимические исследования крови: креатинин - 290 мкмоль/л,

АсАТ - 17 Ед/л; АлАТ - 23 Ед/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1021; белок - 0,068 г/л; лейкоциты - 6-8 в поле зрения; эритроциты - 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные.

Задание/вопросы:

1. Укажите основной синдром в клинической картине.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Какие группы лекарственных препаратов и немедикаментозные методы лечения являются наиболее важными в терапии данного заболевания?

№145. Больная 30 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделением 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 отмечались. 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 - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$, 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.

Задание/вопросы:

1. Какой можно поставить диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза? Обоснуйте.
3. Можно ли проводить лечение больной в амбулаторных условиях? Показания для госпитализации.
4. Перечислите препараты для этиотропной терапии, длительность лечения и контроль эффективности лечения.
5. Какую фитотерапию можно рекомендовать в период ремиссии заболевания?

№146. 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, аппендэктомию 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 > 11 > 10 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^7$ /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.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?
3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.
4. Назначьте лечение данному пациенту.
5. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма?

№147. 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 - $9,1 > 10^9$ /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 спирометрии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

Задание/вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Критерии назначения антибактериальной терапии при данном заболевании.
5. Определите показания к госпитализации.

№148. Больная З. 21 года, инвалид с детства (ДЦП, задержка психического развития), поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи, извращение вкуса (ест землю), неустойчивый стул.

Анамнез жизни: отказывалась от еды, если в её состав входило мясо (со слов бабушки). Часто ела землю. Врачами за это время не наблюдалась, ничем не болела, профилактические прививки не сделаны.

При поступлении в стационар состояние расценено как тяжёлое. Больная вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные. В углах рта «заеды». В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Печень +3 см ниже рёберного края. Селезёнка пальпируется у края подреберья, мягко-эластической консистенции. Моча светлая, стул 1-2 раза в день. Зрение и слух не нарушены. Склеры светлые. Менингеальной, общемозговой и очаговой симптоматики не отмечается.

Общий анализ крови: гемоглобин - 60 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты - 0,4%, цветовой показатель - 0,63, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 16%, моноциты - 10%, СОЭ - 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, мочевины - 3,2 ммоль/л, билирубин общий - 20,0 мкмоль/л, сывороточное железо - 4,1 мкмоль/л (норма 10,6-33,6 мкмоль/л), железосвязывающая способность сыворотки - 103 мкмоль/л (норма 40,6-62,5), свободный гемоглобин не определяется.

Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно): отрицательно.
Задание/вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

№149. Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до $37,5^{\circ}C$, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе - переохлаждение.

Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный легочный звук над всей поверхностью лёгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - без патологии.

Задание/вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную

диагностику данного состояния?

5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого легкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

№150. Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учатившиеся в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе аллергический ринит. Ухудшение состояния связывает с переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон.

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

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - $4,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна.

Рентгенограмма легких. Инфильтративных теней в лёгких не определяется. Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей.

Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%.

Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

Задание/вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.
2. Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Имеются ли показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов в данном случае?

№151. Больная 36 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела, теста.

В анамнезе: слабость и быстрая утомляемость отмечаются около 6 лет, к врачу не обращалась. Во время беременности 2 года назад в гемограмме выявлялась анемия лёгкой степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 2-х недель, когда появилась одышка и боли в области сердца. Акушерско-гинекологический анамнез: гиперполименоррея с 12 лет, беременностей - 5, роды - 2, медицинских аборт - 3. Из перенесенных заболеваний: простудные, язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки сглажены. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин - 82 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - 180×10^9 /л, лейкоциты - $4,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ - 18 мм/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Содержание железа в сыворотке крови - 4,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки - 86,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина - 5,0%, сывороточный ферритин - 10 мкг/л.

Задание/вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования

необходимо назначить больной для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.

5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактике заболевания?

№152. Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10>9>8 см. Селезенка не пальпируется. Данные фиброгастроуденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

№153. Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС - 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10x9x8 см. Селезёнка не пальпируется. Проведена фиброгастроуденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

Задание/вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.

4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

№154. Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раза в сутки, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах.

Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10x9x8 см. Селезёнка не пальпируется.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - 11×10^9 /л, тромбоциты - 350×10^9 , СОЭ - 30 мм/ч.

Задание/вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения.

№155. Больной С. 25 лет поступил в стационар с жалобами на кашель с большим количеством слизисто-гноной мокроты (до 300 мл/сут) с неприятным запахом; кровохарканье, повышение температуры до 39°C, недомогание, одышку. Известно, что около 2 недель назад лечился по поводу пневмонии, но самостоятельно покинул отделение и продолжил лечение амбулаторно. Ухудшение около 2 дней назад.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные. Пульс - 94 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца смещены вправо на 1,5 см, тоны сердца приглушены, акцент II тона над лёгочной артерией. Над лёгкими слева перкуторно определяется коробочный звук. Дыхание везикулярное, ослабленное. Слева в нижних отделах выслушиваются звучные влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в минуту.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте тактику лечения пациента.

5. Есть ли показания у больного к хирургическому лечению? Обоснуйте.

№156. Больная М. 52 лет обратилась в поликлинику с жалобами на немотивированную слабость, повышенную утомляемость, постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, снижение аппетита, чувство быстрого насыщения. Указанные жалобы появились около 5 месяцев назад и постепенно стали более выраженными.

При осмотре обращает на себя внимание увеличение селезёнки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см).

Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты $-68,3 \times 10^9/\text{л}$ (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты $-440 \times 10^9/\text{л}$. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов снижена.

Задание/вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациентки для подтверждения диагноза.
3. Какие показатели анализа крови данной больной не соответствуют хронической стадии заболевания, ответ обоснуйте.
4. Цитогенетический анализ выявил наличие Rh-хромосомы, в соответствии с клиническими признаками пациентка была стратифицирована в категорию промежуточного риска. Укажите начальную тактику лечения для данной пациентки.
5. Назовите признаки полной гематологической ремиссии при лечении данного заболевания. Ответ обоснуйте.

№157. Больной П. 70 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц. В анамнезе: артериальная гипертония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре обращает на себя внимание увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах. Лимфатические узлы безболезненные, ненапряженные, подвижные, имеют эластическую консистенцию. Селезёнка увеличена (+5 см).

В анализах крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты $-30 \times 10^9/\text{л}$, из них 50% лимфоциты, тромбоциты $-130 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 16 мм/ч.

В мазке крови лимфоциты нормальных размеров,

определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какой метод обследования необходимо провести в первую очередь? Ответ обоснуйте.
3. Определите стадию заболевания у данного пациента. Ответ обоснуйте.
4. Назначение какого препарата является оптимальным в данном случае?
5. Назовите возможные причины смерти пациентов с данным заболеванием.

№158. Больная 42 лет, домохозяйка, обратилась к врачу-терапевту участковому со следующими жалобами: в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъём температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястно-фаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3°C. Домашнюю работу выполняет с трудом.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счёт экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны.

Общий анализ крови: лейкоциты - $9,0 \times 10^7$ /л, СОЭ - 35 мм/час. Биохимическое исследование крови: ревматоидный фактор (РФ) - 1:80.

Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) - 375,8 Ед/мл.

Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, единичные узурь костей.

Задание/вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет тактика лечения данного заболевания?
5. Какой базисный препарат целесообразно назначить в данном

случае и почему?

№159. 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.

Задание/вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Укажите вероятные причины данного заболевания.

№160. Больной 20 лет при обращении в поликлинику предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, желтушное окрашивание кожи и склер. Неделю назад после переохлаждения повысилась температура до 38°C, были катаральные явления в течение 3 дней, по поводу чего принимал Парацетамол. Температура нормализовалась, но появилось желтушное окрашивание кожи и склер, нарастающая слабость. В прошлом также были эпизоды желтухи.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожа бледно-желтушной окраски с лимонным оттенком, склеры иктеричны. Пульс - 90 в минуту, ритмичный, АД - 110/80 мм рт. ст. В лёгких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка +3 см. Клинический анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9, ретикулоциты - 3%, лейкоцитарная формула - без особенностей, СОЭ - 10 мм/час. Билирубин крови - 33 мкмоль/л, реакция непрямая.

Задание/вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
 3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
 4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
- Какие осложнения заболевания могут развиваться у больного?

12. Критерии оценивания ответа

В соответствии с Порядком проведения ГИА в Университете и балльно-рейтинговой шкалой оценок, по результатам государственного междисциплинарного экзамена по указанным ранее направлению и направленности (профиля) подготовки государственная экзаменационная комиссия выставляет следующие оценки:

- «Отлично» (90-100 баллов);
- «Хорошо» (70-89 баллов);
- «Удовлетворительно» (50-69 баллов);
- «Неудовлетворительно» (0-49 баллов).

Оценка **«отлично»** выставляется, если обучающийся:

- в полном объеме усвоил программный материал;
- исчерпывающе раскрыл теоретическое содержание вопросов билета (задания);
- не затруднился с ответом на дополнительные вопросы членов комиссии;
- успешно выполнил практические задания;
- продемонстрировал необходимые навыки и умение правильно применять теоретические знания в практической деятельности;
- правильно обосновал принятые решения;
- сумел самостоятельно анализировать, обобщать и последовательно, логично, аргументированно изложить материал, не допуская ошибок.

Оценка **«хорошо»** выставляется, если обучающийся:

- продемонстрировал знание программного материала;
- правильно, по существу и последовательно изложил содержание вопросов билета (задания);
- в целом правильно выполнил практическое задание;
- продемонстрировал владение основными умениями и навыками;
- при ответе не допустил существенных ошибок и неточностей.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется, если обучающийся:

- усвоил только основные положения программного материала;

- содержание вопросов билета изложил поверхностно, без должного обоснования;

- допустил неточности и ошибки;
- использовал недостаточно правильные формулировки;
- нарушил последовательность в изложении материала;
- практические задания выполнил не в полном объеме;
- испытывал затруднения при ответе на часть дополнительных вопросов.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется, если обучающийся:

- продемонстрировал незнание основных положений программного материала;

- при ответе на билет допустил существенные ошибки;
- не выполнил практические задания;
- не смог ответить на большинство дополнительных вопросов;
- отказался отвечать на вопросы билета.

Итоговый балл представляет собой сумму баллов, выставленных обучающемуся за каждое из заданий экзаменационного билета в соответствии с критериями и с учетом ответов на дополнительные вопросы.

Описание показателей, критериев и шкал оценивания сформированности компетенций по результатам государственного экзамена

Формы оценочных средств	Перечень Индикаторов достижения компетенций	Показатели и критерии оценивания	Шкала оценивания (количество баллов)
Теоретический вопрос на понимание терминологии, понятий и принципов	УК-1.1. – УК-1.3. УК-2.1. – УК-2.2 УК-3.1. – УК-3.3. УК-4.1. – УК-4.3. УК-5.1. – УК-5.7. УК-6.1. – УК-6.2. УК-7.1. – УК-7.3. УК-8.1. – УК-8.3. УК-9.1. – УК-9.3. УК-10.1-УК10.3 УК-11.1-УК11.5 ОПК-1.1. – ОПК-1.2. ОПК-2.1. – ОПК-2.2. ОПК-3.1. – ОПК-3.2. ОПК-4.1. – ОПК-4.3. ОПК-5.1. – ОПК-5.3. ОПК-6.1. – ОПК-6.3 ОПК-7.1. – ОПК-7.3	Полностью раскрыто содержание рассматриваемого вопроса. Приведена полная классификация элементов (при необходимости). Продемонстрировано владение методами анализа и синтеза. Используются актуальные количественные значения (при необходимости). Использована профессиональная лексика и терминология. Продемонстрировано понимание взаимосвязи объектов, явлений и	25 – 20 баллов

Формы оценочных средств	Перечень Индикаторов достижения компетенций	Показатели и критерии оценивания	Шкала оценивания (количество баллов)
	ОПК-8.1. – ОПК8.3 ОПК-9.1. – ОПК-9.3. ОПК-10.1- ОПК-10.2 ОПК-11.1- ОПК-11.2 ПК-1.1. – ПК-1.3. ПК-2.1. – ПК-2.5. ПК-3.1. – ПК-3.3. ПК-4.1. – ПК-4.5. ПК-5.1. – ПК-5.4. ПК-6.1. – ПК-6.3.	процессов с учетом современных глобальных тенденций, процессов и факторов. Приведены релевантные примеры со ссылкой на актуальные источники, в том числе со ссылкой на избранную тему индивидуального научного исследования. Даны верные и полные ответы на дополнительные вопросы. Допущены незначительные погрешности.	
		Содержание рассматриваемого вопроса раскрыто частично. Не приведена классификация элементов (при необходимости). Не продемонстрировано владение методами анализа и синтеза. Не использованы количественные значения (при необходимости). Не использована профессиональная лексика и терминология. Продемонстрировано неверное понимание взаимосвязи объектов, явлений и процессов. Не приведены релевантные примеры. Даны неполные и (или) неверные ответы на дополнительные вопросы.	19 - 10 баллов
		Содержание рассматриваемого вопроса не раскрыто или раскрыто неверно. Полное несоответствие остальным критериям. Отсутствие ответов и (или) неверные ответы на дополнительные вопросы.	9-0 баллов
		Итого	Максимально - 25
Задание на анализ		Продемонстрированы умения	35 – 25 баллов

Формы оценочных средств	Перечень Индикаторов достижения компетенций	Показатели и критерии оценивания	Шкала оценивания (количество баллов)
<p>ситуации и выявление способности обучающегося выбирать и применять соответствующие принципы и методы решения практических проблем, близких к профессиональной деятельности.</p>		<p>обосновывать направления и алгоритмы применения изученных концепций, методов, моделей и принципов для решения практических задач в соответствии с заданием. Приведены релевантные примеры профессиональных решений. Предложенные примеры:</p> <p>а) аргументированы ссылками на актуальные источники, в том числе — на результаты индивидуальных исследований обучающегося;</p> <p>б) учитывают современные глобальные тенденции, процессы и факторы. Допущены незначительные погрешности в аргументации.</p>	
		<p>Продемонстрированы недостаточные умения обосновывать направления применения изученных концепций, методов, моделей и принципов для решения практических задач в соответствии с заданием. Предложенные примеры:</p> <p>а) не аргументированы ссылками на источники;</p> <p>б) не учитывают современные глобальные тенденции, процессы и факторы. Допущены значительные погрешности в аргументации и (или) выводах. Даны неполные и (или) неверные ответы на дополнительные вопросы.</p>	<p>24 - 15 баллов</p>
		<p>Не продемонстрированы умения обосновывать направления применения изученных концепций, методов, моделей и принципов для решения практических задач в соответствии с заданием.</p>	<p>14-0 баллов</p>

Формы оценочных средств	Перечень Индикаторов достижения компетенций	Показатели и критерии оценивания	Шкала оценивания (количество баллов)
		<p>Ответ обучающегося представляет собой изложение теоретических положений. Допущены существенные ошибки в изложении. Отсутствие ответов и (или) неверные ответы на дополнительные вопросы.</p>	
		Итого	Максимально - 35
<p>Задание на умение использовать полученные знания и навыки для решения профессиональной практической задачи.</p>		<p>Продемонстрировано умение адекватно идентифицировать профессиональную ситуацию и (или) обосновать и описать решение профессиональной задачи в соответствии направлением подготовки и направленностью(профилем) профиля обучения. Предложенное решение: а) соответствует реалиям времени; б) обоснована количественная оценка расчетных параметров; в) обладает признаками эффективного и оптимального подхода. Допущены незначительные погрешности в аргументации.</p>	40 – 30 баллов
		<p>Продемонстрировано умение выявить основные признаки профессиональной ситуации и (или) описать решение профессиональной задачи в соответствии с направлением подготовки и профиля обучения. Предложенное решение: а) не совсем точно соответствует реалиям времени; б) не содержит примеров, обосновывающих количественную оценку расчетных параметров; в) обладает недостаточными признаками эффективного и</p>	29 - 20 баллов

Формы оценочных средств	Перечень Индикаторов достижения компетенций	Показатели и критерии оценивания	Шкала оценивания (количество баллов)
		оптимального подхода. Допущены значительные погрешности в аргументации и (или) выводах. Даны неполные и (или) неверные ответы на дополнительные вопросы.	
		Не продемонстрировано умение выявить основные признаки профессиональной ситуации и (или) описать решение профессиональной задачи в соответствии с направлением обучения. Ответ обучающегося представляет собой изложение теоретических положений. Допущены существенные ошибки в изложении. Отсутствие ответов и (или) неверные ответы на дополнительные вопросы.	19-0 баллов
Дополнительные вопросы		Соответствие ответа вопросу (в случае полного несоответствия вопрос вообще не учитывается и оценивается в 0 баллов из 50)	Максимально - 15
		Полнота ответа (его исчерпывающий характер)	Максимально 10
		Аргументация своей позиции на основе нормативного и научно обоснованного материала	Максимально - 15
		Итого	Максимально - 40
		Итого	100

Расшифровка значения баллов					
100- балльная	Менее 50	69-50	79-70	89-80	86-100
ECTS	E (неудовлетворительно)	D (удовлетворительно)	C (хорошо)	B (очень хорошо)	A (отлично)
4-х балльная	2 (неудовлетворительно)	3 (удовлетворительно)	4 (хорошо)		5 (отлично)

13.Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен по специальности 31.05.01 Лечебное дело проходит в форме решения задач профессионального характера. На государственном экзамене оценивается степень умения выпускника анализировать ситуацию, делать выводы, демонстрировать навыки и умения в решении задач профессионального характера.

К итоговым аттестационным испытаниям допускаются лица, успешно завершившие в полном объеме освоение основной образовательной программы высшего профессионального образования - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Список выпускников, допущенных к итоговой государственной аттестации, оформляется приказом по университету.

Государственный экзамен - это завершающий этап подготовки обучающихся, механизм выявления и оценки результатов освоения ими образовательной программы, установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям ФГОС ВО - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к государственному экзамену, студент углубляет, систематизирует и структурирует свои знания. На государственном экзамене обучающийся демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по программе.

В период подготовки к государственному экзамену студенты вновь обращаются к учебно-методическому материалу и закрепляют знания. Подготовка студента к государственному экзамену включает в себя два этапа: самостоятельная работа в течение всего периода обучения; непосредственная подготовка в дни, предшествующие государственному экзамену по разделам и темам учебных дисциплин, выносимым на государственную итоговую аттестацию.

При подготовке к государственному экзамену студентам целесообразно использовать материалы лекций, учебно-методические комплексы, нормативно-правовую документацию, основную и

дополнительную литературу.

Важным является посещение студентами проводимой перед государственным экзаменом консультации. Здесь есть возможность задать вопросы преподавателю по тем разделам и темам, которые недостаточно или противоречиво освещены в учебной, научной литературе или вызывают затруднение в восприятии.

Важно, чтобы студент грамотно распределил время, отведенное для подготовки к государственной итоговой аттестации. Подготовку к экзамену студент должен вести систематично.

Этапы работы с конспектом и учебной литературой рекомендуется выстроить следующим образом:

1. Подготовить необходимую информационно-справочную и рекомендованную учебно-методическую литературу для получения исчерпывающих сведений по каждой теме программы экзамена.

2. Уточнить наличие содержания и объем материала в лекциях и учебной литературе для раскрытия вопроса. Подготовка к раскрытию проблемы по разным источникам – залог глубокой и основательной подготовки.

3. Дополнить конспекты недостающей информацией по отдельным аспектам, без которых невозможен полный ответ.

Памятка по сдаче экзамена:

1. Внимательно прочтите содержание задачи, остановитесь на ключевых словах.

2. На листе можно составить план ответа, наметив ключевые моменты и их взаимосвязь; удобно также делать краткие записи, структурирующие ответ.

3. Обратите внимание на то, с чего начнете ответ. Лучше начинать изложение с того, в чем есть глубокая уверенность.

4. Отвечайте по существу вопросов задачи.

14. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература

1. Поликлиническая терапия : учебник / М. В. Зюзенков, И. Л. Месникова, Р. В. Хурса, Е. В. Яковлева ; под редакцией М. В. Зюзенкова. — 3-е изд. — Минск : Вышэйшая школа, 2022. — 624 с. — ISBN 978-985-06-3487-0. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/130008.html>

2. Амбулаторно-поликлиническая терапия : учебное пособие / Л. В. Якубова, Л. В. Кежун, Д. В. Пицко, Л. Н. Смирнова. — Минск : Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2023. — 324 с. — ISBN 978-985-895-156-6. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL:

<https://www.iprbookshop.ru/143010.html>

3. Кузнецова, Л. Э. Акушерство : учебное пособие / Л. Э. Кузнецова. — Минск : Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2022. — 600 с. — ISBN 978-985-7253-99-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/134072.html>

4. Рубан, Э. Д. Хирургия / Э. Д. Рубан. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2023. — 571 с. — ISBN 978-5-222-35184-0. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/137102.html>

5. Ламоткин, И. А. Онкодерматология: атлас : учебное пособие / И. А. Ламоткин. — 2-е изд. — Москва : Лаборатория знаний, 2025. — 879 с. — ISBN 978-5-93208-556-1. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/151950.html>

6. Мохорт Т.В. Эндокринология : учебник / Мохорт Т.В., Шепелькевич А.П.. — Минск : Вышэйшая школа, 2021. — 400 с. — ISBN 978-985-06-3321-7. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/120104.html>

7. Хамицкая, А. М. Инфекционные болезни : учебное пособие / А. М. Хамицкая. — Минск : Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2024. — 372 с. — ISBN 978-985-895-185-6. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/152347.html>

8. Хабаров, Д. В. Общие вопросы анестезиологии : учебно-методическое пособие / Д. В. Хабаров, Е. Л. Непорада, В. В. Ломиворотов. — Новосибирск : Новосибирский государственный университет, 2023. — 44 с. — ISBN 978-5-4437-1519-3. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/134579.html>

9. Парфёнова, Н. Н. Хирургия, травматология и ортопедия : учебное пособие / Н. Н. Парфёнова, П. В. Гарелик ; под редакцией П. В. Гарелика. — Минск : Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2023. — 386 с. — ISBN 978-985-895-109-2. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/134109.html>

10. Гинсберг, Л. Неврология для врачей общей практики / Л. Гинсберг ; под редакцией П. Р. Камчатнова ; перевод А. П. Камчатнов. — 5-е изд. — Москва : Лаборатория знаний, 2024. — 369 с. — ISBN 978-5-93208-774-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/144302.html>

11. Первая помощь при неотложных состояниях : учебное пособие / И. Г. Труханова, Д. С. Зинатуллина, Ю. Г. Кутырева, Д. Ш. Музьяев. — Москва : Ай Пи Ар Медиа, 2025. — 145 с. — ISBN 978-5-4497-4068-7. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/147688.html>

Дополнительная литература.

1. Ламоткин, И. А. Клиническая дерматоонкология : атлас / И. А. Ламоткин. — 5-е изд. — Москва : Лаборатория знаний, 2024. — 500 с. — ISBN 978-5-93208-722-0. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/141314.html>

2. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии / В. А. Ахмедов, Е. Е. Баженов, С. С. Бунова [и др.] ; под редакцией Е. Е. Баженова, В. А. Ахмедова, В. А. Остапенко. — 5-е изд. — Москва : Лаборатория знаний, 2024. — 360 с. — ISBN 978-5-93208-721-3. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/141313.html>

3. Суднева Е.М. Медицина катастроф : учебное пособие / Суднева Е.М., Суднев А.А.. — Москва : Ай Пи Ар Медиа, 2022. — 216 с. — ISBN 978-5-4497-1700-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/122073.html>

4. Ракшина, Н. С. Клиническая фармакология : учебное пособие / Н. С. Ракшина. — Москва : Ай Пи Ар Медиа, 2023. — 84 с. — ISBN 978-5-4497-2025-2. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/127542.html>

5. Экспертиза временной нетрудоспособности в здравоохранении : учебное пособие / И.К. Тхабисимова [и др.].. — Нальчик : Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, 2021. — 95 с. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/146772.html>

6. Зорькин, В. Т. Пропедевтика внутренних болезней. Мочевыделительная система : учебное пособие / В. Т. Зорькин. — Москва : Ай Пи Ар Медиа, 2024. — 111 с. — ISBN 978-5-4497-2701-5. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/136762.html>

7. Кабак, С. Л. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учебное пособие / С. Л. Кабак, А. В. Глинник. — Минск : Вышэйшая школа, 2023. — 208 с. — ISBN 978-985-06-3488-7. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/129998.html>

Итала, Э. Атлас абдоминальной хирургии. Т.3. Хирургия тонкой и толстой кишки, прямой кишки и анальной области / Э. Итала ; перевод Ю. Б. Мартов. — Москва : Медицинская литература, 2026. — 441 с. — ISBN 978-5-89677-246-0. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/156867.html>

Интернет-ресурсы

№	Наименование портала (издания, курса, документа)	Ссылка
1	Всемирная организация здравоохранения	http://who.int/ru/
2	Научная электронная библиотека elibrary.ru библиотека	https://elibrary.ru/defaultx.asp
3	Medline (PubMed, USA), англоязычная текстовая база данных медицинских и биологических публикаций	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
4	Free Medical Journals	http://freemedicaljournals.com
5	Free Medical Books	http://www.freebooks4doctors.com/
6	Internet Scientific Publication	http://www.ispub.com
7	Med-Edu.ru медицинский видеопортал	http://www.med-edu.ru/
8	DoctorSPB.ru информационно-справочный портал о медицине	http://doctorspb.ru/
9	Univadis.ru международный медицинский портал	http://www.univadis.ru/
10	МЕДВЕСТИК. Портал российского врача: библиотека, база знаний	https://medvestnik.ru/
11	Алгоритмы действия врача.	https://cr.minzdrav.gov.ru/algorithms/

15. Перечень информационных технологий, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

Обучающиеся обеспечены доступом к электронной информационно-образовательной среде Университета из любой точки, в которой имеется доступ к сети «Интернет», как на территории организации, так и вне ее.

При проведении образовательного процесса по дисциплине необходимо наличие:

лицензионное программное обеспечение:

- Windows Professional 10 Russian Upgrade OLP NL AcademicEdition;
- Office Professional Plus Education ALng LSA OLVS E 3Y;
- Kaspersky Total Security для бизнеса Russian Edition (отечественное программное обеспечение);
- Антивирусная программа Dr.Web (отечественное программное

обеспечение);

– ПО для видеоконференцсвязи и внутренних коммуникаций:
ВКурсе (отечественное программное обеспечение <https://vkurse.ru/>)

свободно-распространяемое программное обеспечение:

- 7-ZIP - архиватор (<https://www.7-zip.org/>)

- OpenOffice (<https://www.openoffice.org/ru/>)

- PDF24 Toolbox (<https://www.pdf24.org/ru/>)

- GIMP (редактор растровой графики) (<https://www.gimp.org/>)

- Логином (Loginom) (отечественное программное обеспечение
<https://loginom.ru/platform/pricing>)

- Inkscape (векторная графика) (<https://www.inkscape.org/>)

электронно-библиотечная система:

- Электронная библиотечная система (ЭБС) IPR BOOKS

<http://www.iprbookshop.ru>

современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы:

- Официальный интернет-портал базы данных правовой информации <http://pravo.gov.ru>.

- Электронная библиотека научных публикаций eLIBRARY (<https://elibrary.ru>)

- Компьютерная справочная правовая система
«КонсультантПлюс»(<http://www.consultant.ru/>)

Архив научных журналов НЭИКОН (<https://arch.neicon.ru/xmlui/>)

16. Материально-техническое обеспечение

Материально-техническое обеспечение включает в себя:

Учебный кабинет

Учебная аудитория для проведения групповых и индивидуальных консультаций, государственной итоговой аттестации

Основное оборудование:

мебель аудиторная (столы, стулья, доска аудиторная), стол преподавателя, стул преподавателя; учебно-наглядные пособия (комплекты плакатов по дисциплине, набор раздаточных дидактических материалов);

Технические средства обучения:

персональный компьютер; набор демонстрационного оборудования (проектор, экран);

Помещения для самостоятельной работы обучающихся

Оснащенность которых:

компьютерная техника с возможностью подключения к сети

"Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Университета; мебель аудиторная (столы, стулья, доска аудиторная).